



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**“IDEACIÓN SUICIDA Y ESTRÉS ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE UNA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE CAJAMARCA”**

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciado en Psicología

Autor:

Br. Andy Rick Sánchez Villena

Asesor:

Lic. Juan Pablo Sarmiento Longo

Cajamarca – Perú

2016

APROBACIÓN DE LA TESIS

El asesor y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por el Bachiller Andy Rick Sánchez Villena, denominada:

**“IDEACIÓN SUICIDA Y ESTRÉS ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE UNA
UNIVERSIDAD PRIVADA DE CAJAMARCA”**

Ps. Juan Pablo Sarmiento Longo

ASESOR

Mg. Renato Javier Ramírez Barrantes

JURADO

PRESIDENTE

Ps. Raúl Jhonatan Marín Tello

JURADO

Ps. Jimena Elizabeth Morales Padilla

JURADO

DEDICATORIA

A Dios, por la vida y salud.

A mis padres, por su amor incondicional,
El apoyo y por escucharme siempre.

A Valeria, por
“todo”.

A mi hermano Manuel, por las “molestias”
Durante todo este tiempo y las tantas horas
De juego que sirvieron como distracción,
Así como por el hábito de leer.

A mis hermanas
Deysi
Y Violeta por su
Constante apoyo.

A toda mi familia por
Nunca dudar de mí
Y sus consejos.

A mis amigos por las
Tantas horas de buenas charlas,
Especialmente a Josesiño, que está
En Chile y a Fernando Fernández.

AGRADECIMIENTO

La presentación de este trabajo de investigación me permite expresar mi agradecimiento a aquellas personas que desde su lugar de trabajo contribuyeron a la ejecución del mismo.

Al Director de carrera de Psicología de la Universidad Privada del Norte, Ps. Edén Castañeda, quien me brindó información necesaria, me permitió el acceso a la población objetivo y facilitó las aulas para la aplicación de los instrumentos. Así como su colaboración en mi formación profesional y enseñarnos que no existe la culpa si vemos de manera circular.

A cada uno de los profesores que me permitieron ingresar a sus aulas en horas de clases, especialmente a **Yanazet Araujo, Rafael Aedo, Sara Moscoso, Renato Ramírez y Juan Pablo Sarmiento.**

A mi asesor, **Ps. Juan Pablo Sarmiento Longo** por su dedicación personal en tiempo y en conocimientos brindados para enriquecer la presente investigación.

Al profesor **Ps. Manuel Cueva Rojas** por su amistad incondicional y el apoyo constante durante mi formación profesional en la Universidad Privada del Norte y en la elaboración de mi proyecto de tesis y tesis.

A **Valeria de La Fuente Figuerola**, por su apoyo constante, preocupación y las tantas sugerencias durante la elaboración de esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA TESIS.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes	16
2.2. Bases teóricas.....	24
2.2.1. <i>Suicidio</i>	24
2.2.2. <i>Estrés</i>	51
2.3. Hipótesis	60
2.3.1. <i>Formulación de la hipótesis</i>	60
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	61
3.1. Operacionalización de variables	61
3.2. Diseño de investigación	64
3.3. Unidad de estudio	64
3.4. Población	64
3.5. Muestra (muestreo o selección)	64
3.6. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	68
3.7. Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos.....	72
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	74
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	80
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	83
REFERENCIAS	84
ANEXOS	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Frecuencia según sexo.....	65
Tabla 2: Frecuencia según edad.....	65
Tabla 3: Frecuencia según estado civil	66
Tabla 4: Frecuencia según cantidad de hijos.....	66
Tabla 5: Frecuencia según situación sentimental.....	66
Tabla 6: Frecuencia según ciclo.....	67
Tabla 7: Frecuencia según religión.....	67
Tabla 8: Frecuencia según antecedentes psiquiátricos.....	68
Tabla 9: Frecuencia según convivencia.....	68
Tabla 10: Frecuencia según nivel de ideación suicida.....	74
Tabla 11: Frecuencia según nivel de estrés académico.....	75
Tabla 12: Frecuencia según nivel de intensidad de estrés académico.....	75
Tabla 13: frecuencia según situaciones estresantes.....	76
Tabla 14: Frecuencia según síntomas de estrés académico.....	76
Tabla 15: Frecuencia según estrategias de enfrentamiento.....	77
Tabla 16: Correlación ideación suicida y estrés académico.....	77
Tabla 17: Correlación ideación suicida e intensidad de estrés académico.....	77
Tabla 18: Correlación ideación suicida y estresores académicos.....	78
Tabla 19: Correlación ideación suicida y síntomas de estrés académico.....	78
Tabla 20: Correlación ideación suicida y reacciones físicas.....	78
Tabla 21: Correlación ideación suicida y reacciones psicológicas.....	79
Tabla 22: Correlación ideación suicida y reacciones comportamentales.....	80
Tabla 23: Correlación ideación suicida y estrategias de enfrentamiento.....	80

RESUMEN

La presente investigación de diseño descriptivo correlacional, se llevó a cabo con alumnos universitarios de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca para hallar la relación entre ideación suicida y estrés académico. Para ello, se aplicaron la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), instrumento de 18 ítems previamente adaptado para el Perú, y el Inventario SISCO de estrés académico a 169 alumnos de la Facultad de Psicología de dicha universidad captados entre junio y julio del 2016. Los resultados indican que no hay una correlación significativa entre ideación suicida y estrés académico. Sin embargo, se halló una correlación significativa positiva entre ideación suicida y síntomas del estrés académico y entre ideación suicida y estrategias de enfrentamiento.

PALABRAS CLAVES: Suicidio, Ideación suicida, Estrés, Estrés académico.

ABSTRACT

This descriptive correlational research design, was conducted with university students from a private university in the city of Cajamarca to find the association between academic stress and suicidal ideation. To do so, the scale of Suicidal Ideation Beck (SSI), an instrument of 18 items previously adapted for Peru, and Inventory SISCO academic stress were applied to 169 students of the Faculty of Psychology at the university captured between June and July 2016. The results indicate that there is no significant correlation between suicidal ideation and academic stress. However, a significant positive correlation between suicidal ideation and academic stress symptoms and between suicidal ideation and coping strategies was found.

Key Words: Suicide, suicidal ideation, stress, academic stress.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

El suicidio ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad (Nizama, 2011), sin embargo, según la cultura se lo atribuía como algo heroico o como algo repudiable. En China y en el Tibet, el suicida era de dos tipos, el primero buscaba un estado de perfección y el segundo huía de los enemigos. Por otro lado, en Japón el suicidio estaba ligado al concepto de honor a través del Hara-Kiri. En Grecia, se castigaba al suicidio evitando la sepultura del cuerpo, ya que era una ofensa a Dios. Sin embargo, algunos filósofos consideraban al suicidio un camino hacia la tranquilidad y la liberación del sufrimiento, ya que además profesaban desprecio a nuestra condición humana y tenían un resentimiento al Yo. En Roma, las personas se suicidaban para no entregar sus bienes a un tirano y protegerlos. El Cristianismo, en un inicio, aceptó el suicidio en ciertas circunstancias. Pero San Agustín lo calificó como el mayor pecado debido a que el suicidio liberaba del sufrimiento que Dios ha mandado a la humanidad. En el Renacimiento, se sigue tomando al suicidio como un acto reprochable, pero podría ser justificado cuando existía mucho dolor o sufrimiento. Hasta que en 1777 Hume publica “sobre el suicidio”, un ensayo donde, para él, el hombre tiene derecho de disponer de su propia vida. En la actualidad, el tema del suicidio sigue siendo un tema delicado debido a que involucra lo moral y ético y se ha convertido en un problema social de salud mental donde los profesionales de la salud como psicólogos y psiquiatras tienen un campo de estudio y trabajo preventivo con mucho por explorar. (García, 2006).

Etimológicamente, La palabra suicidio proviene del latín *Sui* que quiere decir “sí mismo”, y *caedere*, que significa “matar”, por lo tanto significa “matarse a sí mismo” o un acto de muerte voluntaria (Córdova, Rosales, Caballero, y Rosales, 2007). Beck, Kovacs y Weismann (1979) citado en Córdova et al. (2007), definen al suicidio como “un acto intencional causado por el mismo individuo que pone en peligro la vida y que resulta en la muerte”. Sin embargo para la OMS, un acto suicida no necesariamente conlleva a la muerte (Alcántar, 2002), ya que involucra una autolesión fuera de los

motivos o intensidad, por lo que se acuñan los conceptos de suicidio y conducta suicida. Refiriéndose al suicidio como la muerte que resulta del acto suicida y al intento suicida como aquel acto que no resultó en la muerte (Córdova et al., 2007).

Actualmente el suicidio es un serio problema de salud mental y una problemática social que cada día más va en aumento ya que representa la segunda causa de muerte en el mundo entre personas de 15 a 29 años, estando su origen relacionado a trastornos mentales, problemas familiares, personales, laborales, económicos y académicos (OMS, 2000), los cuales se pueden definir como factores estresantes. Al respecto se calcula que cada año se cometen 800 000 suicidios en todo el mundo, esto significa una muerte cada 40 segundos. (OMS, 2016). La ideación suicida es un precedente del suicidio y se le puede definir como aquellas fantasías, representaciones o pensamientos intrusivos o repetitivos en torno al contexto, instrumentos y las condiciones que uno se quiere infligir la muerte (Mosquera, 2003; Miranda, Cubillas, Román y Abril, 2009), pero que no ha intentado ni evidenciado, por lo que solo se queda en el plano cognitivo (Beck et al., 1979 Citado por Córdova et al., 2007) y sin embargo es el tema menos estudiado respecto al suicidio a pesar de ser bastante común entre los adolescentes. (González-Forteza, García, Medina-Mora, y Sánchez, 1998; Chávez et al., 2004)

Por otro lado, el estrés es uno de temas más tocados hoy en día y se lo define como la respuesta a un estímulo perturbador del equilibrio orgánico que resulta en tensión física, emocional o psicológica (Tolentino, 2009). El estrés académico es aquel generado por el individuo en relación al ámbito y prácticas educativas, las cuales podrían afectar a docentes y alumnos de cualquier nivel (Olivet, 2010; Bonilla, Delgado, y León, 2014) trayendo las mismas consecuencias que cualquier otro tipo de estrés, perjudicando el aprendizaje y aumentando la probabilidad de padecer alguna enfermedad, ya que puede generar problemas fisiológicos a nivel digestivo, de fertilidad, sistema inmunológico débil y por lo tanto mayor posibilidad de contraer enfermedades físicas y mentales como la depresión (Amézquita, González, y Zuluaga, 2000).

Las investigaciones internacionales que han estudiado el suicidio han hallado que la prevalencia de suicidios e ideación suicida está ligado a factores estresores, en sus distintas formas, sean familiares, personales, laborales o académicas (Serrano y Flores, 2005; Hernández y Gómez, 2006; Feldman y otros, 2008; Sánchez-Sosa et al., 2010; Zhang et. al, 2012; Sánchez-Teruel, 2014; Sabiato y Salamanca, 2015). Esta última podría reflejarse en conductas suicidas y por lo tanto habría un relación entre ideación suicida y estrés (Virsedá, Amado, Bonilla y Gurrola, 2011).

En Perú, las investigaciones han determinado que la ideación suicida está asociada factores familiares como cohesión familiar (Muñoz, Pinto, Callata, Napa, y Perales (2006), divorcio parental y otros eventos de vida adversos (Vargas y Saavedra, 2012). En nuestro contexto regional, hasta el año 2012 se han registrado 267 casos de intento de suicidio, donde la cifra más alta se halla en jóvenes estudiantes (Leal, 2012). Así mismo, la ideación suicida estuvo asociada al estrés percibido y al apoyo social (Leal y Vásquez, 2012).

Por eso y en base a la escasa literatura científica encontrada en el área de salud con respecto a la ideación suicida y su relación con el estrés académico, se propuso como tema de investigación estudiar la relación de la ideación suicida y el estrés académico en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.

1.2. Formulación del problema

Ante lo expuesto, se genera la siguiente interrogante:

- ✓ ¿Cuál es la relación entre ideación suicida y estrés académico en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca?

A su vez, esto genera los siguientes problemas específicos:

- ✓ ¿Cuál es la relación entre ideación suicida y la intensidad de estrés académico en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre ideación suicida y estresores académicos en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca?

- ✓ ¿Cuál es la relación entre ideación suicida, los síntomas de estrés académico y sus reacciones en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre ideación suicida y estrategias de enfrentamiento del estrés académico en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca?

1.3. Justificación

Este estudio es importante pues se presume que debido a los altos niveles de estrés académico la ideación suicida, y el riesgo suicida, han aumentado su presencia en alumnos universitarios de nuestra localidad y en nuestro país, siendo considerada una problemática actual, de la cual aún no existen muchos estudios. Esto permite que los resultados abran un espacio de reflexión sobre la importancia que se debe tener acerca del estrés académico y la ideación suicida. Así mismo se profundiza en el conocimiento de la ideación suicida y el estrés académico y marca un precedente en el área de la psicología de la salud por no existir investigaciones con ambas variables en población universitaria, lo cual servirá de marco de referencia para futuras investigaciones que traten la misma problemática. En cuanto el aporte metodológico, se podrá disponer de los instrumentos utilizados, cuyas propiedades psicométricas fueron halladas para el uso en el medio local; con ello los futuros estudios tendrán mayor facilidad. Finalmente, los resultados ayudarán a conocer de modo más exacto la relación entre ambas variables, en tal sentido permitirán elaborar protocolos de atención e intervención que involucren a profesionales de la salud mental con el fin de prevenir y disminuir el riesgo suicida de modo más eficaz con la población en mención.

1.4. Limitaciones

La siguiente investigación tuvo las siguientes limitaciones:

- ✓ Ausencia de trabajos que relacionen las variables de estudio a nivel local y nacional e internacional, la cual se superó revisando investigaciones que estudiaban las variables en cuestión de manera independiente.
- ✓ El instrumento de medición de estrés académico no se hallaba validada para nuestro país, sin embargo se superó revisando la fiabilidad de dicha prueba usada

por una investigación de una universidad reconocida a nivel nacional (PUCP), en la cual se encontró que el instrumento podía ser utilizado para nuestro contexto. A su vez se realizó el análisis de fiabilidad con la prueba aplicada en esta investigación, en la que se encontró un alto índice de fiabilidad, por lo que dicho instrumento de medición puede ser utilizado en nuestra población.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

- ✓ Determinar la relación entre la ideación suicida y el estrés académico en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca.

1.5.2. Objetivos específicos

- ✓ Determinar la relación entre ideación suicida y la intensidad del estrés académico en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca.
- ✓ Determinar la relación entre ideación suicida y los estresores académicos en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca.
- ✓ Determinar la relación entre ideación suicida, los síntomas del estrés académico y sus reacciones en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca.
- ✓ Determinar la relación entre ideación suicida y estrategias de afrontamiento del estrés académico en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales:

Zhang, Wang, Xia, Liu & Jung (2012) investigaron la ideación suicida el estrés y las estrategias de enfrentamiento en una muestra de 671 estudiantes universitario de una universidad pública en el sur de China. Utilizaron el Coping Syle Questionnaire (CSQ), el Adolescent self-rating life events checklist (ASLEC) y un Cuestionario de ideación suicida. Encontraron que la ideación suicida estuvo asociada

significativamente con el estrés ($r = .130$; $p = .01$), las estrategias de enfrentamiento activas ($r = .10$; $p = .01$), las estrategias de enfrentamiento pasivas ($r = .230$; $p = .001$), la resolución del problema ($r = -.100$; $p = .05$) y la búsqueda de ayuda ($r = -.08$; $p = .05$). Esta investigación concluyo que los eventos de vida estresantes y los estilos de afrontamiento sean activos o pasivos, tienen un efecto independiente en la probabilidad de la ideación suicida.

Serrano y Flores (2005) investigaron la ideación suicida, estrés y respuestas de afrontamiento en una muestra de 370 sujetos de escuelas secundarias y preparatorias de la ciudad de Xalapa en México utilizando la Lista de situaciones cotidianas estresantes adaptadas de Gonzales-Forteza, la Escala de Gonzales-Forteza y la Escala de ideación suicida del centro de estudios epidemiológicos (CES-D). Esta investigación encontró que, en las mujeres, la ideación suicida se asoció con un mayor estrés social ($r = .238$; $p = .001$) y con la pareja ($r = .175$; $p = .05$).

Hernández y Gómez (2006), investigaron el riesgo suicida y estrés asociado en una muestra de 341 adolescentes de 13 a 18 años estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias públicas de la ciudad de México utilizando el Inventario de riesgo suicida (IRIS) y el Cuestionario de sucesos de vida para adolescentes. Esta investigación encontró que los perfiles se correlacionaron altamente, en similitud con otras investigaciones en las que se ha encontrado una fuerte asociación entre riesgo suicida y eventos adversos de vida evaluados en estrategias de intervención en escenarios escolares. Esta investigación concluyó que hay una correlación importante entre el riesgo suicida y los sucesos de vida estresantes especialmente en la dimensión familiar ($r = .240$; $p = .01$), personal ($r = .230$; $p = .01$), fracaso ($r = .200$; $p = .01$), salud ($r = .230$; $p = .01$), problemas de conducta ($r = .160$; $p = .05$), y salud ($r = .240$; $p = .01$), es decir, que al aumentar el número de sucesos estresantes reportados por los jóvenes el riesgo suicida aumenta.

