



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Ideación suicida y su correlación con inteligencia emocional en estudiantes de dos Institutos de Educación Superior. Región Puno

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTOR:

Lupa Uruchi, Vanesa. (ORCID: 0000-0002-2474-9935)

ASESORA:

DRA. Llaque Sánchez, María Rocío Del Pilar (ORCID: 0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud mental

TRUJILLO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A Elena y Francisco mis queridos padres por su apoyo incondicional durante toda mi carrera. Gracias por creer y confiar en mí, guiándome en cada paso. Por enseñarme que con humildad, gratitud y esfuerzo todo es posible. Gracias por la paciencia, los consejos y el ánimo en todo momento. Sé que es el inicio de muchos sueños por alcanzar, esto es para ustedes Papitos. Por muchas más metas que se vienen y siempre soñar en grande, como Mamá decía.

A mis hermanos Emerson, Gino, Silvia y Franz, por su apoyo incondicional y por motivarme a cumplir con una de mis metas.

A mi pequeño sobrino Xavi que con su alegría, ternura y cariño, mejora mis días.

A mis tíos, Hernán y Lucia, por apoyarme inmensamente.

AGRADECIMIENTO

A Dios por mostrarme el sendero y guiarme, permitiendo que sea constante y diligente en la elaboración de mi trabajo de investigación.

A mi asesora de tesis, la Dra. María Rocío del Pilar, Llaque Sánchez por siempre brindarme su apoyo, consejos y guiarme en todo momento.

A los directores, coordinadores y estudiantes del Instituto de Educación Superior Pedagógico “Issac Newton” y del Instituto de Formación Superior Tecnológico público “Yunguyo” por su disposición y voluntad de colaborar, sin ustedes esta investigación no hubiese sido posible.

A la Universidad César Vallejo, por permitirme cumplir esta meta.

A mis seres queridos que me alegran día a día dándome su cariño y amor. Gracias por su compañía.

ÍNDICE

Pág.

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. METODOLOGÍA	19
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	19
3.2. Operacionalización de variables.....	19
3.3. Población, muestra y muestreo.....	20
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	21
3.5. Procedimiento.....	21
3.6. Método de análisis de datos.....	23
3.7. Aspectos éticos.....	23
IV. RESULTADOS.....	24
V. DISCUSIÓN.....	28
VI. CONCLUSION.....	31
VII. RECOMENDACIONES.....	32
VIII. REFERENCIAS.....	33
ANEXOS.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Correlación entre la ideación suicida y la inteligencia emocional en estudiantes de dos Institutos de Educación Superior en la Región Puno. Año 2020.....	24
Tabla 02: Ideación Suicida según edad y género en Estudiantes de dos Institutos de Educación Superior en la Región Puno. Año 2020.....	25
Tabla 03: Inteligencia emocional según edad y género en Estudiantes de dos Institutos de Educación Superior en la Región Puno. Año 2020.....	26
Tabla 04: Correlación entre las dimensiones de la inteligencia emocional y la ideación suicida en Estudiantes de dos Institutos de Educación Superior en la Región Puno. Año 2020.....	27

RESUMEN

Se busca evaluar si existe correlación entre la ideación suicida y la inteligencia emocional en estudiantes de dos Institutos de educación superior en la Región Puno-2020. El estudio es descriptivo no experimental, correlacional no causal, cuantitativo, en 132 estudiantes, de todas las edades de ambos géneros, se les aplicó la Escala de ideación suicida de Beck (SSI) y la Escala de inteligencia emocional TMMS- 24. Se halló que 82% presentaron nivel bajo de ideación suicida y 58.3% presentaron nivel adecuado de inteligencia emocional. Al analizar la correlación entre las variables de estudio, se observa que el 50% de entrevistados tuvieron baja ideación suicida y adecuada inteligencia emocional y solo el 0.8% presentó alta ideación suicida y bajo nivel de inteligencia emocional. Se halló relación baja e inversa entre la variable inteligencia emocional y la variable ideación suicida ($r=-0.245$, $p=0.002$). La ideación suicida resultó ser homogéneo en ambos géneros ($X^2= 2.97$, $p= 0.23$) y grupos de edad ($X^2= 8.8$, $p= 0.07$); referente a inteligencia emocional también resultó ser homogénea en ambos géneros ($X^2= 1.72$, $p= 0.42$) y edades ($X^2= 4.6$, $p= 0.33$). La relación entre las dimensiones de la inteligencia emocional (atención, claridad y reparación) e ideación suicida son muy bajas e inversas ($r=-0.149$, $r=-0.066$, $r=-0.175$, $p>0.05$) respectivamente. Se concluye que existe una correlación baja e inversa entre las variables de estudio.