Sánchez-Sosa, Villareal-González, Musitu y Martínez (2010), investigo la ideación suicida en una muestra de 1285 estudiantes de escolaridad media y media superior del

estado de Nuevo León, México utilizando el Cuestionario de funcionamiento familiar, el APGAR, la Escala breve de ajuste escolar de moral de Sánchez-Sosa y Villareal-González, la Escala de conductas predelictivas de Rubini y Pombeni, el Cuestionario de evaluación de la sintomatología depresiva de Radloff, el Cuestionario breve de conducta alimentaria de riesgo de Unikel, Bojorquez y Carreño y la Escala de ideación suicida de Roberts. Encontraron una relación indirecta de las variables familiares y escolares con la ideación suicida. La investigación concluyó que había una relación directa y significativa entre ideación suicida y la victimización escolar ($r = .262$; $p = .001$), sintomatología depresiva ($r = .511$; $p = .001$), y conducta alimentaria de riesgo ($r = .271$; $p = .001$),

Chávez, Pérez, Macías y Páramo (2004), investigaron la ideación e intento suicida en una muestra de tipo aleatorio, bietápico y por conglomerados calculada de 2799 estudiantes pertenecientes a 62 grupos de los tres grados escolares del bachillerato de la Universidad de Guanajuato inscritos en las preparatorias oficiales de las ciudades de Celaya, Guanajuato, Irapuato, Leon, Penjamo, Salamanca, Salvatierra, San Luis de la Paz y Silao. Utilizando el Cuestionario de estudiantes 2002. Encontraron que del total de encuestas 45,6 % fueron respondidas por hombres y el restante 54,4% por mujeres. Las edades de los estudiantes comprendieron un rango de los 13 a los 22 años, con una media de 15,75 años. Cerca de la tercera parte de los alumnos encuestados reportaron haber tenido la sensación de no poder seguir adelante por lo menos en una ocasión durante la última semana; uno de cada cuatro tuvo pensamientos sobre la muerte, y un poco más del 8 % de los estudiantes pensaron en cometer suicidio. Todos los indicadores de ideación suicida se encontraron en mayor proporción entre las mujeres. En cuanto a los intentos de suicidio, se encontró que la mayor parte de población nunca ha intentado hacerse daño con el fin de quitarse la vida, esto es, 91,4 % los participantes en el estudio. El restante 8,6 % de los encuestados representa, en números netos, a 212 personas que en efecto han intentado suicidarse. Dentro de este último grupo con por lo menos un intento suicida, sobresalen las mujeres con diferencias estadísticamente significativas. La investigación concluyó que en casi todas las variables evaluadas se encontró una mayor frecuencia de mujeres. La

ideación, como cualquier otro acto suicida, no es un evento aislado sino que representa un grave riesgo a nivel social y personal, y su determinación sólo se encuentra en una multiplicidad de factores.

Sánchez Teruel, Muela, y García (2014) investigaron las variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes en una muestra constituida por 40 estudiantes universitarios con titulación previa de diplomatura en magisterio de la ciudad de Jaén, España, donde había 12 hombres (30%), con edades comprendidas entre 21 y 34 años utilizando la Hoja de datos sociodemográficos, la Escala de ideación suicida de Beck, Control de los Impulsos (Ci) del Cuestionario de personalidad big five, la Escala de desesperanza de Beck y el Inventario de depresión de Beck. Encontraron que los estudiantes con alta desesperanza son más propensos a presentar ideación suicida, siendo el nivel de control de impulsos ($r = -.959$; $p = .05$) el que evita el tránsito de la ideación a otras fases más graves del suicidio. Esta investigación concluyó que la identificación de los factores psicológicos asociados con la ideación suicida en universitarios puede ayudar a evitar el tránsito de la idea de suicidio a la primera tentativa suicida, entre ellos el control de impulsos.

Blandón, Carmona, Mendoza y Medina (2015) investigaron la ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín en una muestra de 100 estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Medellín utilizando un cuestionario que recogía cuatro aspectos básicos: información sociodemográfica, esfera de las relaciones, conductas relacionadas directamente con el espectro suicida y conductas u omisiones que pudiesen colocar en riesgo la vida. Encontraron que el 16% ha presentado ideación suicida en el último año y 12% ha realizado al menos un intento de suicidio en su vida. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre tener ideación suicida en el último año y no tener trabajo ($p = 0,010$; IC 95%, 1,06-56,04; RP = 7,72); no tener buena relación con el padre ($p = 0,029$; IC 95 %, 1,100-6,635; RP = 2,701); no contar con una buena relación consigo mismo ($p < 0,000$; IC 95 %, 5,517-24,27; RP = 11,570); haber realizado un intento de

suicidio alguna vez en la vida ($p = 0,006$; IC 95 %, 1,952-9,918; RP = 4,400); tener un estudiante cercano que hubiese cometido suicidio ($p = 0,011$; IC 95 %, 1,642-8,784; RP = 3,797); realizar actos que pongan en riesgo la vida y omitir conductas que protejan la vida ($p = 0,007$; IC 95 %, 1,603-9,279; RP = 3,857). Esta investigación concluyó en que se encontró niveles altos de ideación e intento, así como importantes factores de riesgo asociados a la ideación suicida.

Gutiérrez y otros (2010) investigaron la depresión en estudiantes universitarios y el estrés académico en todos los estudiantes matriculados en los programas de pregrado que ofrece la Universidad CES de Medellín, por tal razón no se calculó tamaño de muestra utilizando un instrumento tipo encuesta, auto-administrado que fue diseñado en el sistema de captura de datos electrónica Teleform. La muestra estuvo conformada por 1344 estudiantes entre los 16 y los 37 años. Encontraron que la edad promedio de los estudiantes fue de $20,4 \pm 2,6$ años. El 68,7 % de la población es de género femenino. La prevalencia para depresión encontrada fue del 47,2 % y la relación de ésta con la severidad del estrés generado por los estresores académicos fue estadísticamente significativa ($p = .000$ para todos los casos evaluados). Esta investigación concluyó que la prevalencia para depresión encontrada fue del 47,2 % y la relación de ésta con la severidad del estrés generado por los estresores académicos fue estadísticamente significativa.

Feldman y otros (2008) investigaron el estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en una muestra de 321 estudiantes de carreras técnicas en Caracas, Venezuela utilizando el Cuestionario sobre estrés académico, el Cuestionario de apoyo social y el Cuestionario de salud general de Goldberg- GHQ (1972). Encontraron que en las mujeres, la mayor intensidad del estrés se asoció al menor apoyo social de los amigos ($r = -0.192$; $p < 0.05$), mientras que en los hombres se relacionó con un menor apoyo social por parte de personas cercanas ($r = -0.136$; $p < 0.05$), y un menor apoyo en general ($r = -0.259$; $p < 0.001$). Ambos presentaron mejor rendimiento cuando el estrés académico percibido fue mayor y el apoyo social de las personas cercanas fue moderado. Esta investigación concluyó que las condiciones

favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico.

Sabiato y Salamanca (2015) investigaron la ideación suicida y los factores asociados en una muestra de 258 universitarios del departamento de Boyacá utilizando 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 sociodemográfica. La investigación encontró que el 31% de la población participante presentó ideación suicida, hallándose a partir de las pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis que el estado civil ($\chi^2 = .035$, $p = .035$), los eventos vitales estresantes como haber tenido problemas con drogas ($U = 4782.5$, $p = .011$), haber cambiado de universidad o de grupo de amigos ($U = 5377$, $p = .006$) o tener peleas y discusiones graves con un ser querido ($U = 7028$, $p = .014$). Por otro lado se observó que tanto la IS general ($U = 3186$, $p < .0001$) como la ISP ($U = 3678$, $p < .0001$) y la ISN ($U = 995$, $p < .0001$) son mayores en los universitarios, quienes reflejaron puntuaciones marcadas en dependencia emocional (percentil >75). En cuanto a los estudiantes que presentaron impulsividad (puntuación directa > 74) se identificó que la IS ($U = 3100$, $p < .0001$), la ISP ($U = 3859$, $p < .0001$) y la ISN ($U = 3724$, $p < .0001$) son mayores respecto a los que no presentaron dicha característica. Por lo cual se concluyó que el estado civil, los eventos vitales estresantes, la dependencia emocional y la impulsividad son factores asociados a la ideación suicida en universitarios.

Pinzón-Amado, Guerrero, Moreno, y Landínez (2013) investigaron la ideación suicida y sus factores relacionados en una muestra de 963 estudiantes universitarios de la ciudad de Bucaramanga, Colombia utilizando la Escala CES-D, la Escala CAGE y un cuestionario autoaplicado. La investigación encontró que 15,7% de los estudiantes informó haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida serio a lo largo de la vida y las variables asociadas a la ideación suicida son síntomas depresivos clínicamente significativos (OR:6,89; IC 95%: 4,54-10,4; $p < .001$), historia de

consumo de sustancias psicoactivas ilícitas (OR: 2,78; IC 95%: 1,6-4,82; $p < .001$) y percepción del regular o mal rendimiento académico durante el último año (OR: 2,2; IC 95%: 1,38-3,63; $p = .001$).

Antecedentes Nacionales:

Muñoz, Pinto, Callata, Napa, y Perales (2006), investigó la ideación suicida y la cohesión familiar en una muestra de 1500 estudiantes del CEPUSM, divididos en adolescentes (15 - 19 años) y adultos jóvenes (20 - 24 años) utilizando la subescala de cohesión familiar del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III y cinco preguntas sobre conducta suicida del Cuestionario de Salud Mental adaptado. Esta investigación encontró que el 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, el 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse, la prevalencia de ideación suicida fue 15% en el último año y 6% en el último mes. Además, las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar desligada (22%), separada (32%), conectada (31%) y amalgamada (15%). Al asociar ideación suicida y familia desligada obtuvo un OR de 2,17 (IC95 1,26-3,74) en adolescentes y 1,35 (IC95 0.21-8.64) en adultos jóvenes. También se identificaron otros factores de riesgo en ambos subgrupos como el antecedente familiar de intento suicida y el hecho de vivir. Se concluyó que existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años del CEPUSM está asociada, sólo en adolescentes, a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.

Vargas y Saavedra (2012) investigaron los factores asociados a la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. El tamaño de la muestra fue determinado en 2400 viviendas tomando en cuenta que esta cantidad satisfacía los requerimientos de tres grupos poblacionales: adolescentes (2399), adultos (1489) y mujeres unidas (1682) utilizando el Cuestionario de salud mental de Colombia y la M.I.N.I. Entrevista neuropsiquiátrica internacional CIE-10. Esta investigación encontró asociaciones estadísticamente significativas con respecto al sexo femenino (OR: 2.0, IC95%: 1.2-3.4), dificultades en las funciones como hijo (OR: 1.8, IC95%: 1.1-2.9), principios y valores diferentes a los de la familia (OR: 3.0, IC95%: 2.0-4.7), nada o poca satisfacción con su inteligencia (OR: 2.0, IC95%: 1.2-3.4), tener

enamorado (a) (OR: 1.9, IC95%: 1.4-2.8), episodio depresivo (OR: 2.8, IC95%: 1.5-5.2), sentir que nada o poco lo respetan en la familia (OR: 4.8, IC95%: 1.9-12.0). La investigación concluyó que se pueden identificar varios factores que contribuyen con la vulnerabilidad (diátesis) para fenómenos suicidas en adolescentes y que el estrés puede incluir factores, tales como, un divorcio parental y otros eventos de vida adversos y factores ambientales.

Antecedentes locales:

Leal (2012) investigó la caracterización del intento suicida en una muestra de 267 casos atendidos de intentos de suicidio del Hospital Regional de Cajamarca utilizando los Protocolos de atención de intento de suicidio del UPRESU. Se encontró que el perfil del paciente con intento de suicidio se describe como el de una mujer joven y soltera que ejerce el rol de estudiante, con intento de suicidio previo y conocedora de los efectos que tienen los carbonatos para la salud física. Esta investigación concluyó que los casos de intento suicida, se da más en mujeres, pero que últimamente los casos de intentos de suicidio en varones han ido en aumento.

Leal y Vásquez (2012) investigaron la ideación suicida en una muestra de 638 adolescentes de nivel secundario en Cajamarca utilizando el APGAR Familiar de Smilkstein, Cuestionario de ideación suicida de Reynolds y Mazza, la Escala de percepción del estrés de Remor, el Cuestionario breve de estrategias de afrontamiento de Carver (1997) y la Escala de apoyo social de Matud (1998). Encontrando que es significativo el porcentaje de adolescentes que manifestaron que algunas vez en sus vidas experimentaron deseos de estar muerto (38.5%). De igual modo, cerca de una quinta parte de los adolescentes manifestaron experimentar el deseo de estar muerto alguna vez en el último mes (21.4%). Se halló, también que el funcionamiento familiar presenta una relación moderada de tipo negativa con la ideación suicida ($r = .385$; $p = .000$), Así mismo el estrés percibido obtuvo una relación moderada de tipo positiva con la ideación suicida ($r = .446$; $p = .000$), el apoyo social percibido ($r = -.190$; $p = .000$). Por otro lado se halló que la ideación suicida está relacionada a las estrategias de auto-denigración y pasividad ($r = .338$; $p = .000$), planificación hacia la resolución del

problema ($r = -.103$; $p = .000$), consumo de alcohol y drogas ($r = .192$; $p = .000$) y la aceptación ($r = -.112$; $p = .000$). Esta investigación concluyó que el estrés percibido fue el que resultó más relacionado con la ideación suicida en comparación con el resto de variables propuestas, la prevalencia de ideación suicida es más alta en mujeres que en varones y que las variables psicosociales funcionamiento familiar, estrés percibido, apoyo social se encuentran relacionadas significativamente con la ideación suicida.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Suicidio

Etimológicamente, La palabra suicidio proviene del latín Sui que quiere decir “sí mismo”, y caedere, que significa “matar”, por lo tanto significa “matarse a sí mismo” o un acto de muerte voluntaria (Córdova, Rosales, Caballero, y Rosales, 2007). Beck, Kovacs y Weismann (1979) citado en Córdova et al (2007), definen al suicidio como “un acto intencional causado por el mismo individuo que pone en peligro la vida y que resulta en la muerte”. Sin embargo, para la OMS, un acto suicida no necesariamente conlleva a la muerte (Alcántar, 2002), ya que involucra una autolesión fuera de los motivos o intención, por lo que se acuñan los conceptos de suicidio y conducta suicida. Refiriéndose al suicidio como la muerte que resulta del acto suicida y al intento suicida como aquel acto que no resultó en la muerte (Córdova et al., 2007). El suicidio no necesariamente es un indicador de alguna enfermedad (Flores y Hernández, 2011).

El comportamiento suicida se manifiesta a través de ideas, amenazas, intentos y suicidios consumados. La idea se refiere a pensamientos intrusivos acerca de la muerte y el deseo de morir. La amenaza es una expresión verbalizada o escrita del deseo de morir, lo cual puede llevar al individuo a intentar suicidarse, por lo que el intento es la acción realizada con el fin de autolesionarse o quitarse la vida (Roselló y Berrios, 2004). Sin embargo, el comportamiento autodestructivo no solo se cierra en el suicidio, sino también la delincuencia, sexualidad desprotegida y la drogadicción, las cuales para Chávez, Pérez, Macías, y Páramo (2004) son un intento de manejar el estrés.

Mosquera (2003) hace una diferenciación de términos para poder conceptualizar los diferentes tipos de suicidio:

- **Suicidio:** Básicamente, el termino suicidio hace referencia a una muerte no accidental que resulta en la autodestrucción de uno mismo independientemente de los métodos usados, condiciones mentales o físicas. Esto incluye los suicidios voluntarios, inconscientes, orgánicos y compulsivos.
- **Suicidio consumado:** El término refiere al suicidio que logró la muerte, también llamado el verdadero suicidio dado que se completó y se llevó a cabo la muerte planeada.
- **Intento de suicidio:** Se llama intento a toda búsqueda de la propia muerte. Este concepto hace referencia también al uso del suicidio para llamar la atención, manipular u obtener algún tipo de beneficio, ya que se sobrevive a tal acto. El hecho de sobrevivir puede deberse a distintas causas como por ejemplo que el sujeto suicida no tuvo esa intención o la verdadera intención de hacerlo, los medios no tan graves de llevarlo a cabo, o por la intervención de terceros. El intento de suicidio deja de ser cuando la persona manipula de manera consciente la situación. Incluye 3 tipos de intento de suicidio:
 - **Suicidios frustrados:** Es una tentativa donde existe una verdadera intención de consumir el suicidio, pero no se logra por ineficacia de métodos o por la intervención de otro para evitarlo, pero que fuera de esos dos factores, el suicidio podría haberse completado.
 - **Gesto o ademan suicida:** Es una tentativa que se hace con menos seriedad, con este tipo de intento se suele llamar la atención. Es considerado más un medio, que un fin (Mosquera, 2003).

- **Chantajos, simulación suicida o pseudosuicidios:** Son conductas suicidas falsas, que tienen como objetivo manipular.

- **Parasuicidio:** Dentro de este acto se pueden hallar los pseudosuicidios, ya que este acto se da sin ninguna intención de suicidio. El objetivo aquí es obtener cambios en su propia situación vital a través de las consecuencias físicas esperadas o derivadas del propio acto. Es decir, que es una estrategia para crear o generar algún cambio.

- **Acto suicida:** Es la acción o desarrollo en términos conductuales de un suicidio, ya sea consciente o inconscientemente, o con motivo de llamar la atención o manipular o calcular algo mediante tal acto. Engloba al suicidio en acto, al suicidio consumado y a las tentativas o intentos suicidas. Estos tres se diferencian por la gravedad de intento.

- **Conducta suicida:** Son comportamientos que por omisión o acción tienen como propósito provocar la muerte de manera no accidental. Se puede dar de manera consciente, inconsciente (por pulsiones) o en trastornos psiquiátricos que causan distorsión mental como esquizofrenia.

- **Ideas suicidas:** Son aquellos pensamientos que expresan deseos de morir. Se representan mediante fantasías, imágenes o planes suicidas.

- **Equivalente suicida:** también llamada suicidio enmascarado ó suicidio encubierto, es una conducta inconsciente que tiene como fondo la muerte. Se puede manifestar mediante una búsqueda pasiva de la muerte.

- **Plan suicida:** Consiste en una elaboración de un plan que lleve a la muerte. Aquí se pueden plantear fechas, lugares, métodos o motivos que llevan al sujeto a optar por tal decisión. Cuando se da esto, se pueden dejar notas o cartas que expliquen el porqué de su decisión y se culpa o disculpa a sí mismo o a los demás.

- **Post vencion del suicido:** Básicamente, son modos de intervención para ayudar a sobrevivientes o familiares que estuvieron en contacto con personas que tomaron tal decisión con la intención de prevenir un suicidio.

Córdova et al. (2007) Plantean que el acto suicida tiene tres fases:

- **Ideación suicida:** Son los pensamientos en acabar con la vida de uno.
- **Intento suicida:** Puede ser llamado tentativa de suicidio, ya que es un acto auto lesivo que no resulta en la muerte. Puede ser un suicidio fallido.
- **Suicidio consumado:** Es el acto que dio como consecuencia la muerte voluntaria del sujeto.

García de Jalón y Peralta (2002), llaman de otro modo a estas fases: idea suicida, duda o fase de ambivalencia y decisión en la que se actúa y se lleva a cabo el suicidio.

Por otro lado González Forteza, Jiménez, Garfias, y García (2009) plantean que las etapas de la ideación suicida son:

- La ideación suicida pasiva.
- Contemplación activa del propio suicidio.
- Planeación y preparación.
- Ejecución del intento suicida.
- El suicidio consumado.

Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006), mencionan que el suicidio es un proceso que inicia con la ideación suicida, es decir en pensamientos acerca de cómo quitarse la vida, luego actúa y se evidencia en intentos suicidas, los cuales van aumentando en frecuencia e intensidad. Tales actos pueden ser precedidos por actitudes de escape, venganza, búsqueda de riesgos. Todo esto acompañado por pensamientos y sentimientos de derrota frente a estresores psicosociales.

Según Barón (2000), plantea el proceso suicida de un modo similar:

En primer lugar, la búsqueda de soluciones frente a alguna situación o crisis. Aquí, la persona se plantea opciones para solucionar problemas esperando que se produzca algún cambio o al menos disminuya el sufrimiento o dolor. Algunas personas se plantean variadas opciones para la resolución de tal situación, pero también habrá algunas personas que no puedan identificar posibilidades de solución. Es en este momento, donde la idea del suicidio se considera una salida.

Una vez que haya surgido la ideación suicida como una solución a los problemas, las demás opciones aparecen como ineficaces para afrontar la situación, de modo que la idea suicida empieza a alimentarse y a hacerse más frecuente. La ideación suicida puede aparecer encubierta por pensamientos de una esperanza de accidente o enfermedad. La tercera fase es la rumiación, aquí el deseo de escapar y aliviar el sufrimiento se lo considera más seriamente. Sin embargo, la idea suicida hace que ese sufrimiento y la angustia aumenten. La siguiente fase es la de cristalización, en donde la persona ha perdido toda esperanza y el suicidio es tomado por una solución al dolor y a la angustia. Aquí se elaboran planes suicidas: el modo, el lugar, la hora, si dejará notas, etc. Generalmente en esta etapa existen sentimientos de soledad porque la persona afectada comienza a cortar lazos afectivos. Y finalmente, habrá un evento que dispare y de paso al acto suicida.

Las etapas del acto suicida, pueden ser o no secuenciales, no necesariamente se tiene que cumplir un orden o haber pasado una antes que otra (González-Forteza, Caballero, y Wagner, 2003).

La ideación suicida es el menos peligroso de los componentes del riesgo suicida dado que se da a nivel cognitivo, sin embargo es el más frecuente y el que se debe tener en cuenta para la prevención del suicidio, ya que es la primera manifestación de la conducta suicida, la cual se presenta mediante planes y deseo de suicidio (Leal y Vásquez, 2012).

2.2.1.1. Tipos de Suicidio

Los tipos de suicidio, se han ido considerando de acuerdo a enfoques de distintos autores, así tenemos que para García (2006) la conducta suicida tiene las siguientes categorías:

- **Suicidio consumado:** acto donde la persona se quita la vida de manera consciente.

- **Intento de suicidio:** acto donde la persona atenta contra su vida y no logra la muerte.

- **Gesto suicida:** Acto simbólico de suicidio.

- **Amenazas de suicidio:** decir o hacer algo que señale deseos de morir.

- **Ideación suicida:** Pensamientos de fantasía acerca de la propia muerte.

- **Muerte subliminal:** Rol inconsciente referente a la muerte propia. Esta uno mismo en posiciones muy vulnerables de manera inconsciente.

González (1995), Propone cuatro tipos de suicidio:

- **Suicidio maniático:** se da a consecuencia de alucinaciones
- **Suicidio melancólico:** se da por un estado extremo de depresión
- **Suicidio obsesivo:** cuando una idea acerca de la muerte se apodera de la persona
- **Suicidio impulsivo o automático:** cuando hay un impulso brusco e incontrolable.

Alcántar (2002), menciona que el intento suicida no siempre termina en el suicidio consumado, por lo que se plantea la siguiente clasificación basada en la intensidad del acto suicida:

- **Intento gravísimo de suicidio:** es aquel que trae perjuicios de acuerdo a cuan grave es el problema, pero no tiene un resultado fatal y se caracteriza por: Ideación suicida, depresión y un acto que conlleva a lesiones de gravedad, pero no la muerte.
- **Intento grave:** Aquí la acción suicida se lleva a cabo con instrumentos que pueden ser no letales, por lo que no hay lesiones que conlleven a la muerte.
- **Intento leve:** Se da cuando los instrumentos y medios no son lo suficientemente letales, por lo que resulta sin heridas graves.

- **Intento sin daño:** Aquí, los medios no pueden producir la muerte ni daño físico.

Desde la perspectiva psicoanalítica, Rodríguez Pulido, Glez de Rivera, Gracia, y Montes de Oca (1990) plantean tres tipos de suicidio:

- **Suicidio crónico:** el cual se da como una forma de autodestrucción en la que se pospone la muerte a cambio de sufrimiento de accidentes, consumo de sustancias, etc.
- **Suicidio localizado:** que se enfoca en una parte del cuerpo y se manifiesta mediante automutilaciones o accidentes provocados.
- **Suicidio orgánico:** que se manifiesta como enfermedades psicosomáticas

González (1995), propone formas que él llama “constelaciones psicodinámicas” y que González Forteza et al. (2009) también mencionan:

- La muerte como venganza
- La muerte como asesinato retro dirigido, llamado también homicidio invertido
- La muerte como reunión, donde hay un deseo de reunirse o un reencuentro con un ser querido.
- La muerte como reencarnación, donde el sujeto desea volver a nacer.
- La muerte como autocastigo, donde el origen está en el fracaso, la culpa o un intento de auto expiación.

Siguiendo el enfoque psicoanalítico, Mosquera (2003) clasifica al suicidio en:

- **Suicidios crónicos**, las cuales engloban el alcoholismo, psicosis o conductas antisociales.
- **Suicidios localizados**, las cuales engloban autolesiones, enfermedades fingidas o accidentes intencionados.

2.2.1.2. Factores de riesgo del suicidio

El suicidio es un fenómeno complejo y varía de acuerdo al contexto, lugar, persona, y por lo tanto no es un hecho con un único factor. (González-Forteza et al., 2009) Dichos factores pueden ser clasificados en factores sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos (García de Jalón y Peralta, 2002).

Factores sociodemográficos

- **Sexo:** Se ha comprobado que las mujeres tienen mayor vulnerabilidad que los varones en cuanto a ideación suicida e intentos de suicidio Sánchez et al. (2002) mientras que los varones consuman más suicidios (Mosquera, 2003). Los métodos son variables según el sexo, los varones suelen usar métodos más violentos. (García de Jalón y Peralta, 2002; Sánchez, Cáceres, y Gómez, 2002; Pérez, y otros, 2013).
- **Edad:** El riesgo aumenta con la edad. En mujeres, el rango de edad se halla entre los 15-24 años (Fernández y Merino, 2001; Nizama, 2011)

Existen varios estudios sobre el suicidio e intento de suicidio, los cuales coinciden en que el grupo que presenta la mayor incidencia de suicidio se encuentra entre los 15 y los 30 años, estimando que el 25% de las personas que se suicidan son jóvenes (Gómez, y otros, 2002).

La adolescencia como etapa de crisis evolutiva o de transición de la niñez a la adultez aumenta el riesgo suicida ya que esta etapa se caracteriza por cambios físicos y psicológicos, lo cual genera a su vez trastornos del ánimo y abuso de sustancias psicoactivas (Vargas y Saavedra, 2012).

- **Origen étnico:** El origen étnico es importante en cuanto el riesgo suicida, debido probablemente a temas culturales, de racismo, etc. Por ejemplo, en Canadá, los jóvenes aborígenes tienen una tendencia al suicidio más alta que aquellos que no lo son. En Estados Unidos, la población con más prevalencia suicida se da entre nativos americanos, seguido de blancos y afroamericanos. Pero es menor entre aquellos que son de procedencia asiática (Steele, 2007; Vargas y Saavedra, 2012).
- **Estado civil:** El papel de la familia disminuye el riesgo de suicidio. Es mayor el riesgo en personas solteras, divorciadas o viudas. Al respecto, Rodríguez, Pedraza y Burunate (2004) indican que el intento de suicidio es más frecuente en personas solteras o sin vínculo de pareja como por ejemplo las personas divorciadas o viudas. Acerca del grupo de personas viudas, los varones tienen especial riesgo suicida el primer año de la muerte del conyuge (García Resa, y otros, 2002)

El estado civil se entremezcla con otros factores como la edad y el sexo, potenciándose así aún más el riesgo suicida. (García Resa et al., 2002). En este sentido cabe recalcar que la disfunción familiar y el suicidio están ligados, debido a posibles crisis, intentos previos de

suicidio o suicidios consumados dentro del ámbito familiar, muerte de un ser querido, sentimientos de rechazo, pérdidas o rechazo (Nizama, 2011). Larraguibel, Gonzáles, Martínez, y Valenzuela (2000) destacan la ausencia de calidez familiar y falta de comunicación como factores asociados a la conducta suicida.

- **Nivel socioeconómico:** El riesgo y los intentos de suicidio son mayores en personas desempleadas y con poco nivel cultural, ya que puede traer problemas financieros.

García Resa et al. (2002), mencionan que la conducta suicida está asociada a la desempleabilidad y al menor nivel cultural. Tomando en cuenta la investigación de Platt y Hawton (2000) García Resa et al., (2002) dicen que el riesgo suicida ha disminuido con respecto a la variable de desempleo en los últimos años. Sin embargo, la investigación de Valadez, Amezcua, Quintanilla y González (2005), menciona que el factor económico favorece el aumento de situaciones de tensión y estrés en adolescentes porque lo obligan a buscar trabajo y por otro lado, tales problemas económicos pueden hacer que los padres tengan algún tipo de depresión, lo cual perturba las relaciones con los integrantes de la familia.

Barón (2000), plantea además tres factores de riesgo adicionales a los ya planteados anteriormente:

- **El estallido de la familia:** Este factor no es exclusivo de familias con miembros adolescentes suicidas. Se refiere a la presencia de algunas enfermedades o la historia familiar, en donde hay padres suicidas, probablemente habrán hijos con la misma característica

- **La discontinuidad de la Experiencia:** Se refiere a la deserción afectiva por parte de los adultos en el entorno de los adolescentes. Dentro de este factor tenemos a las separaciones, divorcios, infidelidades, volver a casarse, convivencia con hijos de otro compromiso, cambios de casa, barrio, ciudad, país, etc.
- **La psicodinámica familiar:** La familia, la dinámica, las relaciones y los apegos son importantes en este punto. Es sabido que los adolescentes suicidas tienen roles confusos dentro de la vida familiar debido a ausencias de figuras paternas, lo cual configura una dinámica familiar predispuesta a algún acto o ideación suicida.

Factores Clínicos:

Trastornos médicos: Las enfermedades influyen en el estado de ánimo, por ejemplo existe cierta relación entre trastornos del ánimo y el cáncer de mama, traumatismo encéfalo craneanos, VIH (Palacios, Rueda, & Valderrama, 2006), etc. Así como hay factores dentro de las enfermedades que se asocian y contribuyen al riesgo de suicidio, como lo son desfiguraciones, falta de movilidad, dolores crónicos intratables, etc. Al respecto a la correlación entre ideación suicida y pacientes con VIH (Castellanos y Soza, 2013) encontraron niveles bajos de intencionalidad en personas con tal enfermedad. Para Nizama (2011) las enfermedades orgánicas incrementan el riesgo de suicidio. Así por ejemplo, el riesgo aumente 9% con una enfermedad y a 16% con dos enfermedades.

Trastornos mentales: El suicidio y la ideación suicida están asociados a algunos trastornos mentales como los afectivos (depresión) (Sánchez et al, 2002). Se ha encontrado que el 15% de personas pacientes con depresión mayor se suicidaban. A decir de la depresión, para Roselló y Berrios

(2004) la depresión es el predictor más frecuente de la conducta suicida, ya que es un trastorno caracterizada por tristeza, irritabilidad, cambios de apetito, sueño, baja autoestima y pensamientos relacionados a la muerte; pero que eso no significa que un adolescente que tiene conductas suicidas esté deprimido. Además, la relación entre depresión y suicidio pueden estar mediados por una carencia de estrategias cognitivas y sentimientos de desesperanza. Estas últimas dadas por situaciones de vida negativas que predisponen aún más a la conducta suicida (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta, y Suárez, 2008).

Dentro de este grupo también está la esquizofrenia, en donde se halló que el 10% de pacientes con esquizofrenia se suicidaba y son un 8,5 veces más vulnerables al riesgo suicida a comparación de la demás población. Para Rascón, Gutiérrez, Valencia, Díaz y Rodríguez (2004) las personas que padecen esta enfermedad, el riesgo suicida es de 20 a 50 veces mayor a comparación del resto de la población. La frecuencia de suicidio es 5 veces mayor. Y del 9% al 13% de pacientes esquizofrénicos logra suicidarse. Por lo que se puede decir que la esquizofrenia es uno de los indicadores del riesgo suicida con más confiabilidad.

De igual forma el trastorno de ansiedad, de cuya población el 26% con fobia social y crisis de ansiedad tienen intentos de suicidio, lo cual contrasta con la investigación de Nizama (2011), donde menciona que el 20% de pacientes con crisis o fobia social han presentado intento suicida, sin llegar a consumir tal acto. Por otro lado, el trastorno de ansiedad es un mecanismo de adaptación a situaciones estresantes, pero cuando se desborda, genera sentimientos de indefensión y deteriora el funcionamiento psicosocial (Riveros, Hernández y Rivera, 2007)

El consumo de sustancias aumenta el riesgo de suicidio, especialmente el alcohol, ya que precipita conductas suicidas. Así, las cifras indican que el 15% de alcohólicos logran suicidarse (Nizama, 2011).

Los trastornos de personalidad predisponen a otros trastornos mentales a desajustes sociales que deterioran estrategias de afrontamiento. Sin embargo, a palabras de Torres (2007, pág. 110) “el suicidio es la expresión más grave de agresividad patológica auto lesiva y puede presentar arrepentimiento, autocrítica” y puede ser consecuencia de un trastorno de juicio de la realidad o surgir de un intelecto bien conservado.

Finalmente, dentro de los trastornos adaptativos se pueden ver factores de riesgo para la conducta o ideación suicida, ya que pueden presentar problemas en el ciclo vital como abandono de hogar, jubilación, problemas de pareja, salud, entre otros.

Para Nizama (2011), los trastornos mentales aumentan de 3 a 12 veces con relación a pacientes sin diagnóstico psiquiátrico. Las cifras con trastorno depresivo mayor, aumentan 20 veces; con distimia, 12 veces; con trastorno bipolar, 15 veces; y con esquizofrenia, 8.5 veces (Nizama, 2011).

Factores genéticos: Se ha demostrado que los antecedentes familiares en relación al suicidio aumenta el riesgo suicida. Por otro lado, la disfunción del sistema serotoninérgico ha sido asociada a la ideación y conducta suicida debido a la baja producción de serotonina, lo cual conlleva al poco o bajo control de impulsos.

A la vez, existen diferentes factores que se asocian a dicho fenómeno, por ejemplo la ideación suicida, intentos previos de suicidio, historia familiar,

aspectos sociales como de apoyo, violencia, el uso de drogas, estabilidad familiar y factores personales.

En conclusión, podemos decir que no existen situaciones que determinen el suicidio al cien por ciento, ya que depende del sujeto y su modo de afrontar dichas situaciones, su estilo cognitivo, personalidad, apoyo social y familiar, etc.

Por otro lado también existen factores protectores. La Organización Mundial de la Salud (2006) define a los factores de protección como los que disminuyen el riesgo suicida. Los factores son los siguientes:

- Apoyo de la familia, amigos y otras personas importantes;
- Creencias religiosas, culturales y étnicas;
- Participación en la comunidad;
- Vida social satisfactoria;
- Integración social, por ejemplo, a través del trabajo, el uso constructivo del tiempo libre, etc.;
- Acceso a servicios y asistencia de salud mental.

Tales factores podrían ser una fuente de manejo de tensiones que son consecuencias de acontecimientos de la vida. Sin embargo, Vargas y Saavedra (2012) determinan que no hay una relación entre el suicidio (sean ideas o conductas suicidas), y religión. Es decir, no consideran a las creencias religiosas como un factor de protección. Al contrario, mencionan que podría ser un factor que podría influenciar en la conducta suicida.

2.2.1.3. Teorías sobre el suicidio

Barón (2000) explica que la motivación al intento suicida se puede dar por: una motivación racional, motivación pulsional y motivación impulsiva.

La motivación racional de suicidio, menciona, es muy rara ya que la persona motivada al suicidio por algo racional, no debe tener alguna psicopatología. Este tipo de motivación se da en la Eutanacia. Con respecto a este tipo de motivación, se debe tener en claro la diferencia entre una decisión racional y una racionalización como mecanismo de defensa donde se explica de manera argumentativa los motivos de tal decisión.

La motivación pulsional, a diferencia de la primera, aquella que suele estar ligada a algún tipo de psicopatología como la esquizofrenia.

Y finalmente la motivación impulsiva, la cual es la más frecuente ya que supone una carga emocional o conflictos pasados, lo cual se relaciona con eventos estresantes o traumáticos durante la infancia, como abuso sexual.

La teoría del suicidio se divide en tres enfoques: sociocultural, psicoanalítico y post-freudiana, y biogenética. Sin embargo las dos primeras se han estancado teóricamente y ya no dan más aportes, a diferencia de la teoría biológica (Rodríguez Pulido et al., 1990). Sin embargo García (2006), propone las teorías psiquiátricas y psicológicas.