Palabras clave: Inteligencia Emocional, Ideación Suicida, Estudiantes.

ABSTRACT

It seeks to assess whether there is a correlation between suicidal ideation and emotional intelligence in students from two higher education institutes in the Puno-2020 Region. The study is descriptive, non-experimental, non-causal correlational, quantitative. In 132 students, of all ages of both genders, the Beck Suicidal Ideation Scale (SSI) and the TMMS-24 Emotional Intelligence Scale were applied. 82% presented a low level of suicidal ideation and 58.3% presented an adequate level of emotional intelligence. When analyzing the correlation between the study variables, it is observed that 50% of the interviewees had low suicidal ideation and adequate emotional intelligence and only 0.8% presented high suicidal ideation and low level of emotional intelligence. A low and inverse relationship was found between the emotional intelligence variable and the suicidal ideation variable ($r = -0.245$, $p = 0.002$). Suicidal ideation turned out to be homogeneous in both genders ($X^2 = 2.97$, $p = 0.23$) and age groups ($X^2 = 8.8$, $p = 0.07$); regarding emotional intelligence, it also turned out to be homogeneous in both genders ($X^2 = 1.72$, $p = 0.42$) and ages ($X^2 = 4.6$, $p = 0.33$). The relationship between the dimensions of emotional intelligence (attention, clarity and repair) and suicidal ideation are very low and inverse ($r = -0.149$, $r = -0.066$, $r = -0.175$, $p > 0.05$) respectively. It is concluded that there is a low and inverse correlation between the study variables.

Keywords: Emotional Intelligence, Suicidal Ideation, Students.

I. INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye un gran inconveniente para la salud pública y se conceptualiza como el acto de acabar con la vida, que uno realiza intencionadamente ya sea con la ingesta de plaguicidas, ahorcamiento o la manipulación de armas de fuego.¹ A nivel mundial más de 800.000 individuos sucumben por suicidio año a año, de las cuales 164.000 son menores de 25 años, por otro lado se estima que los hombres (13,7 suicidios por cada 100, 000) se suicidan más que las mujeres (7,5 muertes por cada 100.000).¹ Cosa parecida sucede también en el Perú siendo la tasa bruta de 3.1/100 mil habitantes (4.2 en hombres y 2.1 en mujeres).²

El suicidio consumado pasa por una serie de fases, entre ellas está las ideas suicidas que son pensamientos y planes que tiene una persona para cometer un acto suicida, sin llegar a realizarlos, su frecuencia en todo el mundo es aproximadamente del 2%, de los cuales el 11.1% son estudiantes con edades no mayor de 20 años, se debe agregar que más del 50% no reciben servicios de salud mental.^{2,3} Por otro lado en el Perú la frecuencia de ideación suicida es del 8.9%, con mayor predominio en el género femenino, encontrándose mayores tasas en los departamentos de Pasco, Junín, Tacna, Moquegua y Huánuco^{3,4,5,6}

La ideación suicida durante la formación académica genera inestabilidad emocional, menor calidad de vida y un mal rendimiento académico durante la vida estudiantil y su progresión causa la consumación del suicidio, paralelamente su efecto económico en pérdidas es estimada en aproximadamente en 25 000 millones de dólares cada año.⁶

La causalidad es multifactorial para la ideación suicida en la población estudiantil como son el padecer de síntomas depresivos significativos, desesperanza, angustia, vivir en hogar no nuclear e historial de consumo de sustancias psicoactivas.^{6,7} Su identificación se realiza mediante la valoración clínica ya que no se tiene ningún componente de riesgo o la composición de ellos que posean una sensibilidad o especificidad que sea capaz de pronosticar el suceso, pero se tiene diferentes patologías crónicas que se relacionan, la valoración de los mismos, en conjunto podrían ayudar a advertir el suicidio.⁸ Existe herramientas de evaluación sistematizadas como la entrevista clínica,

la evaluación psicológica estandarizada y las escalas clínicas, entre ellas las escalas de intención suicida de Beck, de evaluación del riesgo suicida de Columbia y muchas más, sin embargo no tienen un alto valor predictivo referente al suicidio pero identifican los elementos de riesgo.⁸