Teoría psiquiátrica del suicidio:

Esta teoría propone que un suicida es alguien con un problema mental, una afección moral que es causada por problemas de variada índole, como problemas familiares, económicos, venganza, decepciones, etc. Así mismo, propone dos razones por las que la gente se suicida: una por autodestrucción y la otra por llamar la atención de otras personas, una especie de búsqueda de preocupación hacia él o ella (García, 2006).

Alcántar (2002) Menciona dos perspectivas respecto a la teoría psiquiátrica. Por un lado, se propone al suicidio como consecuencia de enfermedad mental, en otras palabras, una persona se suicida porque está

enfermo mentalmente. Esta perspectiva se remonta a principios del siglo XIX, cuando se comenzaron diversas investigaciones para encontrar anomalías morfológicas y funcionales en las personas que intentaban suicidarse. Y por otro, se intenta hallar un punto en común entre aspectos personales y sociales, es decir, se trata de hallar una explicación a través de una interacción sujeto-medio.

Teoría sociológica del suicidio:

Como base de la teoría sociológica del suicidio está Durkheim, quien postula que el hombre, como ser social y miembro de un grupo, se tiene que acoplar y cumplir reglas y normas para sentirse parte del mismo, así que sus necesidades dependen de las condiciones que tenga en su entorno, es decir, su grupo. Por lo que la conducta suicida se deriva de la imposibilidad o dificultad para satisfacer dichas necesidades. Para Durkheim, el suicidio no se debe ver como algo aislado, sino como algo externo al individuo y su hipótesis es que el suicidio sucede por la relación perturbada del sujeto con la sociedad, por lo que es la sociedad misma quien se suicida a través de ciertos individuos (Alcántar, 2002).

A su vez, propone tres tipos de suicidio:

- **Suicidio egoísta:** donde no hay lazos sociales, por lo que hay soledad y aislamiento. Es decir, hay un exceso de individualización a causa de una desintegración en la estructura social. (Rodríguez Pulido et al., 1990)

- **Suicidio altruista:** aquí, la sociedad determina el suicidio a causa de su excesiva integración al grupo donde el Yo no se reconoce, (por lo que hay exceso de integración a la sociedad (Rodríguez Pulido et al., 1990)

- **Suicidio anómico:** donde la persona padece de trastornos que desequilibran la relación sujeto-sociedad. Y surge de una falla de los valores sociales, lo que lleva a tener sentimientos de desesperanza y la vida pierde significado.

Luego se le agregó un cuarto tipo mencionado por Rodríguez Pulido et al (1990):

- **Suicidio fatalista:** donde el sujeto considera al suicidio como una salida a algo incontrolable e insoportable y se ven con un futuro limitado (Rodríguez Pulido et al., 1990).

Por otro lado, la teoría de la subcultura, está de acuerdo con la planteada por Durkheim, y propone que existe una relación entre el suicidio y la forma de vida en la ciudad y la zona rural, ya que cada uno tiene una cultura propia (sub cultura) aunque se viva en la misma sociedad, y que en el suicidio, a diferencia de lo planteado por Durkheim, los factores personales también juegan un papel importante. (Rodríguez Pulido et al., 1990).

La teoría del cambio de status:

Plantea que el cambio descendente de status está ligado al suicidio debido a la frustración y a la posible ruptura de lazos sociales, que conlleva a crisis personales, sin embargo esta teoría no está demostrada debido a su falta de rigurosidad metodológica. (Rodríguez Pulido et al., 1990)

Teoría psicoanalítica

La teoría psicoanalítica aporta con la idea de que el suicidio es parte de un homicidio, ya que existe una ambivalencia entre el amor y el odio en la dinámica psíquica del suicida. Por lo tanto, la agresión es vista como una

manifestación de un impulso de muerte que busca un descanso, lo cual podría hallar en el suicidio. (Rodríguez Pulido et al., 1990)

Para Freud, el suicidio se relaciona con las pulsiones o instintos de muerte y de vida, pero sobretodo con el primero. Así mismo existen dos pulsiones en nuestro aparato psíquico, la pulsión de vida y la pulsión de muerte. El suicidio se llevaría a cabo cuando el Thanatos, es más fuerte que el Eros, es decir que el amor actúa como un neutralizador del impulso de muerte (Mosquera, 2003).

La melancolía parte de la pérdida del objeto inconsciente. En el duelo, esa pérdida, sería consciente. Por tal motivo, el neurótico tiene deseos de autodestrucción, pero a la vez, tiene impulsos homicidas. Freud lo explica diciendo que la agresión dirigida hacia dentro, contra un objeto de amor introyectado, suscita ambivalencia (Mosquera, 2003).

Así mismo, Freud plantea que en la depresión, existen sentimientos de ira contra una persona, pero se vuelve contra el propio sujeto, de modo que no hay suicidio sin deseos inconscientes de matar al otro (Mosquera, 2003).

La conducta suicida está dada por un Súper Yo que castiga al Yo y éste carece de mecanismos de regulación o control de impulsos. Además se puede decir que el sujeto, dentro de sus fantasías contiene hostilidad hacia alguien, la cual en el caso del suicidio se vuelve hacia el mismo sujeto (Mosquera, 2003)

En tal sentido, Menninger (1938 citado en Leal, 2012) resumiría lo antes mencionado planteando en un odio hacia el propio yo. De modo que se ve al suicidio como auto eliminación que se vincula al sentimiento de odio, lo cual puede generar deseos de muerte, vergüenza y desesperanza.

Teorías post freudianas

Según Horney (1950 citado en Rodríguez Pulido et al., 1990), a diferencia de Freud, el suicidio parte de trastornos generados por la sociedad mediante la religión, la política o las figuras paternas, los cuales causan neurosis. Esta neurosis, vendrá acompañada de una hostilidad básica en el sujeto (entre el yo idealizado y el verdadero yo) y que en su intento de resolver conflictos, puede orientarse por ir contra la gente, hacia él mismo o alejarse.

Hendin (1951) dice que los suicidios o las fantasías suicidas surgen en momentos de crisis psicológicas y que toman formas de deseos de escape, de ser castigados, de vengarse o un deseos esperanzado de rescate.

Para Rank (1959) el sujeto suicida, tiene un conflicto dentro del Yo, siente el deseo de vivir y el miedo a morir, por lo que el neurótico, se “mata lentamente” para evitar su muerte.

Teoría psicológica

Esta teoría propone tres componentes (Rodríguez Pulido et al, 1990)

Presión: es decir eventos que pueden ser positivos o negativos, que influyen a nivel cognitivo, conductual y emocional, pero solo los negativos influyen en el suicidio. Esta presión bien puede llamarse estrés.

Pena: castigo psicológico.

Perturbación: Grado de trastorno en el que se halla el individuo. Aquí, el suicida tiene diferentes características, como: deseos conscientes o inconscientes de vivir o morir, cansancio o síntomas psicósomáticos, ansiedad, depresión, cólera, inestabilidad emocional, disminución de funciones cognitivas y desesperanza (Rodríguez Pulido et al, 1990).

Desde una perspectiva psicológica clínica cognitivo-conductual, se han subrayado algunos factores que podrían determinar la aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida. Las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo (que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979 citado en De la Torre, 2013)

Teorías biológicas - genéticas:

Estas teorías tratan de hallar una relación entre el funcionamiento del cerebro en cuanto neurotransmisores, y la carga genética hereditaria, sin embargo aún no se tiene claro si lo que se hereda es la enfermedad mental o el suicidio o la tendencia suicida específicamente.

Turecki (2001) dice que el factor genético juega un papel importante en la predisposición del suicidio y el comportamiento suicida. A su vez, existe una relación entre el rol de algunos genes y la actividad serotoninérgica en la etiología del comportamiento suicida, pero que hace falta estudiar más dicha relación.

Para Seymour y Kety (1986 citado en Rodríguez Pulido et al., 1990) existe una relación entre el suicidio, ideación suicida y sujetos que llevan una vida estresante, por lo que los intentos de suicidio están relacionados con

la serotonina, y se ha hallado que sujetos con intentos de suicidio tenían bajo 5-H1AA, un metabolito que indica la cantidad de serotonina en el cuerpo, y su baja presencia se asocia a conductas agresivas y tendencias suicidas violentas.

Vemos, entonces, que los factores genéticos juegan un papel importante en el estudio de la conducta suicida, pero aun así, faltan estudios que correlacionen y afirmen más la hipótesis genética.

2.2.1.4. Ideación suicida

La ideación suicida es el tema menos estudiado respecto al suicidio (González-Forteza, García, Medina-Mora, y Sánchez, 1998; Chávez et al., 2004) a pesar de ser bastante común entre los adolescentes (González Forteza et al., 1998; Ferrán, Jane, y Domènech, 2000).

La ideación suicida es un concepto amplio que engloba pensamientos acerca del suicidio consumado o intentos o amenazas que son importantes en el estudio debido a su asociación con el intento suicida (Alcántar, 2002). Cabe aclarar que la diferencia entre la conducta y la ideación suicida, está en que la ideación se queda en un plano cognitivo, mientras que la primera, entra al plano conductual, es decir, donde el sujeto actúa (Leal y Vásquez, 2012).

La ideación suicida se refiere a las fantasías, representaciones o pensamientos intrusivos y repetitivos en torno al contexto, instrumentos y las condiciones en que uno se quiere infligir la muerte (Mosquera, 2003; Miranda, Cubillas, Román, y Abril, 2009) Pero que no ha intentado ni evidenciado, por lo que solo se queda en el plano cognitivo (Beck et al 1979 citado por Córdova et al, 2007). Es el primer peldaño y el menos grave de las etapas de la conducta suicida (Ferrán et al., 2000; Fernández y Merino, 2001) Sin embargo su gravedad es medida en cuándo y cuán persistente o

intenso sea, porque el tiempo puede ser variable desde semanas hasta años. Reynolds plantea que la ideación suicida puede ser operacionalizada como una situación que va desde la presencia de pensamientos relativamente leves acerca de la muerte y de los deseos de estar muerte hasta la presencia de aquellas ideaciones serias acerca de planes y medios específicos de quitarse la vida (Leal, 2012).

Es a la ideación suicida donde se debe apuntar para la prevención del suicidio consumado, ya que puede preceder a los actos suicidas (González Forteza et al., 1998; Córdova et al., 2007). Algunos autores como Pérez et.al (2008), Sabiato y Salamanca (2015), Sánchez et al (2002) y Pérez y otros (2013) consideran a la ideación suicida como el principal factor de riesgo del suicidio Para Reynolds & Mazza (1999) citado en Leal (2012) la detección de la ideación suicida en adolescentes tiene que ser el primer paso para prevenir el suicidio. Y una forma de evaluar es mediante la medición de tales ideas a través de un instrumento o test, ya que así se tendrá respaldo científico. El uso de tal instrumento podría ayudar a los profesionales de la salud a intervenir a tiempo y antes de que se consuman o intenten actos suicidas. Tal propuesta, además, se basa en la idea de que los jóvenes responden honesta y abiertamente a preguntas acerca de sus pensamientos suicidas y la muerte (Reynolds, 1988 citado en Leal, 2012)

La ideación suicida está asociada a la sintomatología depresiva, a la baja autoestima, desesperanza, estresores cotidianos como fracasos escolares o laborales, crisis y el consumo de drogas. (González-Forteza et al., 1998; Ferrán et al., 2000; García, 2006) Sus formas de presentación son las siguientes:

- Deseo de morir.
- Representación suicida.

- Idea suicida sin método.
- Idea suicida con método indeterminado.
- Idea suicida con método determinado.

Al respecto de la depresión, se ha considerado como como un trastorno ligado a la ideación suicida, sin embargo, la ideación suicida no necesariamente está correlacionada con la depresión ya que puede aparecer en otros trastornos mentales. (García de Jalón y Peralta, 2002) Por lo que se la puede tomar como un síntoma o como un factor que contribuye a la génesis de la ideación suicida, mas no como una correspondencia exacta (Fernández y Merino, 2001).

2.2.1.5. Características de la ideación suicida

Para Leal y Vásquez (2012) La ideación suicida tiene tres características:

Estructura: Se refiere a una estructura del lenguaje, que a su vez cuenta con tres aspectos: a) es una falacia lógica. b) es una desorganización semántica referidas a estrategias cognitivas para evitar el pensamiento de muerte. Y c) se refiere al pensamiento dicotómico, donde no hay puntos medios, sino que todo es blanco o negro, no hay escala de grises.

- Rigidez y contricción: Se refiere a la falta de flexibilidad de pensamiento y por lo tanto de adaptación, ya que no da pasó a generar opciones de conducta.
- Percepción distorsionada del tiempo: Se refiere a la sola visión del presente, el cual es desesperanzador, y donde el futuro no existe, por lo que se es más difícil de tener planes o de una visión positiva del futuro o con oportunidades.

- A modo de conclusión, podemos decir que la ideación suicida es un factor asociado a la conducta suicida especialmente en población de entre los 15 y 24 años de edad y que los factores asociados a la ideación suicida son factores de riesgo cuando interactúan entre ellos (González-Forteza et al., 1998).

2.2.1.6. Adolescencia

Nos vamos desarrollando desde el momento de nuestra concepción. Somos células que se desarrolla y evolucionan. Pasamos toda nuestra vida atravesando etapas, algunas más fáciles que otras. Cada cual tiene determinados cambios físicos, fisiológicos, psicológicos, cognoscitivos, etc. Y aunque se trate cada cambio como algo separado, uno afecta a todos los demás. Una de esas etapas por las que atravesamos es la adolescencia (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009).

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Comienza desde los 12 o 13 años y termina a los 19 o 20 años, aproximadamente. Adolescencia proviene de “adolescere” que quiere decir “crecer a” (Alcántar, 2002). La adolescencia es una etapa donde uno atraviesa la dependencia física y emocional característica de la infancia a la independencia, lo cual conlleva al afrontamiento de retos, aprovechar oportunidades, pero también lo expondrá a estrés (Sánchez-Ventura, 2012).

Alonso (2005) menciona que la adolescencia es un periodo crítico, no solamente para la persona que está atravesando la etapa, sino también para la familia, ya que el adolescente se cuestiona acerca de del estilo familiar. Esto puede desencadenar en una desorganización de las pautas familiares o de las reglas, por lo que la familia ven a los actos adolescentes o al adolescente mismo como un disruptor. Anna Freud (1946 citado en Muñoz, 2000) dice de la adolescencia que es un periodo de desequilibrio

psíquico, conflictos emocionales y conducta errática, ya que busca su identidad. Al respecto la teoría de Erikson, ubica a la adolescencia en su quinta etapa, de Identidad contra confusión de roles, la cual se caracteriza porque el adolescente trata de hallar su identidad a través de los roles que juega dentro y fuera de la familia como lo son el rol de hermano, hijo, estudiante, etc. De no alcanzarse tal objetivo, el individuo puede confundirse de roles y cae en desesperación (Alcántar, 2002).

Para Freud la adolescencia se corresponde con la etapa genital, que se extiende de los 12 a los 15 años aproximadamente, período en que tras una etapa de latencia en la edad escolar, se renueva la lucha entre el ello y el yo (Leal y Vásquez, 2012).

2.2.1.7. Adolescencia e ideación suicida

Hernández Cervantes y Gómez Maqueo (2006) mencionan que ciertas circunstancias o situaciones estresantes en la vida, pueden ser un desencadenante de diversos problemas, entre ellos el riesgo suicida el consumo de sustancias, lo cual podría acarrear otros problemas como por ejemplo depresión o ansiedad.

La adolescencia al ser una etapa de crisis, con cambios biológicos, psicológicos y sociales, trae consigo una carga de estrés vital, ya que ésta consiste en afrontar nuevas situaciones, obligaciones y roles (Calvete y Estévez, 2009). Considerando tales cambios, la poca adquisición de experiencia y eventos externos que pueden generar estrés, el adolescente pueden tener problemas emocionales o conductuales (Barra, Cerna, Kramm, y Véliz, 2006), que a su vez puedan predisponer a otras enfermedades, ya que se ha demostrado la relación entre estrés y el sistema inmunológico (Galán y Sánchez, 2004). Arteaga (2005) Menciona que la adolescencia es una etapa de especial estrés, ya que para el adolescente, el

desarrollo físico, psicológico y social ya es una situación estresante. Algunos estudios han demostrado que los adolescentes y adultos jóvenes son la población con mayor incidencia de estrés e ideación suicida (Larraguibel et al. 2000; Sabiato y Salamanca, 2015).

2.2.1.8. Relación entre ideación suicida y estrés académico

El suicidio para García (2006) es un proceso de interacción sujeto-ambiente. Y se vuelve una opción cuando el sujeto no enfrenta adecuadamente las demandas del ambiente o entorno. Gonzales (1990 citado en García, 2006), plantea que si una persona se enfrenta a muchas demandas sociales, éstas producirán emociones y afectos negativos, para este autor, las influencias serían:

- Discontinuidad y ruptura brusca del sistema de valores.
- Carácter punitivo del medio.
- Desempleo y discriminación.
- Contradicción entre la exigencia y la respuesta dada a tal exigencia de manera individual.

Suca y López (2016) mencionan que síndromes generados por la exposición a situaciones estresantes como el de burnout o síndrome del quemado traen consigo cargas emocionales que generan ideas de fracaso, inadecuación y cansancio, lo cual podría generar ideación suicida. Casullo (2005) refiere que circunstancias o situaciones ya sean personales, interpersonales, intrapsíquicas o asociados con la calidad de vida, como la educación o economía, causan fatiga emocional, lo cual podría desencadenar en ideación suicida o conllevar a algún riesgo suicida, ya que el suicidio aparecería como un comportamiento defensivo ante la adversidad.

2.2.2. Estrés

El estrés existe desde los comienzos de la humanidad. Cuando el hombre primitivo estaba en situaciones de peligro, solo tenía dos opciones: luchar o huir. Ambas alternativas le servían para liberar la energía y dar una respuesta al peligro. Y aunque el hombre tiene cierta capacidad para adaptarse, esta capacidad es limitada y cuando las exigencias del medio no son soportables, pueden aparecer daños fisiológicos y psicológicos (Ayala, 2010).