Las emociones y su comprensión llegaron a ser de gran importancia en la esfera educativa puesto que sería una senda para cambiar el proceso socioemocional del estudiante, es así que desde ya hace diez años y en la actualidad se empezó a verificar de forma empírica los resultados que una inteligencia emocional positiva es capaz de generar en los individuos.⁹

La inteligencia emocional es conceptualizado como la posibilidad de apreciar, concebir y emplear competentemente las emociones, el mismo que ayuda a resolver problemas día a día y ayudan a la fácil adaptación en forma positiva en diferentes esferas de la subsistencia cotidiana de las personas con su medio en general.^{9,10} Los estudiantes que son emocionalmente competentes, son habilidosos para distinguir, intuir y tratar sus propias emociones y de los demás, por ende son eficaces, productivos y psicológicamente fuertes.^{11,12}

Por el contrario los que poseen una inteligencia emocional escasa son vulnerables a padecer dificultades psicosocial, presentado conjuntamente diferentes patologías entre ellas depresión, ansiedad, violencia, uso de drogas y bebidas alcohólicas, amistades destructivas, y tener un rendimiento académico insatisfactorio.^{11,12} La valoración de los elementos de la inteligencia emocional se realiza mediante los autoinformes como la Trait Meta Mood Scale - 24 (TMMS-24) y medidas de habilidad haciendo el uso del Test para la inteligencia emocional de Mayer Salovey Caruso (MSCEIT).¹²

Muchos estudios revelan que la capacidad emocional opera como elemento protector de las ideaciones como para las tentativas suicidas, promoviendo la posibilidad de comprender y manejar las propias emociones, para la conducción de los conflictos externos e internos de la persona.¹³ Por eso la relevancia de la competencia emocional, ya que influye de forma positiva en la ideación suicida, para prevenir el suicidio.¹³

Problema: ¿Existe correlación entre la ideación suicida y la inteligencia emocional en estudiantes de dos Institutos de educación superior de la Región Puno, en el año 2020?

Actualmente los trastornos mentales son de gran interés, porque afectan el desenvolvimiento normal de las personas que las padecen, y de esto no escapan los estudiantes de formación educativa técnica superior, que debido a la carga académica que llevan son vulnerables a padecer múltiples de estos trastornos evitan un desarrollo académico adecuado en las aulas. En nuestro país se cuenta con diferentes estudios que revelan cifras alarmantes de como los diferentes grados de la inteligencia emocional se relaciona como ideación suicida o el suicidio en diferentes tipos de población, sin embargo se encontró poca información publicada con respecto a la población educativa superior ya sea institutos, universidades o centros de educación técnica productiva, pese a que son un grupo poblacional importante en quienes acontecen estos trastornos mentales, pero a nivel internacional si se cuenta con estudios que muestran resultados estadísticamente significativos, y que muestran que este grupo poblacional son motivo importante de estudio.

En la región de Puno no se cuenta con estudios relacionados a las dos variables como, la ideación suicida y la inteligencia emocional en la población de formación superior. Muchas de estas instituciones se centran en que el alumnado sólo adquiera conocimientos científicos, y ocasionalmente buscan el bienestar emocional de los mismos.

Motivo que impulso la realización de esta investigación para conocer el comportamiento de estas variables en este grupo de estudiantes, de esa manera obtener resultados que puedan ayudar a realizar el manejo adecuado y oportuno de la ideación suicida, para prevenir sucesos lamentables como el suicidio en esta población y valorar la inteligencia emocional en los alumnos de los diferentes institutos de educación superior, para implementar estrategias para el manejo de las emociones.

Así mismo con esta investigación se busca contribuir como base teórica para futuras investigaciones de esta índole y de este modo, se procura ayudar con la recaudación de mayor conocimiento científico en esta rama.

Objetivo general: Evaluar si existe correlación entre la ideación suicida y la inteligencia emocional en estudiantes de dos Institutos de educación superior en la Región Puno, el año 2020. Objetivos específicos: Estimar el nivel de ideación suicida según edad y género. Establecer el nivel de Inteligencia emocional, según edad y género. Estimar la relación entre dimensión atención emocional e ideación suicida. Estimar la relación entre dimensión claridad emocional e ideación suicida. Estimar la relación entre dimensión reparación emocional e ideación suicida.

Hipótesis: H1: Existe correlación entre la ideación suicida y la inteligencia emocional en estudiantes de dos Institutos de Educación Superior en la Región Puno, el año 2020.
H0: No existe correlación entre la ideación suicida y la inteligencia emocional en estudiantes de dos Institutos de Educación Superior en la Región Puno, el año 2020.

II. MARCO TEÓRICO

A nivel internacional, existen estudios como, Korkmaz et al ¹⁴ (Turquía, 2020) en un estudio de casos y controles (25 por grupo) evaluaron el intento de suicidio con los diferentes niveles de Inteligencia emocional (IE) y las destrezas para resolver problemas. Aplicaron escalas estructuradas, reportaron una puntuación de inteligencia emocional total ($r = -0,613$, $p < 0.01$) y puntuaciones de la subescala: conciencia emocional ($p < 0.01$), manejo de emociones ($p < 0.01$), automotivación ($p < 0.01$), empatía ($p < 0.01$) y control de relaciones ($p = 0.047$), las cuales fueron significativamente más bajas respecto al grupo control. La puntuación del inventario de resolución de problemas fue más elevada en los casos ($p < 0.01$). Concluyeron que los casos experimentan más dificultades para resolver problemas; pero a medida que aumentaban sus niveles de IE, aumentaban sus habilidades para resolver problemas.

Lin et al ¹⁵ (China, 2020), realizaron un estudio para ver las diferencia en el control inhibitorio del comportamiento cerebral (BIC) en respuesta a las emociones en 70 estudiantes con o sin ideación suicida, los resultados revelaron que el tiempo de reacción del grupo con ideación suicida fue más largo que el del grupo sin ideación suicida para emociones felices [$F(1, 42) 328,35$, $p < 0,001$, $\eta^2 p = 0.887$], esta investigación pone en evidencia que las personas sin ideación suicida tienen mejor BIC, y el grupo con ideación suicida tiene más problemas para controlar sus emociones.

Quintana et al ¹⁶ (España, 2020) investigaron cómo la Inteligencia emocional puede reducir el riesgo de ideación suicida, en dos grupos adolescentes de 1.824 y 796. Los resultados confirmaron una relación negativa entre la Inteligencia emocional con la ideación suicida ($b = -0.13$, $p < 0.001$) para el grupo 1 y ($b = -0,21$, $p < 0,001$) para el grupo 2. Concluyen que los adolescentes que mostraron una Inteligencia emocional más alta tenían una regulación cognitiva emocional más adaptativa, lo que a su vez predijo niveles más bajos de ideación suicida.

Skokou et al ¹⁷ (Grecia, 2019), determinaron el coeficiente emocional y salud mental en 206 estudiantes de educación superior, los resultados adquiridos exponen que los

varones no se diferenciaron de las mujeres en la inteligencia emocional ($p=0,292$), sin embargo, muestran puntuaciones más altas en la autoestima ($p=0,019$), regulación de las emociones ($p=0,013$), conciencia social ($p=0,046$), manejo del estrés ($p=0,050$) y sociabilidad ($p=0,050$). El género femenino mostró niveles altos de ansiedad ($p<0,001$) y depresión ($p<0,004$).

Annena¹⁸ (India, 2019), estudia la relación entre la competencia emocional e ideas suicidas en 180 estudiantes de educación superior; el análisis correlacional reveló un coeficiente de correlación de valor negativo ($-0,35$), poniendo en evidencia que existe una correlación inversa significativa entre las ideas suicidas y la competencia emocional cuando el nivel de *significancia* es 0.05 . Esto significa que si aumenta la competencia emocional, las ideas suicidas de un participante disminuirán y viceversa.

Abdollahi et al.¹⁹ (Irán, 2019) evaluaron la inteligencia emocional como reguladora de la relación entre anhedonia e ideación suicida en 217 adultos deprimidos. Expusieron que la inteligencia emocional se correlacionó negativamente con la ideación suicida ($\beta = -0.39, p < .001$), la anhedonia se correlacionó positivamente con la ideación suicida ($\beta = 0.37, p < .001$). Por lo tanto los autores enfatizan el papel que la inteligencia emocional tiene para atenuar los efectos devastadores de la anhedonia sobre la ideación suicida.

Kopera et al.²⁰ (Polonia, 2017), relacionan la inteligencia emocional y comportamiento suicida en 80 individuos alcohólicos, los resultados muestran que sujetos con intentos de suicidio se caracterizaron por neuroticismo significativo, síntomas depresivos graves y una menor regulación del estado de ánimo. El análisis de la regresión da a conocer que la regulación del estado de ánimo es un predictor significativo de intentos de suicidio, ya que si se tiene una adecuada inteligencia emocional, el riesgo de suicidio es menor (OR: 0,70, IC 95%: 0,54-0,92, PAG = 0,01). Este estudio respalda que una mala regulación emocional está relacionada con el riesgo de comportamiento suicida.