El término está relacionado con el miedo, ansiedad, angustia, depresión. Sin embargo es difícil dar o llegar a un consenso acerca de qué es exactamente el estrés (Sánchez, 2011). Fue Selye quien se encargó de su estudio de manera científica y quien sentó bases para el posterior estudio del estrés como lo conocemos actualmente. Selye (1946 citado en Bedoya, 2006) define al estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas ante estímulos nocivos y la llama “síndrome general de adaptación”. El concepto dado por Selye, está ligado al concepto de homeostasis, que quiere decir el equilibrio físico-químico propuesto por Walter Bradford Cannon (Marín, Álvarez, Lizalde, Angulano, y Lemuz, 2014). Entonces, el estrés sería un estímulo perturbador del equilibrio orgánico que resulta en tensión física, emocional o psicológica. (Tolentino, 2009). Estas reacciones fisiológicas causan liberación de hormonas cuando hay percepción de una potencial amenaza o amenaza real y dan como resultado respiración acelerada, sudoración, latidos fuertes del corazón, aumento de la presión arterial, tensión de los músculos, etc. (Benson y Casey, 2014). A su vez, el estrés puede generar disminución del funcionamiento del sistema inmunológico, lo que trae consecuencias en la salud, sea en el aspecto fisiológico, como en el aspecto mental. Lo cual se manifiesta a través de ansiedad, depresión y conducta suicida (Amézquita, González, y Zuluaga, 2000).

Para Hernández y Gómez (2006) los eventos difíciles de la vida son considerados estresores y pueden ser un desencadenante de un acto suicida generalmente en

adolescentes, ya que atraviesan por conflictos o crisis relacionadas a la identidad, además de hallarse en una crisis evolutiva.

Con respecto a los efectos psicológicos, Ayala (2010) menciona los cambios en dos aspectos: Por un lado el aspecto cognitivo, en donde se presenta déficit de atención y concentración. Deterioro de la memoria a corto y largo plazo. Deterioro de la facultad de organización y planeación. Y por otro lado, el aspecto conductual, donde se presentan trastornos del lenguaje o del habla. Falta de interés. Aumento en el consumo de drogas. Alteraciones o trastornos del sueño. Patrones de conducta excéntricas. Y pueden realizarse amenazas de suicidio.

Se clasifica al estrés en Estrés físico y el Estrés psíquico. Según el grado podemos clasificarlo en dos Estrés agudo, el cual es corto, pero intenso; y Estrés crónico: es aquel que no se deja de tener y es prolongado (Ayala, 2010). Sin embargo, para Yerkes y Rodron (2014 citado en Benson y Casey, 2014), y Ayala (2010), el estrés no necesariamente es malo o dañino (distrés), ya que nos puede dar un impulso o estímulo que ayuda con trabajos o tareas simples y agradables (eutrés). De esto se puede decir que a mayor nivel de estrés, mejor rendimiento y eficiencia, siempre y cuando alcancen un punto óptimo, ya que de sobrepasar el nivel de estrés, genera más ansiedad y se disminuyen tanto el rendimiento como la eficacia.

A lo largo de los estudios, se ha ido considerado al estrés de tres formas, en un principio como un conjunto de estímulos, luego como una respuesta y finalmente como un proceso que incorpora tanto los estresores como las respuestas. Con la primera forma se considera al estrés como las situaciones ambientales que generan tensión ya que se perciben como peligrosas. Como estímulo, el estrés es capaz de provocar una reacción en el cuerpo a partir de una acción del ambiente. Con la segunda perspectiva, el estrés sería una reacción ante los factores estresores y tiene dos componentes. Por un lado el psicológico, que a su vez lo componen emociones, sentimientos y conducta. Y por otro lado, el fisiológico, que se traduce como la

“activación” del cuerpo. La tercera perspectiva propone al estrés como la interacción del sujeto con su entorno. Sin embargo, no hay un consenso acerca de la definición de estrés, ya que estrés puede tener significados distintos para cada persona (Fernández, 2009), por ejemplo durante la segunda guerra mundial, el estrés era definido como miedo. Actualmente el concepto puede denotar dureza, momentos angustiosos, advertencia o aflicción (Hernández, 2011), las cuales demandan capacidad para hacer frente a tales eventos. Siguiendo esta línea, el estrés es aquel afrontamiento interno de la persona generado por las demandas externas y que se hallan en conflicto por la carencia de recursos de afrontamiento (Tolentino, 2009). Para Ayala (2010), tales demandas también son presiones académicas, laborales, familiares, etc. en donde el control de la situación es difícil.

A partir de los tres enfoques y las definiciones dadas, podemos decir entonces, que el estrés es la respuesta psicofisiológica del sujeto a la interacción entre éste y su ambiente, la cual no necesariamente es perjudicial para el individuo, ya que la interacción y las respuestas varían dependiendo de la persona.

2.2.2.1. Síntomas del estrés

El estrés puede afectar funciones y órganos en nuestro cuerpo. Uno de los más comunes y primeros síntomas es el estado de excitación que llamamos ansiedad, el cual se da porque nuestro cuerpo responde de un modo maximizado a una demanda externa (Amézquita et al, 2000).

Entre los síntomas más comunes del estrés según Comín et.al, (2003), tenemos:

- Alteraciones físicas

- Alteraciones digestivas: Úlcera de estómago, colon irritable, dispepsia funcional, colitis ulcerosa, aerofagia.

- Alteraciones respiratorias: Hiperventilación, disnea, asma psicógena, sensación de ahogo.
 - Alteraciones nerviosas: Pérdida de memoria, cefaleas, insomnio, astenia, ansiedad, cambios de humor, aumento de consumo de drogas sociales, depresión.
 - Alteraciones sexuales: Impotencia, eyaculación precoz, vaginismo, alteraciones de la libido.
 - Alteraciones dermatológicas: Prurito, eczema, hiperhidrosis, alopecia y dermatitis.
 - Alteraciones musculares: Calambres, contracturas, rigidez, hiperreflexia, hiporreflexia y dolor muscular.
 - Alteraciones cardiovasculares: Taquicardia, extrasístoles, dolor precordial, angina de pecho.
 - Alteraciones inmunológicas: Herpes, infecciones frecuentes.
- **Alteraciones psicológicas**
- Preocupación.
 - Falta de concentración.
 - Falta de control.
 - Desorientación.
 - Olvidos.
 - Consumo de fármacos.
 - Trastornos del sueño.

2.2.2.2. Etapas del estrés

El estrés tiene tres fases:

Reacción de Alarma: Es la respuesta del cuerpo al estímulo externo, donde se libera sustancias como el cortisol y adrenalina (Bedoya, 2006; Tolentino, 2009). Al respecto Tolentino (2009) menciona que aquí se producen reacciones psicológicas y el sistema inmunológico se deprime por lo que se trata de un estado donde el cuerpo se modifica químicamente para compensar el estado de actividad excesiva. Esta fase se caracteriza por liberar hormonas para poder afrontar la situación estresante (Sánchez, 2011). Es aquí donde se inicia el síndrome de huida o lucha, el cual tiene etapas (Fernández, 2009):

Etapas de Choque, donde se descarga adrenalina, noradrenalina, cortisol, etc.

Contra choque, donde se dan los efectos de la liberación de tales sustancias. Como resultado se da hipertensión.

Esta reacción de alarma dura poco tiempo, pero el organismo necesita un tiempo determinado para recuperarse. Si esta recuperación no se produce entramos en la fase de resistencia. (Comín, de la Fuente y Gracia, 2003).

Resistencia: En donde el cuerpo no sostiene la primera reacción y se adapta a las demandas de manera progresiva, también se desaparecen los síntomas de la primera fase y el cuerpo se adapta, pero a costo de menos resistencia a estímulos de otro tipo. En esta fase, las hormonas siguen activas en nuestro cuerpo (Sánchez, 2011). Este estado de resistencia puede dilatarse en el tiempo hasta que no se puede mantenerlo más y se entra en la fase de agotamiento (Comín et al, 2003).

Agotamiento: Aquí, la adaptación sucumbe a la demanda y reduce la capacidad de interacción con el medio debido a la larga exposición de los

agentes nocivos (Bedoya, 2006). Las defensas sufren una caída y no hay más estrategias de adaptación. Si el cuerpo sigue expuesto al agente estresor, hay síntomas psicológicos y físicos que producen enfermedades e incluso la muerte. En esta fase, el organismo va perdiendo la capacidad de activación, de modo que se inhibe de reservas, lo cual se traduce en enfermedades. En pocas palabras, en esta fase el organismo se colapsa por la intensidad del estrés y pueden aparecer alteraciones psicosomáticas (Comín et al, 2003).

2.2.2.3. Estrés académico

Uno de los mayores retos presentados en nuestra sociedad es el educar a las personas para generar desarrollo de las sociedades en las que se desenvuelven. Esto se presenta como una fuente de desarrollo personal y social, sin embargo, las instituciones han cambiado introduciendo algunos elementos generadores de estrés (González y Merino, 2013).

Cuando hablamos del estrés académico, hablamos del que se presenta en todo ámbito académico, es decir, de aquel que se presenta en la escuela, colegios, institutos o universidades e incluso jardines (Ayala, 2010). Las causas más frecuentes son la falta de adaptación al régimen, conflictos escolares, carencia de metodología de enseñanza de los profesores o actitudes de éstos hacia los alumnos. Una definición similar la da Labrador (2012) mencionando que el estrés académico es aquel generado por el individuo en relación al ámbito y prácticas educativas y que podrían afectar a docentes y alumnos de cualquier nivel (Oliveti, 2010; Bonilla, Delgado, y León, 2014), pero en especial en la educación superior (Marín et al, 2014) Y tiene como fuente exclusiva a estresores relacionados con las actividades que se desarrollan en el ámbito escolar. (Oliveti, 2010), como el exceso de tareas, trabajos y el poco tiempo que se tiene para realizarlos (Ayala, 2010; Hernández, 2011).

El estrés en el ámbito académico trae consigo las mismas consecuencias que cualquier otro tipo de estrés y perjudica el aprendizaje y hay mayores probabilidades de contraer enfermedades (Oliveti, 2010). Se evidencia esto, en estudios realizados donde se halló que en fechas de exámenes, hay una caída en el funcionamiento del sistema inmunológico, por lo tanto hay mayor probabilidad de padecer alguna enfermedad (Labrador, 2012). Es por eso que debe ser atendido y tener en cuenta en las escuelas, colegios, institutos y universidades. Y que su aumento se ve reflejado en el incremento de los índices de suicidio especialmente en los adolescentes universitarios, ya que es el estrés académico, es el tipo de estrés con mayor importancia entre ellos (Boullosa, 2013), debido al cambio que hay en cuanto al nivel de exigencia, cambio de horarios y de algunos hábitos (Tolentino, 2009).

Cuando un alumno está sumido por mucho tiempo en los regímenes en modo de alarma, le genera un cansancio excesivo, esto se puede traducir en dolor de cabeza, problemas gástricos, alteraciones de sueño, problemas para concentrarse o tomar atención, cambio de humor, entre tanto es cuando el periodo de alarma sobrepasa los límites, trayendo problemas de concentración, que aumente la ansiedad provocando problemas en el entorno sobre el que el estudiante se desenvuelve. (Ahumada, Henriquez, Maureria y Ruiz, 2013).

2.2.2.4. Síntomas del estrés académico

Ayala (2010) Menciona tres tipos de síntomas del estrés académico:

Físicos: Dolores de cabeza, cansancio o fatiga, gripe frecuente, disfunciones sexuales, disfunciones gástricas, hiperhidrosis, dolores de espalda, tics nerviosos, etc. (Ayala, 2010).

Psicológicos: Ansiedad, depresión, irritabilidad, falta de confianza en sí mismo, imagen negativa de uno mismo, falta de concentración, pesimismo, sentimientos de irritabilidad y según Serrano y Flores (2005), la ideación suicida también es un síntoma psicológico. Al respecto Barraza y Silerio (2007) mencionan que los síntomas psicológicos son los más intensos en alumnos del nivel superior.

Conductuales: Aislamiento, fumar en exceso, ausentismo, aumento o disminución del consumo de alimentos, descuido de la imagen personal, etc. Bedoya (2006) confirma esto hallando relación del estrés académico con manifestaciones físicas y psicológicas.

Para Barraza y Silerio (2007) no existe una teoría del estrés académico dado su poco estudio salvo aquellos que investigan el estrés generado en exámenes o en evaluaciones.

2.2.2.5. Factores asociados al estrés académico

Barraza (2012) ha identificado 11 estresores académicos. Los estresores son factores o elementos del ambiente educativo que sobrecargan al estudiante, y siguiendo el concepto anterior, también a profesores (Marín, Álvarez, Lizalde, Angulano y Lemuz, 2014). Estos son:

- Falta de tiempo para completar las tareas.
- Sobrecarga de tareas o trabajos.
- Exámenes.
- Exposiciones en clase.
- Trabajos obligatorios.
- Exceso de responsabilidades académicas.
- Las materias de estudio.
- Tipo de trabajos.

- Participación en el aula.
- Mantener el promedio o rendimiento.
- Evaluaciones de profesores.

Como factores estresores académicos, se puede hallar también la falta de adaptación al centro de estudios, ya que el cambio del colegio a la universidad puede ser chocante, no solo por los horarios, sino por la exigencia, normas distintas, exámenes, etc. Lo cual a su vez genera bajo rendimiento académico, ansiedad, ira, frustración, trastornos del aprendizaje, conducta antisocial e incluso puede llevar al suicidio. (Ayala, 2010).

Bedoya (2006) confirma que las situaciones que generan estrés académico son el tiempo para cumplir responsabilidades académicas, esfuerzo y sobrecarga de trabajos.

Celis, Bustamante, Cabrera, Cabrera, Alarcón y Monge (2001) reconocen a los exámenes y las notas que pueden obtener, las exposiciones y la falta de tiempo para cumplir con las obligaciones académicas como otros factores estresores.

Gutiérrez Rodas, Montoya, Toro, Briñón, Rosas y Salazar (2010) añaden otros factores que contribuyen al estrés académico como la exigencia de los profesores, competencia entre compañeros, carga horaria, cambio en los hábitos alimenticios, etc. Podemos agregar incluso un factor más, el cual es un curso específico, ya que unos cursos pueden generar más estrés que otros (Labrador, 2012).

Labrador (2012) también menciona que los alumnos experimentan mayor estrés en determinados momentos, por ejemplo cuando son supervisados

por un docente con ciertas características que hagan al alumno sentirse bajo presión. Sin embargo esto también es un constructo que el propio alumno se crea o le han creado debido a comentarios o experiencias previas de otros alumnos con respectivos docentes.

Con respecto a otros factores Oliveti (2010) menciona que el género no influye en cuanto al estrés, por lo que se puede decir que el estrés académico no es propio de un género en específico, ni tampoco es un factor con significativa incidencia. En el contexto peruano, los factores relacionados con el estrés académico no están lejos de los presentados en otros estudios internacionales (Puescas, Castro, Callirgos, Falloc y Díaz, 2010).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Formulación de la hipótesis

2.3.1.1. Hipótesis general:

- ✓ Existe relación significativa entre estrés académico e ideación suicida en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cajamarca.

2.3.1.2. Hipótesis específicas:

- ✓ Existe relación significativa entre ideación suicida y la intensidad del estrés académico en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.
- ✓ Existe relación significativa entre ideación suicida y estresores académicos en los estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.
- ✓ Existe relación significativa entre ideación suicida, síntomas del estrés académico y sus reacciones en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.
- ✓ Existe relación significativa entre ideación suicida y estrategias de enfrentamiento en estudiantes de una universidad privada en Cajamarca.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	ITEMS
Ideación suicida	La ideación suicida se refiere a los pensamientos intrusivos y repetitivos en torno al contexto, instrumentos y las condiciones en que uno se quiere infligir la muerte (Miranda, Cubillas, Román, & Abril, 2009)	Puntuaciones obtenidas en la Escala de Ideación Suicida de Beck de Bobadilla y otros (2004) de 18 ítems que describen manifestaciones cognitivas, respecto a las cuales las personas deben indicar la frecuencia con la que piensan o han pensado de esa manera en la última semana o en el momento actual en un rango que va desde 1 hasta 2,	Actitud hacia la vida/muerte	Ítems del 1 al 5

		siendo los puntajes más altos los índices de alta ideación suicida.		
			Pensamientos/deseos suicidas	Ítems del 6 al 11
			Proyecto de intento suicida	Ítems del 12 al 15
			Actualización del intento o desesperanza	Ítems del 16 al 18

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSI ONES	ITEMS
----------	--------------------------	---------------------------	-----------------	-------

Estrés académico	El estrés académico es aquel generado por el individuo en relación al ámbito y prácticas educativas y que podrían afectar a docentes y alumnos de cualquier nivel (Labrador, 2012)	Puntuaciones obtenidas en el inventario SISCO de Barraza (2007) de 31 ítems que describen manifestaciones de intensidad, comportamentales, psicológicas, físicas, respecto a los cuales las personas deben indicar la frecuencia con la que reaccionan de esa manera en un rango que va desde 1 Nunca hasta 5 Siempre, a excepción del primer ítem que permite determinar si el encuestado es candidato o no a contestar el inventario. Siendo los puntajes altos índice de más estrés académico.	Candidato o no	Ítem 1
			Intensidad	Ítem 2
			Estímulos estresores	Ítem 3 reactivos 1 al 8
			Síntomas o reacciones	Ítem 4
			Reacciones físicas	Ítem 4 reactivos 1 al 6 (reacciones físicas).
			Reacciones psicológicas	Ítem 4 reactivos 1 al 4 (reacciones psicológicas).
			Reacciones comportamentales	Ítem 4 reactivos 1 al 4 (reacciones comportamentales).
Estrategias de afrontamiento	Ítem 5 reactivos 1 al 6.			

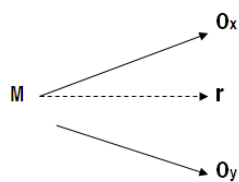
Aplicación de la escala de Likert con 1: en nunca; 2: rara vez; 3: algunas veces; 4: casi siempre; 5: siempre.

3.2. Diseño de investigación

No Experimental: Descriptivo / Correlacional

Diseño:

- Transversal



Donde:

M=Muestra

Ox,Oy=Observaciones de cada variable

r= Posible correlación

3.3. Unidad de estudio

Estudiante de la carrera de psicología de la Universidad Privada del Norte en Cajamarca.

3.4. Población

300 estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Privada del Norte en Cajamarca.

3.5. Muestra (muestreo o selección)

Según la fórmula de universos finitos, se obtiene la muestra significativa en función a la población de estudio.

$$n = \frac{z^2 PQN}{E^2 * (N - 1) + z^2 PQ}$$

Así, la muestra es de 169 estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Privada del Norte.

Del total de evaluados un 75,7% son mujeres y un 24,3% son varones (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Frecuencia según sexo

Evaluated	Cantidad	Porcentaje
Masculino	41	24,3%
Femenino	128	75,7%
TOTAL	169	100%

Fuente: Ficha personal de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluados un 43,8% tiene entre 16 y 18 años, un 37,3% tiene entre 19 y 21 años, un 10,1% tiene 24 a más años y un 8,9% tiene entre 22 y 23 años. (Ver Tabla 2).

Tabla 2: Frecuencia según edad

Evaluated	Cantidad	Porcentaje
16-18 años	74	43,8%
19-21 años	63	37,3%
22-23 años	15	8,9%
24 a más años	17	10,1%
TOTAL	169	100%

Fuente: Ficha personal de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluados un 97% son solteros, un 1,8% son casados y un 1,2% son convivientes. (Ver Tabla 3).

Tabla 3: Frecuencia según estado civil

Evaluated	Cantidad	Porcentaje
Solteros	164	97%
Casados	3	1,8%
Convivientes	2	1,2%
TOTAL	169	100%

Fuente: Ficha personal de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluados un 92,9% no tiene hijos, un 5,9% tiene un hijo y un 1,2% tiene dos hijos (Ver tabla 4).

Tabla 4: Frecuencia según cantidad de hijos

Evaluados	Cantidad	Porcentaje
1 hijo	10	5,9%
2 hijos	2	1,2%
Ningún hijo	157	92,9%
TOTAL	169	100%

Fuente: Ficha personal de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluados un 55,6% no tiene pareja y un 44,4% tiene pareja (Ver Tabla 5).

Tabla 5: Frecuencia según situación sentimental

Evaluados	Cantidad	Porcentaje
Con pareja	175	44,4%
Sin pareja	94	55,6%
TOTAL	200	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluados un 30,2% cursa el primer ciclo, un 19,5% cursa el tercer ciclo, un 15,4% cursa el quinto ciclo, un 10,7% cursa el cuarto ciclo, un 7,1% cursa el segundo ciclo, un 5,9% cursa el sexto ciclo, un 5,9% cursa el séptimo ciclo, un 4,1% cursa el noveno ciclo, un 0,6% cursa el octavo ciclo y un 0,6% cursa el décimo ciclo (Ver Tabla 6).

Tabla 6: Frecuencia según ciclo

Evaluados	Cantidad	Porcentaje
I Ciclo	51	30,2%
II Ciclo	12	7,1%

III Ciclo	33	19,5%
IV Ciclo	18	10,7%
V Ciclo	26	15,4%
VI Ciclo	10	5,9%
VII Ciclo	10	5,9%
VIII Ciclo	1	0,6%
IX Ciclo	7	4,1%
X Ciclo	1	0,6%
TOTAL	169	100%

Fuente: Ficha personal de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluados un 77,5% son católicos, un 5,3% son adventistas, un 5,3% son evangélicos, un 5,3% no tienen religión, un 3% son mormones, un 1,8% son agnósticos, un 1,2% son ateos y un 0,6% son nazarenos (Ver Tabla 7).

Tabla 7: Frecuencia según religión

Evaluados	Cantidad	Porcentaje
Católicos	131	77,5%
Adventistas	9	5,3%
Evangélicos	9	5,3%
Mormones	5	3%
Agnósticos	3	1,8%
Ateos	2	1,2%
Nazarenos	1	0,6%
Ninguna religión	9	5,3%
TOTAL	169	100%

Fuente: Ficha personal de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluados un 93,5% no tiene antecedentes psiquiátricos y un 6,5% tienen antecedentes psiquiátricos (Ver Tabla 8).

Tabla 8: Frecuencia según antecedentes psiquiátricos

Evaluados	Cantidad	Porcentaje
Con antecedentes psiquiátricos	11	6,5%

Sin antecedentes psiquiátricos	158	93,5%
TOTAL	169	100%

Fuente: Ficha personal de recolección de datos de la investigación

Del total de evaluados un 50,3% vive con padres y hermanos, un 18,3% vive solo con sus padres, un 15,4% vive solo, un 7,7% vive solo con hermanos, 6,5% vive con otros familiares y un 1,8% vive con su pareja e hijos (Ver Tabla 9).

Tabla 9: Frecuencia según convivencia

Evaluados	Cantidad	Porcentaje
Con padres	31	18,3%
Con hermanos	13	7,7%
Solos	26	15,4%
Otros familiares	11	6,5%
Padres y hermanos	85	50,3%
Pareja e hijos	3	1,8%
TOTAL	169	100%

Fuente: Ficha personal de recolección de datos de la investigación

3.6. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

Ficha personal

Denominada por el evaluador como “Ficha Personal”, la cual consta de datos sociodemográficos la cual tiene dos partes. La primera parte incluye 8 ítems de recolección de datos personales como sexo, edad, estado civil, situación sentimental, ciclo, lugar y fecha de nacimiento, religión, enfermedades y antecedentes psiquiátricos. La segunda parte incluyen datos familiares.

Tal ficha fue creada con el propósito de recolectar datos relevantes para la posterior evaluación de los instrumentos de medición de variables y contrastar en la discusión de resultados

Escala de ideación suicida de Beck

Nombre de la prueba: Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI).

Autor: Aaron Beck.

Año de Publicación: 1979. Adaptada por Eugenio y Zelada (2011).

Administración: Individual y colectiva.

Descripción de la prueba: La escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala eteroaplicada, elaborada por Beck en 1979 para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. La escala de ideación suicida consta de 18 ítems con respuesta Si y No de las cuales su puntuación oscila entre 1 y 2.

Interpretación de la prueba: El evaluado tiene que seleccionar para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas que oscilan entre 0,1 y 2, la suma total va a ser de acuerdo a la sumatoria de los valores asignados por cada ítem.

Puntuación: 0-17, bajo 18-30, medio 31-36, alto.

Indicadores de la Escala:

- ✓ Actitud hacia la vida/muerte
- ✓ Pensamientos/deseos
- ✓ Proyecto de intento de suicidio
- ✓ Desesperanza

Para la adaptación de la Escala de ideación suicida de Beck realizada por Eugenio y Zelada (2011) se aplicó una prueba piloto de la escala a 105 pacientes viviendo con VIH del GAM “Somos Vida” del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de la ciudad de Lima. En cuanto la confiabilidad, se utilizó el índice de Consistencia Interna Alpha de Cronbach obteniendo .79 en la fiabilidad.

En la presente investigación, los resultados del instrumento presentaron distribución normal y se encontró una confiabilidad con índices alfa de Cronbach ,827 indicando que el instrumento es confiable y apto para su aplicación (Ver Anexo N°. 5).

Inventario SISCO de estrés académico

Nombre de la prueba: Inventario SISCO del estrés académico

Autor: Barraza (2007)

Año de publicación: 2007

Administración: Individual y colectiva.

Descripción de la prueba: Esta prueba mide el nivel de estrés académico desde una perspectiva sistémico cognoscitivista. Es un inventario de autoreporte compuesto por cinco apartados, con 31 ítems distribuidos de la siguiente manera: Un ítem de filtro que, en términos dicotómicos (si-no), permite determinar si el encuestado es candidato a responder la prueba.

Un ítem que, en un escalamiento tipo likert de cinco valores numéricos (donde uno es poco y cinco mucho), permite identificar el nivel de intensidad del estrés académico.

Ocho ítems que, en un escalamiento tipo likert de cinco valores categoriales (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre), permiten identificar la frecuencia en que las demandas del entorno son valoradas como estímulos estresores.

Quince ítems que, en un escalamiento tipo likert de cinco valores categoriales (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre), permiten identificar la frecuencia con que se presentan los síntomas o reacciones al estímulo estresor, distribuidos según las dimensiones: reacciones físicas, psicológicas y comportamentales. Finalmente, seis ítems que, en un escalamiento tipo likert de cinco valores (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre), permiten identificar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento (Barraza, 2007).

Interpretación de la prueba: Para efectos de la puntuación de las respuestas es necesario obtener el índice general tomando en cuenta únicamente los ítems de las preguntas 3, 4,5; en el caso de la opción: otra (específica) que vienen al final de cada pregunta se recomienda únicamente tomarla en cuenta si como mínimo el 10% de los encuestados lleno esa opción con estresores específicos del ámbito académico. A cada

respuesta de la escala se le asigna los siguientes valores: 0 para nunca, 1 para rara vez, 2 para algunas veces, 3 para casi siempre y 4 para siempre. Luego se realiza la sumatoria de puntos obtenidos, sea como variable individual o variable colectiva, y se transforma en porcentaje a través de regla de tres simple o multiplicando la media obtenida por 25.

Los porcentajes de las puntuaciones obtenidas se pueden interpretar de dos maneras: general o específica. Para la interpretación general se considera el baremo de interpretación general, el cual muestra que los porcentajes que oscilan entre 0% y 33% indican un nivel leve, entre 34% y 66% un nivel moderado y por último los que se ubican entre 67% y 100% representan un nivel profundo de estrés académico. Para la interpretación específica se considera el baremo de interpretación específica, el cual sirve para responder diversas interrogantes dependiendo del caso.

Puntuación:

BAREMO DE INTERPRETACIÓN GENERAL

PUNTAJE %	NIVEL
0%-33%	Leve
34%-66%	Moderado
67%-100%	Profundo

BAREMO DE INTERPRETACIÓN ESPECÍFICA

PUNTAJE %	NIVEL
0%-25%	Rara vez
26%-50%	Algunas veces
51%-75%	Casi siempre
76%-100%	Siempre

ESCALA PREGUNTA 2

PUNTAJE	NIVEL
---------	-------

1	Bajo
2	Medianamente bajo
3	Mediano
4	Medianamente alta
5	Alta

Indicadores de la escala:

- ✓ Nivel de intensidad de estrés académico
- ✓ Estresores académicos
- ✓ Síntomas
- ✓ Estrategias de enfrentamiento

En nuestro país se utilizó el inventario SISCO en una investigación de la Pontificia Universidad Católica del Perú realizada por Boullosa (2013) realizada con 198 alumnos de una universidad privada de Lima en donde se encontró una confiabilidad con índices alfa Cronbach de .68 para las situaciones estresantes, .75 para reacciones físicas, .80 para reacciones psicológicas, .69 para reacciones comportamentales y .62 para afrontamiento. En la presente investigación, los resultados del instrumento presentaron distribución normal y se encontró una confiabilidad con índices alfa de Cronbach ,905 indicando que el instrumento es confiable y apto para su aplicación (Ver Anexo N°. 6)

3.7. Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos

Para escoger el tema a investigar, se hizo la revisión bibliográfica, que consideraba el análisis de investigaciones en la región Cajamarca y la posibilidad de incluir a variables de interés de estudio, bajo los parámetros de la psicología clínica. Es así que se determinó el estudio de la ideación suicida y el estrés académico en estudiantes universitarios, considerando esta población por estar en situación de riesgo y vulnerable por los cambios característicos de la edad. Las dos variables de estudio, se hacen interesantes, al considerar la relación entre las forma en que el estrés académico

genera malestares físicos y psicológicos y cómo esto influye en la aparición de la ideación suicida.

Para evaluar las dos variables, se consideraron los instrumentos Escala ideación suicida de Beck (SSI) e Inventario SISCO de estrés académico. Ambos con antecedentes de haber sido aplicadas en Perú. Así mismo se hizo un análisis de fiabilidad mediante el programa IBM SPSS Statistics de cada instrumento utilizado y sus respectivos reactivos, en donde se encontró una fiabilidad con índices alfa de Cronbach ,905 para el Inventario SISCO de estrés académico (Ver Anexo N°. 6), y una fiabilidad con índices alfa de Cronbach ,827 para la Escala de ideación suicida de Beck (SSI) (Ver Anexo N°. 5) indicando que ambos instrumentos son confiables y aptos para su aplicación.

La elaboración del marco teórico, incluyó datos referentes a las definiciones conceptuales y operacionales de las variables, además de incluir el desarrollo de los diferentes enfoques con los que cada uno de ellos cuenta.

La muestra elegida fue de 169 adolescentes entre 16 y 24 años de la ciudad de Cajamarca, representando a una universidad privada de Cajamarca. La proporción de los participantes en la muestra, va en relación al tamaño de la población de alumnos en la facultad.

Se pidió el permiso a la dirección de la universidad para poder evaluar en el alumnado, las dos variables escogidas. A su vez, previa elaboración, se repartió a los estudiantes el documento donde permiten la aplicación de los instrumentos en ellos mismos.

La aplicación de los instrumentos a los sujetos de la muestra se realizó de manera colectiva, teniendo en cuenta que fue aplicada dentro de una hora lectiva dentro de clases. La persona que aplico los instrumentos fue el investigador, acompañado por personas previamente capacitadas en la aplicación de los mismos. Las instrucciones se dieron de manera verbal, despejando las dudas que puedan surgir durante la

aplicación. Además de los instrumentos escogidos, se incluyó una ficha de datos sociodemográficos.

Luego de aplicar los instrumentos, se procedió al procesamiento estadístico de los datos obtenidos. Para el análisis se utilizó el coeficiente correlación de Spearman, que es útil para hallar correlaciones entre dos variables, en este caso ideación suicida y estrés académico.

La elaboración del informe final, incluyó cruzar información entre el marco teórico elaborado con anterioridad y los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Del total de evaluados un 95,9% tiene bajo nivel de ideación suicida, un 2,4 % tienen medio nivel de ideación suicida y un 1,8% tienen alto nivel de ideación suicida (Ver Tabla 10).

Tabla 10: Frecuencia del nivel de ideación suicida

Evaluados	Cantidad	Porcentaje
Alta	3	1,8%
Media	4	2,4%
Baja	162	95,9%
TOTAL	169	100%

Fuente: Resultados de la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)

Del total de evaluados un 75,1% tiene moderado estrés académico, 16% tiene leve estrés académico y un 8,9% tiene profundo estrés académico (Ver Tabla 11).

Tabla 11: Frecuencia del nivel de estrés académico

Evaluados	Cantidad	Porcentaje
Profundo	15	8,9%
Moderado	127	75,1%

Leve	27	16%
TOTAL	169	100%

Fuente: Resultados del inventario de Estrés Académico SISCO

Del total de evaluados un 37,9% percibieron mediana intensidad de estrés académico, un 32% percibieron medianamente alta intensidad de estrés académico, un 14,8% percibieron alta intensidad de estrés académico, un 12,4% percibieron medianamente baja intensidad de estrés académico y un 3% percibieron baja intensidad de estrés académico (Ver Tabla 12).

Tabla 12: Frecuencia del nivel de intensidad de estrés académico

Evaluados	Cantidad	Porcentaje
Alta	25	14,8%
Medianamente Alta	54	32%
Media	64	37,9%
Medianamente Baja	21	12,4%
Baja	5	3%
TOTAL	169	100%

Fuente: Resultados de la dimensión intensidad del inventario de estrés académico SISCO

Del total de evaluados un 42% han percibido casi siempre las demandas estudiantiles como estresores, un 39,6% han percibido algunas veces las demandas estudiantiles como estresores, un 9,5% han percibido rara vez las demandas estudiantiles como estresores y un 8,9% han percibido siempre las demandas estudiantiles como estresores (Ver Tabla 13).

Tabla 13: Frecuencia de situaciones estresantes

Evaluados	Cantidad	Porcentaje
Siempre	15	8,9%
Casi siempre	71	42%
Algunas veces	67	39,6%
Rara vez	16	9,5%
TOTAL	169	100%

Fuente: Resultados de la dimensión situaciones estresantes del inventario de estrés académico SISCO

Del total de evaluados un 45% indicaron que algunas veces presentan síntomas relacionados al estrés académico, un 30,2% indicaron que casi siempre presentan síntomas relacionados al estrés académico, 19,5% indicaron que rara vez presentan síntomas relacionados al estrés académico y un 5,3% indicaron que siempre presentan síntomas relacionados al estrés académico (Ver Tabla 14).

Tabla 14: Frecuencia de síntomas de estrés académico

Evaluated	Cantidad	Porcentaje
Siempre	9	5,3%
Casi siempre	51	30,2%
Algunas veces	76	45%
Rara vez	33	19,5%
TOTAL	169	100%

Fuente: Resultados de la dimensión síntomas del inventario de estrés académico SISCO

Del total de evaluados un 40,8% indicaron que casi siempre utilizan estrategias de enfrentamiento a situaciones de estrés académico, un 40,8% indicaron que algunas veces utilizan estrategias de enfrentamiento a situaciones de estrés académico, un 10,7% indicaron que siempre utilizan estrategias de enfrentamiento a situaciones de estrés académico y un 7,7% indicaron que rara vez utilizan estrategias de enfrentamiento a situaciones de estrés académico (Ver Tabla 15).

Tabla 15: Frecuencia estrategias de enfrentamiento

Evaluated	Cantidad	Porcentaje
Siempre	18	10,7%
Casi siempre	69	40,8%
Algunas veces	69	40,8%
Rara vez	13	7,7%
TOTAL	169	100%

Fuente: Resultados de la dimensión estrategias de enfrentamiento del inventario de estrés académico SISCO

Con respecto al objetivo general, se encontró que no existe una correlación significativa ($r=.092$) entre ideación suicida y estrés académico (Ver Tabla 16).