Gómez et al.²¹ (España, 2017), estudian la reciprocidad que tiene la competencia emocional, con afecto negativo y riesgo de suicidio en 144 estudiantes de psicología, de 17 - 18 años de edad, obtuvieron que el 11.8% tenían riesgo suicida, las mujeres mostraron puntajes más altos en relación al estado depresivo ($t(143)=3.84$,

$p < 0.01, d = 0.64$) y a la atención a las emociones ($t(143) = 3.5, p < 0.05, d = 0.58$) a diferencia de los hombres. Los individuos con peligro de suicidio mostraban menor claridad y regulación emocional ($Z = -2.37, Z = -3.56, p < 0.01$). Concluyen que sería preciso delinear mediaciones psicológicas provisorias para disminuir el riesgo de suicidio basada en los resultados conseguidos, en específico, en el papel que desempeña la inteligencia emocional.

Suárez et al ²² (Colombia, 2016), establecieron la correlación entre el pensamiento suicida (PS) e inteligencia emocional (IE) en 186 alumnos de formación superior, haciendo uso del inventario de Beck para el PS y la Escala TMMS-24 para valorar la IE. Los resultados revelaron que 7,5% de los alumnos mantienen PS. Por medio del coeficiente de correlación Karl Pearson, se estableció que existe una correlación negativa, que es significativa respecto a la claridad emocional y PS ($r = -0.198, p < 0.01$), reparación emocional y PS, ($r = -0.170, p < 0.05$), actitud hacia la muerte, el deseo de autolisis y la claridad emocional ($r = -0.158, r = -0.202, p < 0.05$), esto significa que al presentar un menor nivel de claridad y reparación emocional, es predominante el riesgo de presentar PS. Concluyen que la IE es un elemento psicológico que desempeña un papel significativo en la aparición y persistencia de PS en los jóvenes.

Caballero et al ²³ (Colombia, 2015) realizaron un estudio para evaluar los caracteres de inteligencia emocional en 44 estudiantes de educación superior, 22 con ideación suicida y 22 controles; los resultados muestran incompatibilidades significativas en las tres dimensiones, en reparación emocional ($Z = -2.627, p = 0.009$), atención ($Z = -3.089, p = 0.002$) y de claridad ($Z = -3.089, p = 0.002$). Concluyen que las personas que presentan ideas suicidas tiene serios problemas para el manejo de los estados emocionales como para prestar atención, percibir y regular sus propias emociones.

Aradilla et al ²⁴ (España, 2014), realizaron una investigación para ver la relación que hay entre riesgo suicida (RS) e inteligencia emocional (IE), depresión, ansiedad y autoestima, en 93 estudiantes de enfermería. Los resultados obtenidos revelaron que 14% presentaban pensamientos suicidas y 6,5% habían intentado suicidarse. Las mujeres puntuaron más alto en riesgo de suicidio, depresión y atención emocional ($t =$

2.25, $p < 0.05$), el coeficiente de correlación de Pearson entre el RS y las tres dimensiones de IE, fueron: claridad emocional ($r = -0.20$, $p < 0.05$), reparación emocional ($r = -0.21$, $p < 0.05$) y atención emocional ($r = 0.32$, $p < 0.01$). Concluyen que el trastorno depresivo y la alteración en la inteligencia emocional son predictores significativos de riesgo suicida.

A nivel nacional, tenemos estudios como, Velásquez et al ²⁵ (Perú, 2020) evalúan la correlación entre la desregulación de emociones, rumiación e ideas suicidas (IS) en 1330 estudiantes de educación superior, de 16 a 31 años de edad. Los resultados ponen en evidencia que sí hay correlación significativa al nivel 0,01 bilateral entre la desregulación emocional e IS, (*Rho de Spearman* = 0.300), siendo la más significativa la correlación entre la variable desregulación emocional y la rumiación (*Rho de Spearman* = 0.525). Concluyen que a mayor desregulación emocional, mayor rumiación e IS; con gran predominio en los ingresantes a humanidades ($N = 283$, *Rango promedio* = 735,05. $Ch^2 = 26,212$).