Tabla 16: Correlación ideación suicida y estrés académico

	Ideación suicida	Estrés académico
Correlación de Spearman	1,000	.092
Sig. (bilateral)		.232
N	169	169

Fuente: Resultados de la escala de ideación suicida y el inventario de estrés académico SISCO

Con respecto al primer objetivo específico, se encuentra correlación significativa entre ideación suicida y la intensidad de estrés académico ($p=.017$), la cual es positiva, directa y baja ($r=.183$) (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) (Ver Tabla 17).

Tabla 17: Correlación ideación suicida e intensidad de estrés académico

	Ideación suicida	Intensidad estrés académico
Correlación de Spearman	1,000	.183*
Sig. (bilateral)		.017
N	169	169

*. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Fuente: Resultados de la escala de ideación suicida y el inventario de estrés académico SISCO

En relación al segundo objetivo específico, se encuentro que no existe una correlación significativa ($p=.399$) entre ideación suicida y estresores académicos (Ver Tabla 18)

Tabla 18: Correlación ideación suicida y estresores académicos

	Ideación suicida	Estresores académicos
--	------------------	-----------------------

Correlación de Spearman	1,000	.065
Sig. (bilateral)		.399
N	169	169

Fuente: Resultados de la escala de ideación suicida y el inventario de estrés académico SISCO

Con respecto al tercer objetivo específico, se presenta una correlación significativa ($p=.000$) positiva, directa y baja ($r=.267$) (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) (Ver Tabla 19). Así mismo se encontró que no existe una correlación significativa ($p=.085$) entre ideación suicida y reacciones físicas (Ver Tabla 20). Sin embargo, se presenta una correlación significativa ($p=.000$) positiva, directa y baja ($r=.288$) entre ideación suicida y reacciones psicológicas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) (Ver Tabla 21). De igual manera, se presenta una correlación significativa ($p=.000$) positiva directa y baja ($r=.325$) entre ideación suicida y reacciones comportamentales (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) (Ver Tabla 22)

Tabla 19: Correlación ideación suicida y síntomas de estrés académico

	Ideación suicida	Síntomas de estrés académico
Correlación de Spearman	1,000	.267**
Sig. (bilateral)		.000
N	169	169

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Fuente: Resultados de la escala de ideación suicida y el inventario de estrés académico SISCO

Tabla 20: Correlación ideación suicida y reacciones físicas

	Ideación suicida	Reacciones físicas
Correlación de Spearman	1,000	.133

Sig. (bilateral)		.085
N	169	169

Fuente: Resultados de la escala de ideación suicida y el inventario de estrés académico SISCO

Tabla 21: Correlación ideación suicida y reacciones psicológicas

	Ideación suicida	Reacciones psicológicas
Correlación de Spearman	1,000	.288**
Sig. (bilateral)		.000
N	169	169

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Resultados de la escala de ideación suicida y el inventario de estrés académico SISCO

Tabla 22: Correlación ideación suicida y reacciones comportamentales

	Ideación suicida	Reacciones comportamentales
Correlación de Spearman	1,000	.325**
Sig. (bilateral)		.000
N	169	169

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Resultados de la escala de ideación suicida y el inventario de estrés académico SISCO

Con respecto al cuarto objetivo específico, se presenta una correlación significativa ($p=.008$) negativa, indirecta y baja ($r=-.203$) (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) (Ver Tabla 23).

Tabla 23: Correlación ideación suicida y estrategias de enfrentamiento

	Ideación suicida	Estrategias de enfrentamiento
--	------------------	-------------------------------

Correlación de Spearman	1,000	-.203*
Sig. (bilateral)		.008
N	169	169

*. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Fuente: Resultados de la escala de ideación suicida y el inventario de estrés académico SISCO

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la relación entre ideación suicida y el estrés académico en estudiantes de la Universidad Privada del Norte en la ciudad de Cajamarca. Al respecto, podemos concluir lo siguiente:

Dicho resultado se debería a distintos factores. En primer lugar debido al uso de estrategias de enfrentamiento por parte de los estudiantes, respecto a este punto Ayala (2010) menciona que los adolescentes universitarios utilizan estrategias de afrontamiento frecuentemente debido al estrés generado por la falta de adaptación, especialmente en el ámbito universitario (Boullosa, 2013). Como otro factor posiblemente influyente en los resultados está la religiosidad, ya que casi todos los participantes del estudio pertenecen a una religión, lo cual según la OMS (2006) podría disminuir el estrés por considerarlo un factor protector. El papel de la familia y la convivencia podrían ser otros factores a tener en cuenta en los presentes resultados, referente a esto cabe señalar que Muñoz et al (2006) concluyeron que el papel de la familia está asociada a una prevalencia elevada de ideación suicida. Por otro lado, la ausencia de antecedentes psiquiátricos también podría haber influido en los resultados de esta investigación, ya que para Roselló y Berrios (2004) los trastornos mentales como la depresión son los predictores más frecuentes de la conducta y el riesgo suicida, sin embargo en nuestra población no están presentes.

Con respecto a la primera hipótesis específica, se halló que existe una relación entre ideación suicida y la intensidad del estrés percibido. Lo cual confirma lo mencionado

por distintos estudios como los de Leal y Vásquez (2012), González-Forteza et al. (1998); Ferrán et al (2000), García (2006) y Hernández y Gómez (2006). Dicho resultado se debería a que el estrés percibido genera más tensión psicológica y emocional, lo cual podría reflejarse en ideas suicidas como posible salida a situaciones difíciles (Virveda et al. 2011).

Con respecto a la segunda hipótesis específica relacionada a la ideación suicida y los estresores académicos, no se halló una correlación significativa. Lo cual podría deberse a la multiplicidad de factores que influyen tanto en el estrés como en la ideación suicida (Chávez et al., 2004), específicamente los factores de protección como la convivencia, el uso de estrategias de afrontamiento (Vargas y Saavedra, 2012) o la ausencia de antecedentes psiquiátricos en la mayoría de los participantes del estudio, ya que para la OMS (2006) tales factores podrían ser una fuente de manejo de tensiones consecuencia de acontecimientos de la vida.

Con respecto a la tercera hipótesis específica relacionada a la ideación suicida y los síntomas se halló una correlación significativa, especialmente con síntomas psicológicos y comportamentales. Lo cual concuerda con la presencia de algunos síntomas psicológicos planteados por Sánchez-Sosa et al (2010). Esto se podría deber a que, los estudiantes se podrían hallar en la primera fase del estrés llamada reacción de alarma, en donde el cuerpo responde a los estímulos externos y se liberan sustancias como el cortisol y adrenalina las cuales producen reacciones psicológicas (Bedoya, 2006; Tolentino, 2009). Así mismo, las investigaciones de Comín et al (2003) y Ayala (2010) mencionan que el estrés trae consigo alteraciones físicas, psicológicas y conductuales.

Con respecto a la cuarta hipótesis específica relacionada a la ideación suicida y las estrategias de enfrentamiento del estrés académico, se halló una correlación significativa negativa, es decir que mientras las estrategias de enfrentamiento aumentan, la presencia de ideación suicida disminuye. Lo cual confirma lo hallado por Zhang et al (2012). Tal resultado se podría deber a que hubo una cantidad bastante elevada de casos de estrés

académico, lo cual ha generado que los estudiantes hagan uso de las estrategias de afrontamiento. Cabe recalcar que la presencia de estrés académico y el uso de las estrategias de enfrentamiento, se puede deber a que se evaluó en la semana de exámenes finales (Barraza ,2012), lo que podría haber generado niveles más altos de estrés por las demandas académicas.

CONCLUSIONES

- No existe correlación significativa entre la ideación suicida y el estrés académico en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.
- Existe una correlación significativa entre la ideación suicida y la intensidad del estrés académico percibido en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.
- No existe una correlación significativa entre la ideación suicida y los estresores académicos en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.
- Existe una correlación significativa entre la ideación suicida y los síntomas de estrés académico en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.
- No existe una correlación significativa entre la ideación suicida y las reacciones físicas de estrés académico en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.
- Existe una correlación significativa entre la ideación suicida y las reacciones psicológicas de estrés académico en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.

- Existe una correlación significativa entre la ideación suicida y las reacciones comportamentales de estrés académico en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.
- Existe una correlación significativa negativa entre la ideación suicida y las estrategias de enfrentamiento del estrés académico en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca.
- En los estudiantes predomina un bajo nivel de ideación suicida con un porcentaje de 95,9% y un moderado nivel de estrés académico con un 75,1%.

RECOMENDACIONES

- Debido a los resultados obtenidos en cuanto a estrés académico se recomiendan establecer programas de prevención del estrés académico para los alumnos, ya que es un tema poco tratado y considerado por instituciones educativas, especialmente las universidades.
- Se sugiere tomar en cuenta otros factores que puedan influir en la ideación suicida en futuras investigaciones.
- Ejecutar programas de salud mental en la universidad a fin de prevenir fenómenos como la ideación suicida y el estrés académico.

REFERENCIAS

1. Aguilar, I., Louro, I., y Perera, L. (2012). Ejecución del Programa de Prevención y Control. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 38(1), 74-83.
2. Ahumada, B., Henriquez, C., Maureria, F., y Ruiz, V. (2013). Estrés estudiantil: un estudio desde la mirada cualitativa. *Investigación Cualitativa*(15), 1-16. Obtenido de <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/357/Articulos/Art%C3%ADculo-%20Estr%C3%A9s%20Estudiantil.pdf>
3. Alcántar, M. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F, México.
4. Alonso, M. (2005). *Relaciones familiares y ajuste en la adolescencia*. Tesis Doctoral, Valladolid, España.
5. Amézquita, M., González, R., y Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356.
6. Arteaga, A. (2005). *El estrés en adolescentes*. Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F.
7. Ayala, C. (2010). *El estrés académico de los estudiantes pre universitarios y su relación con los resultados del test de habilidades realizado en la sección de orientación vocacional*. Tesis de Licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
8. Barón, O. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*(6), 48-69.
9. Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., y Véliz, V. (2006). Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1), 55-61.
10. Barraza, A. (2007). El inventario SISCO del estrés académico. *INED*, 7, 89-93.
11. Barraza, A. (2012). Estresores en alumnos de licenciatura y su relación con dos indicadores autoinformados del desempeño académico. *Revista electrónica de investigación*(12), 22-29.

12. Barraza, A., y Silerio, J. (2007). El estrés académico en alumnos de educación media superior: Un estudio comparativo. *Investigación Educativa*, 7(1), 48-65.
13. Bedoya, S. (2006). *Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de la facultad de estomatología durante el semestre 2005-I*. Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
14. Benson, H., y Casey, A. (2014). *Control del estrés: enfoques para reducir el estrés*. Massachusetts: Harvard Health Publications.
15. Blandón, O., Carmona, J., Mendoza, M., y Medina, O. (2015). Ideacion suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Archivo Médico de Camaguey*, 19(5), 469-478.
16. Bonilla, M., Delgado, K., y León, D. (2014). *Nivel de estrés académico en estudiantes de odontología de una universidad de la provincia de Chiclayo, 2014*. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Lambayeque, Perú.
17. Boullosa, G. (2013). *Estrés académico y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima*. Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
18. Calvete, E., y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *ADICCIONES*, 21(1), 49-58.
19. Castellanos, R., y Soza, F. (2013). *Ideación Suicida entre Pacientes con VIH y Pacientes con TBC de los Distritos de Purblo nuevo y de Ferreñafe, 2013*. Tesis de Licenciatura, Chiclayo, Perú.
20. Casullo, M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones*, 12, 173-182.
21. Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W., y Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62(1), 25-30.
22. Comín, E., de la Fuente, I., y Gracia, A. (2003). *El estrés y el riesgo para la salud*. España: Maz.

23. Córdova, M., Rosales, M. d., Caballero, R., y Rosales, J. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: Su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21.
24. Chávez, A., Pérez, R., Macías, L., y Páramo, D. (2004). Ideación suicida en estudiantes de nivel medio superior de la universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14(3), 12-20.
25. De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
26. Feldman, L., Goncalves, L., Chacón, G., Zaragoza, J., Bagés, N., Pablo, d., y Joan. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n3/v7n3a11.pdf>
27. Fernández Pérez, N., y Merino, H. (2001). Predictores de la ideación suicida: Un estudio empírico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 121-127.
28. Fernández, M. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: Su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Tesis Doctoral, Universidad de León, León, España.
29. Ferrán, P., Jane, C., y Domènech, E. (2000). Evaluación de la necesidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema*, 12(4), 594-598.
30. Flores, R., y Hernández, H. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*(17), 69-101.
31. Galán, S., y Sánchez, M. (2004). El enfoque de la salud desde la perspectiva psiconeuroinmunológica. *Psicología y Salud*, 14(2), 279-285.
32. García de Jalón, E., y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *ANALES Sis San Navarra*, 25(3), 87-96.
33. García Resa, E., Barquehais, D., Blasco, H., Ramirez, A., Jiménez, L., Diaz, C., y Sáiz, J. (2002). Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Esp Psiquiatr*, 30(2), 112-119.

34. García, N. (2006). *Ideación suicida, intento suicida en estudiantes adolescentes y su relacion con el consumo de drogas*. México D.F., México: Universidad Autónoma de México.
35. Gómez, C., Rodriguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina, María, y Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(4). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000400002
36. Gonzáles Forteza, C. R., Caballero, M., y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema Revista Anual de Psicología*, 15(4), 524-532.
37. Gonzáles Forteza, C., Jiménez Tapia, A., y Gómez Castro, C. (1995). Indicadores psicosociales asociados con la ideación suicida en los adolescentes. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reseña de la X Reunión de Investigación y Enseñanza*, 6, 135-139.
38. Gonzáles, I., y Merino, D. (2013). *ESTRESATE: Una propuesta comunicacional para cambiar percepciones acerca del estrés en la comunidad estudiantil*. Tesis de Licenciatura, Universidad San Francisco de Quito, Quito.
39. González Forteza, C., Berenzon, S., Tello, A., Facio, D., y Medina, E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública Mex*, 430-437.
40. González Forteza, C., García, G., Medina-Mora, E., y Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideacion suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 1-9.
41. González Forteza, C., Jiménez, J., Garfias, N., y García, F. (2009). Problemática suicida en familias fragmentadas. *JOVENes*, 78-89.
42. González Seijo, J. (1995). *Tentativas de suicidio en la adolescencia*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
43. Gutiérrez Rodas, J., Montoya, L., Toro, B., Briñon, M., Rosas, E., y Salazar, L. (2010). Depresion en estudiantes universitarios y su asociacion con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17.

44. Gutiérrez, A., Contreras, C., y Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74.
45. Hendin, H. (1951). Psychodynamic motivational factors in suicide. *The Psychiatric Quarterly*, 25(1), 672-678.
46. Hernández Cervantes, Q., y Gómez Maqueo, E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52.
47. Hernández Hernández, H. (2011). *Influencia del estrés sobre el rendimiento académico en los alumnos del colegio de bachilleres de la comunidad de Angahuan*. Tesis de Licenciatura, Universidad Don Vasco, A.C, Michoacán, México.
48. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México D.F, México: McGraw Hill. Obtenido de http://www.academia.edu/15265809/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_-_Sexta_Edici%C3%B3n
49. Labrador, C. (2012). *Estrés académico en estudiantes de la facultad de farmacia y bioanálisis*. Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá, Madrid, España.
50. Larraguibel, M., Gonzáles, P., Martínez, V., y Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pedriatría*, 71(3). Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext
51. Leal, R. (2012). *Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Reynolds y Mazza para adolescentes*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú.
52. Leal, R. (2012). Caracterización del intento suicida en el Hospital Regional de Cajamarca. *Revista de Salud Mental*, 9-14.
53. Leal, R., y Vásquez Rodríguez, L. (2012). *Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos: prevalencia y factores asociados*. Informe de investigación, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Cajamarca, Perú.
54. Marín, M., Álvarez, C., Lizalde, A., Angulano, A., y Lemuz, B. (2014). Estrés académico en estudiantes. El caso de la facultad de enfermería de la Universidad

- Michoacana. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 1, 1-17.
55. Miranda, I., Cubillas, M., Román, R., y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: Factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32(6), 485-502.
56. Mosquera, A. (2003). *Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital "Hermilio Valdizán" durante febrero 2000 - enero 2001*. Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
57. Muñoz, F. (2000). *Adolescencia y agresividad*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid, España.
58. Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., y Perales, A. (Octubre Diciembre de 2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-246.
59. Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85.
60. Oliveti, S. (2010). *Estrés académico en estudiantes que cursan primer año del ámbito universitario*. Tesis de Licenciatura, Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.
61. Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del Suicidio: Un Instrumento Para Médicos Generalistas*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
62. Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del suicidio: recurso para consejeros*. (De, Ed.) Ginebra, Ginebra.
63. Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
64. Palacios, X., Rueda, A., y Valderrama, P. (2006). Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. *Revista Comolombiana de Psicología*(15), 25-38.
65. Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano* (Undecima ed.). México, D.F.: Editorial McGraw-Hill.

66. Pérez, A., Uribe, J., Vianchá, M., Bhamón, J., Verdugo, J., y Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 551-568.
67. Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Atuesta, J., y Suárez, M. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 374-385.
68. Pinzón-Amado, A., Guerrero, S., Moreno, K., y Landínez, C. P. (2013). Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 47-55.
69. Puestas, P., Castro, B., Callirgos, C., Fallo, V., y Díaz, C. (2011). Factores asociados al nivel de estrés previo un examen de estudiantes de educación secundaria en cuatro instituciones educativas. *Revista del cuerpo médico HNAAA*, 4(2), 88-93.
70. Rascón, M., Gutiérrez, M., Valencia, M., Díaz, R., y Rodríguez, S. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27(5), 44-52.
71. Reynolds, W., & Mazza, J. (1999). Assessment of suicidal ideation in inner-city children and young adolescents: Reliability and validity of the Suicidal Ideation Questionnaire -JR. *School Psychology Review*, 28(1), 17-30.
72. Riveros, M., Hernández, H., y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI*, 10(1), 91-102.
73. Rodríguez Pulido, F., Glez de Rivera, J., Gracia, R., y Montes de Oca, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11, 374-380.
74. Rodríguez, R., Pedraza, M., y Burunate, M. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(1). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000100004
75. Roselló, J., y Berrios, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de la vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 295-302.
76. Sabiato, E., y Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 9(1), 71-81.