Acuña et al ²⁶ (Perú, 2019) realizaron un estudio en 540 estudiantes de educación secundaria, con el propósito de establecer la relación entre la inteligencia emocional (IE) con las ideas suicidas (IS). La relación fue relativamente baja ($r = 0,207$, $p < 0.002$) entre ambas variables. La inteligencia emocional en el nivel medio representó el 67,6%, nivel alto 11,6% y nivel bajo 20,9%. Los pensamientos suicidas se localizan en un nivel medio 65,8%, nivel alto un 34,2%. Concluyen que hay una relación baja entre las variables IE e IS.

Sumari et al ²⁷ (Perú, 2017) estudian la correlación entre la inteligencia emocional (IE) y riesgo de suicidio (RS). Encuentran una reciprocidad negativa muy alta entre las variables inteligencia emocional y riesgo de suicidio ($r = -0,874$, $p = 0,000$); así mismos el 21.3% de individuos mostraron una inteligencia emocional extraordinariamente desarrollada, el 19.1% baja o poco desarrollada; 48.3% presentaron RS leve, 46.1% moderado y 5.6% alto. Concluye que, la Inteligencia Emocional muestra una relación negativa con el riesgo de suicidio ($r = -0.874$; $p = 0.00$), Es decir que cuanto mayor sea el desarrollo de la inteligencia emocional menor será el riesgo de suicidio.

Mamani et al ²⁸ (Perú, 2017) realizaron un estudio para ver como el programa para desarrollar inteligencia emocional (IE) actúa como elemento de protección de las ideas suicidas (IS) en 33 adolescentes. Encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre IS, antes y después del programa de intervención ($Z = -4,596$ y $p = 0,000$), igualmente, la puntuación en IE antes y después de la intervención ($t = -9,962$ y $p = 0,000$). La IE revela que hay contrastes significativos en sus tres dimensiones: la conducción del estrés ($t = 10,294$ y $p = 0,000$), la intrapersonal ($t = -7,815$; $p = 0,000$), y el estado de ánimo ($t = 7,178$ y $p = 0,000$) en relación a la IS. Concluyen que el programa de intervención permite la mejora de la IE; disminuyendo los niveles de IS en la población de riesgo.

Estos hallazgos, motivaron a profundizar sobre la ideación suicida y la inteligencia emocional, encontrando que el suicidio o “suicidium” es una término de origen latino que deriva de dos expresiones sui (“de sí mismo”) y caedĕre (“matar”) que significan “matarse a sí mismo”.²⁹ Además que la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- 11 y la Organización mundial de la salud (OMS) define al suicidio (Códigos CIE- 11 XE97V) como “el acto voluntario y premeditado de quitarse la vida”, por medio de lesiones autoinfligidas con el deseo de morir.^{30, 31} Los rasgos que delimitan el acto suicida genuino son: La gran nocividad de la técnica empleada (ahorcamiento, uso de armas de fuego y otros), escasa posibilidad de ser descubierto, coexistencia de un método minucioso para el propósito, la existencia de una inscripción de despedida, sobrios planes a posterior y la subsistencia de un trastorno mental, sea la depresión u otros trastornos psicóticos.³²

De la misma manera a lo largo de los años, el suicidio ha sido definido de múltiples formas entre ellos tenemos a Thomas Browne (1642) quien utilizó por primera vez este término, en su obra “homicidio de uno mismo”.³³ Así mismo el Francés Emile Durkheim (1897), dió la primera contribución significativa al tema, en su obra “Le suicide”, lo conceptualizó como un fenómeno sociológico y no como meramente propio.³⁴ Y lo dividió en tres clases sociales: egoísta, anómico, altruista y fatalista.³⁴ El psiquiatra británico Erwin Stengel en 1965 lo definió como un suceso fatal y el intento de suicidio como un suceso no fatal, de autodestrucción.³⁴ por otro lado el sociólogo francés

Jean Baechler (1975), lo delimitó como cualquier conducta que busca y encuentra la solución de un conflicto existencial en el hecho de transgredir contra la vida del sujeto.³⁴

Por su parte el padre de la Suicidología, el psicólogo Edwin S. Shneidman, conceptualizó el suicidio como "un suceso consciente de auto inmolación, que percibe este acto como la mejor salida"³⁵ Además puntualizó diez particularidades comunes de todo suicidio: intención usual del suicidio es inquirir una salida, objetivo habitual es el detención de la cognición, instigación habitual es el sufrimiento psicológico intolerable, estresores comunes son requerimientos psicológicos insatisfechas, emoción habitual son desesperanza y desesperación, estado cognoscitivo frecuente es la ambivalencia, estado