77. Sánchez Teruel, D., García Leon, A., y Muela, J. (2013). Relación entre Alta Ideación Suicida y Variables Psicosociales en Estudiantes Universitarios. *Revista Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(30), 429-450.
78. Sánchez Teruel, D., Muela, J., y García, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 277-290.
79. Sánchez, F. (2011). *Estrés laboral, satisfacción en el trabajo y bienestar psicologico en trabajadores de una industria cerealera*. Tesis de Licenciatura, Rosario, Argentina.
80. Sánchez, J., Villarreal, E., Musitu, G., y Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287.
81. Sánchez, R., Cáceres, H., y Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Revista Biomédica*, 22(2), 407-416.
82. Sánchez-Ventura, J. (2012). Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 14(56), 335-342.
83. Serrano, M., y Flores, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 221-230.
84. Soler, R., Castillo, B., Brossard, M., y Peña, C. (2010). *Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida*. Recuperado el 15 de Febrero de 2016, de Biblioteca Virtual en Salud de Cuba: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san10510.htm
85. Steele, D. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents part I: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry*, 21-33.
86. Suca, R., y López, E. (2016). Síndrome de burnout en internos de medicina del Perú: ¿es un problema muy prevalente? *Revista de Neuro Psiquiatría*, 79(1), 69-70.
87. Tolentino, S. (2009). *Perfil de estrés académico en alumnos de licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma de Hidalgo en la escuela superior de Actopan*. Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, México.

88. Torres, J. (2007). *Relacion entre los estilos de personalidad patologica y la alexitimia en pacientes con antecedentes de intento suicida*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
89. Turecki, G. (2001). Suicidal behaviour: is there a genetic predisposition? *Bipolar Disorders*, 3(6), 335-349.
90. Valadez, I., Amezcua, R., Quintanilla, R., y González, N. (2005). Familia e intento suicida en e ladollescente de educación media superior. *Archivos de Medicina Familiar*, 7(3), 69-78.
91. Valderrama, R. (2006). La teoría de Karen Horney. *Psicología.com*, 10(1), 1-26. Obtenido de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/746/721/>
92. Vargas, H., y Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19-28.
93. Virseda, J., Amado, G., Bonilla, M., y Gurrola, G. (2011). Afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Revista Psicología.com*, 1-18.
94. Vizán, R., Gracia, R., Benitez, M., y Gonzáles, L. (1994). Reactividad al estrés y tentativas de suicidio. *An. Psiquiatría*, 10(1), 17-20.
95. Zhang, X., Wang, H., Xia, Y., Liu, X., & Jung, E. (2012). Stress, Coping and suicide ideation in Chinese College Students. *Journal of Adolescence*, 35, 682-690. Obtenido de <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1081&context=famconfacpub>

ANEXOS

ANEXO N.º 1. Ficha personal

FICHA PERSONAL

EVALUADOR: Br. Andy Rick Sánchez Villena

FECHA: ___/___/___

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

INDIVIDUALES:

1. SEXO: (M) (F)
2. EDAD: _____
3. ESTADO CIVIL: _____
4. HIJOS: _____
5. SITUACIÓN SENTIMENTAL: _____
6. CICLO: _____
7. LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
8. RELIGIÓN: _____
9. ENFERMEDADES:

10. ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS (SI) (NO)

DIAGNÓSTICO _____

FAMILIARES (CON QUIENES VIVE):

PARENTESCO	EDAD	E. CIVIL	RELIG.

OBSERVACIONES:			

ANEXO N.º 2. Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)

ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK (SSI)

En este cuestionario encontraras una serie de enunciados con diferentes respuestas, donde tendrás que marcar una de ellas de acuerdo a la que más se asemeje a tu deseo, actitud o pensamiento. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de pensar, sentir o actuar.

I. ACTITUDES HACIA LA VIDA / MUERTE

1) Deseo de vivir.

- Moderado a intenso.
- Débil.
- Ninguno.

2) Deseo de morir.

- Ninguno.
- Débil.
- Moderado.

3) Razones para vivir/morir.

- Las razones para vivir son superiores a los de morir.
- Iguales.
- Las razones para morir son superiores a las de vivir.

4) Deseo de realizar un intento de suicidio activo.

- Ninguno.
- Débil.
- Moderado a intenso.

5) Intento pasivo de suicidio.

- Tomaría precauciones para salvar su vida.
- Dejaría la vida/muerte en manos del azar (cruzar sin cuidado una calle muy transitada).
- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina).

II. PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS

6) Dimensión temporal: duración.

- Breves, periodos pasajeros.
- Periodos más largos.
- Continuos (crónicos), o casi continuos.

7) Dimensión temporal: Frecuencia.

- Rara, ocasionalmente.
- Intermitente.
- Persistentes o continuos.

8) Actitud hacia los pensamientos/deseos.

- Rechazo.
- Ambivalentes, indiferente.
- Aceptación.

9) Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

- Tiene sensación de control.
- No tiene seguridad de control.
- No tiene sensación de control.

10) Por qué no lo harías (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversible).

- No intentaría el suicidio debido a algún factor persuasivo, algo lo detiene.
- Los factores persuasivos tienen una cierta influencia.
- Influencia mínima o nula de los factores persuasivos.

11) Razones de pensar en el proyecto de intento.

- Manipular el medio, llamar la atención, venganza.
- Combinación de ambos.
- Escapar, acabar, salir de problemas.

III. PROYECTO DE INTENTO SUICIDA

12) Método: especificación/planes.

- No lo ha considerado.
- Lo ha considerado, pero sin detalles específicos.
- Los detalles están especificados/bien formulados.

13) Método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.

- Método no disponible, no hay oportunidad.
- El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente.
- Método y oportunidad accesible del método proyectado.

14) Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente.
- Inseguridad de su coraje, competencia.
- Seguro de su competencia, coraje.

15) Expectativa/anticipación de un intento real

- No.
- Incierto, no seguro.
- Sí.

IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO O DESESPERANZA

16) Preparación real

- Ninguna.
- Parcial (ejemplo: empezar a recoger píldoras).
- Completa (tener píldoras, la navaja, la pistola cargada).

17) Notas acerca del suicidio

- No escribo ninguna nota.
- Empezaba pero no completa, solamente pensó en dejarla.
- Completa.

18) Preparativos finales: anticipación de muerte (escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes)

- Ninguno.
- Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados.
- Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado.

ANEXO N. ° 3. Inventario SISCO de estrés académico

Inventario de Estrés Académico

El presente cuestionario tiene como objetivo central reconocer las características del estrés que suele acompañar a los estudiantes de educación media superior, superior y de postgrado durante sus estudios. La sinceridad con que respondan a los cuestionamientos será de gran utilidad para la interpretación de los resultados.

1. Durante el transcurso de este semestre ¿has tenido momentos de preocupación o nerviosismo?

- Si
 No

En caso de seleccionar la alternativa "no", el cuestionario se da por concluido, en caso de seleccionar la alternativa "si", pasar a la pregunta número dos y continuar con el resto de las preguntas.

2. Con la idea de obtener mayor precisión y utilizando una escala del 1 al 5 señala tu nivel de preocupación o nerviosismo, donde (1) es poco y (5) mucho.

1	2	3	4	5

3. En una escala del (1) al (5) donde (1) es nunca, (2) es rara vez, (3) es algunas veces, (4) es casi siempre y (5) es siempre, **señala con qué frecuencia te inquietaron las siguientes situaciones:**

	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
1. La competencia con los compañeros del grupo					
2. Sobrecarga de tareas y trabajos escolares					
3. La personalidad y el carácter del profesor					
4. Las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etc.)					
5. El tipo de trabajo que te piden los profesores (consulta de temas, fichas					

de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.)					
6. No entender los temas que se abordan en la clase					
7. Participación en clase (responder a preguntas, exposiciones, etc.)					
8. Tiempo limitado para hacer el trabajo					
Otra _____ (Especifique)					

4. En una escala del (1) al (5) donde (1) es nunca, (2) es rara vez, (3) es algunas veces, (4) es casi siempre y (5) es siempre, **señala con qué frecuencia tuviste las siguientes reacciones físicas, psicológicas y comportamentales cuando estabas preocupado o nervioso.**

Reacciones físicas					
	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
1. Trastornos en el sueño (insomnio o pesadillas)					
2. Fatiga crónica (cansancio permanente)					
3. Dolores de cabeza o migrañas					
4. Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea					
5. Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.					
6. Somnolencia o mayor necesidad de dormir					
Reacciones psicológicas					
	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
1. Inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo)					
2. Sentimientos de depresión y tristeza (decaído)					
3. Ansiedad, angustia o desesperación.					
4. Problemas de concentración					

5. Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad					
Reacciones comportamentales					
	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
1. Conflictos o tendencia a polemizar o discutir					
2. Aislamiento de los demás					
3. Desgano para realizar las labores escolares					
4. Aumento o reducción del consumo de alimentos					
Otra _____ (Especifique)					

5. En una escala del (1) al (5) donde (1) es nunca, (2) es rara vez, (3) es algunas veces, (4) es casi siempre y (5) es siempre, **señala con qué frecuencia utilizaste las siguientes estrategias para enfrentar la situación que te causaba la preocupación o el nerviosismo.**

	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
1. Habilidad asertiva (defender nuestras preferencias ideas o sentimientos sin dañar a otros)					
2. Elaboración de un plan y ejecución de sus tareas					
3. Elogios a sí mismo					
4. La religiosidad (oraciones o asistencia a misa)					
5. Búsqueda de información sobre la situación					
6. Ventilación y confidencias (verbalización de la situación que preocupa)					
Otra _____ (Especifique)					

ANEXO N.º 4 Asentimiento y consentimiento informado

Asentimiento para participar en un estudio de investigación

Institución : Universidad Privada del Norte – UPN.
Investigador : Andy Rick Sánchez Villena
Título: Ideación suicida y estrés académico en estudiantes universitarios de Cajamarca

Propósito del estudio:

Te estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Ideación suicida y estrés académico en estudiantes universitarios de Cajamarca”. Este es un estudio desarrollado por un investigador de la Universidad Privada del Norte. Se realiza este estudio para evaluar la relación existente entre la ideación suicida y el estrés académico, es decir, si el estrés académico puede estar relacionado con la ideación suicida.

Procedimientos:

Si decides participar en este estudio se te realizará lo siguiente:

1. Se le aplicará dos test psicológicos, uno que evalúa la ideación suicida y otro que evalúa estrés académico.

Riesgos:

No se prevén riesgos para tu participación al momento de realizar el estudio.

Beneficios:

La institución educativa donde estudias se beneficiará con el resultado de la investigación, que pueden promover programas de intervención para prevenir o intervenir en la problemática de la ideación suicida.

Costos e incentivos

No deberás pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirás ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar con la investigación en un tema de interés general.

Confidencialidad:

Se guardará tu información no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos de tu evaluación no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin tu consentimiento.

Uso de la información obtenida:

La información obtenida de las pruebas se utilizará solo para los fines de la investigación.

Derechos del paciente:

Si decides participar en el estudio, podrás retirarse de éste en cualquier momento. Si tienes alguna duda adicional, por favor pregunte al investigador, Andy Rick Sánchez Villena, llamando al *****

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo en qué consistirá la evaluación, también entiendo el que puedo decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Fecha

Nombre:

DNI:

Investigador

Nombre: Andy Rick Sánchez Villena

DNI: *****

ANEXO N. ° 5 Confiabilidad de la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) en ésta
investigación.

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
Deseo de vivir	1,25	,608	169
Deseo de morir	1,47	,673	169
Razones para vivir/morir	1,15	,372	169
Deseo de realizar un intento de suicidio activo	1,24	,466	169
Intento pasivo de suicidio	1,16	,480	169
Dimensión temporal: duración	1,10	,388	169
Dimensión temporal: Frecuencia	1,15	,450	169
Actitud hacia los pensamientos/deseos	1,51	,749	169
Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo	1,18	,527	169
Por qué no lo harías (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversible)	1,33	,652	169
Razones de pensar en el proyecto de intento	2,12	,933	169
Método: especificación/planes	1,27	,543	169
Método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento	1,34	,646	169
Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	1,47	,741	169
Expectativa/anticipación de un intento real	1,29	,516	169
Preparación real	1,12	,391	169
Notas acerca del suicidio	1,18	,531	169

Preparativos finales: anticipación de muerte (escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes)	1,27	,595	169
--	------	------	-----

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Deseo de vivir	22,37	25,914	,340	,823
Deseo de morir	22,15	24,738	,478	,815
Razones para vivir/morir	22,48	26,001	,592	,814
Deseo de realizar un intento de suicidio activo	22,39	25,954	,467	,817
Intento pasivo de suicidio	22,47	25,989	,444	,818
Dimensión temporal: duración	22,53	26,084	,544	,816
Dimensión temporal: Frecuencia	22,47	25,560	,578	,813
Actitud hacia los pensamientos/deseos	22,11	24,969	,382	,822
Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo	22,45	27,308	,146	,832
Por qué no lo harías (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversible)	22,30	26,460	,224	,830
Razones de pensar en el proyecto de intento	21,50	24,359	,343	,830
Método: especificación/planes	22,36	24,659	,638	,808

Método:				
disponibilidad/oportunidad de pensar el intento	22,28	23,824	,658	,804
Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	22,15	25,536	,308	,827
Expectativa/anticipación de un intento real	22,34	24,856	,635	,808
Preparación real	22,51	26,204	,509	,817
Notas acerca del suicidio	22,44	26,201	,351	,822
Preparativos finales:				
anticipación de muerte (escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes)	22,36	25,837	,363	,822

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
23,63	28,390	5,328	18

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,827	18

ANEXO N. ° 6 Confiabilidad del Inventario SISCO del estrés académico en ésta
investigación.

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
utilizando una escala del 1 al 5 señala tu nivel de preocupación o nerviosismo	3,43	,986	169
La competencia con los compañeros del grupo	2,60	,983	169
Sobrecarga de tareas y trabajos escolares	3,62	,957	169
La personalidad y el carácter del profesor	2,75	1,084	169
Las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etc.)	3,59	1,026	169
El tipo de trabajo que te piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.)	3,37	1,039	169
No entender los temas que se abordan en clase	2,68	1,093	169
Participación en clase (responder a preguntas, exposiciones, etc.)	2,76	1,208	169
Tiempo limitado para hacer el trabajo	3,22	1,073	169
Trastornos en el sueño (insomnio o pesadillas)	2,47	1,160	169
Fatiga crónica (cansancio permanente)	2,93	1,198	169
Dolores de cabeza o migrañas	2,89	1,251	169
Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea	2,15	1,100	169

Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.	2,63	1,276	169
Somnolencia o mayor necesidad de dormir	3,27	1,232	169
Inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo)	3,12	1,025	169
Sentimientos de depresión y tristeza (decaído)	2,76	1,227	169
Ansiedad, angustia o desesperación	2,94	1,127	169
Problemas de concentración	2,93	1,100	169
Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad	2,67	1,213	169
Conflictos o tendencia a polemizar o discutir	2,33	1,067	169
Aislamiento de los demás	2,19	1,085	169
Desgano para realizar las labores escolares	2,54	1,069	169
Aumento o reducción del consumo de alimentos	2,76	1,231	169
Habilidad asertiva (defender nuestras preferencias, ideas o sentimientos sin dañar a otros)	3,44	1,023	169
Elaboración de un plan y ejecución de sus tareas	3,22	,979	169
Elogios a sí mismo	3,18	1,184	169
La religiosidad (oraciones o asistencia a misa)	2,59	1,217	169
Búsqueda de información sobre la situación	3,19	,976	169
Ventilación y confidencias (Verbalización de la situación que preocupa)	3,07	1,019	169

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
utilizando una escala del 1 al 5 señala tu nivel de preocupación o nerviosismo	83,87	274,471	,619	,900
La competencia con los compañeros del grupo	84,70	280,426	,434	,903
Sobrecarga de tareas y trabajos escolares	83,68	278,040	,524	,901
La personalidad y el carácter del profesor	84,55	278,713	,436	,902
Las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etc.)	83,72	274,669	,587	,900
El tipo de trabajo que te piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.)	83,93	273,900	,602	,900
No entender los temas que se abordan en clase	84,62	279,760	,403	,903
Participación en clase (responder a preguntas, exposiciones, etc.)	84,54	277,416	,418	,903
Tiempo limitado para hacer el trabajo	84,08	272,440	,624	,899
Trastornos en el sueño (insomnio o pesadillas)	84,83	274,226	,524	,901
Fatiga crónica (cansancio permanente)	84,37	269,045	,641	,899
Dolores de cabeza o migrañas	84,41	274,244	,480	,902
Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea	85,15	279,274	,414	,903
Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.	84,67	273,268	,493	,902

Somnolencia o mayor necesidad de dormir	84,04	267,773	,655	,898
Inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo)	84,18	270,790	,707	,898
Sentimientos de depresión y tristeza (decaído)	84,54	267,690	,660	,898
Ansiedad, angustia o desesperación	84,36	269,184	,682	,898
Problemas de concentración	84,37	274,438	,550	,901
Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad	84,63	269,973	,608	,899
Conflictos o tendencia a polemizar o discutir	84,97	276,696	,503	,901
Aislamiento de los demás	85,11	276,374	,503	,901
Desgano para realizar las labores escolares	84,76	275,241	,544	,901
Aumento o reducción del consumo de alimentos	84,54	271,357	,563	,900
Habilidad asertiva (defender nuestras preferencias, ideas o sentimientos sin dañar a otros)	83,86	290,289	,125	,907
Elaboración de un plan y ejecución de sus tareas	84,08	290,398	,130	,907
Elogios a sí mismo	84,12	290,057	,105	,908
La religiosidad (oraciones o asistencia a misa)	84,71	291,588	,063	,909
Búsqueda de información sobre la situación	84,11	289,327	,163	,907
Ventilación y confidencias (Verbalización de la situación que preocupa)	84,24	285,229	,274	,905

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
87,30	295,688	17,196	30

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,905	30

ANEXO N. ° 7 Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Escala General de Ideación Suicida de Beck	,536	169	,000	,193	169	,000
Escala General Inventario de Estrés Académico SISCO	,397	169	,000	,669	169	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors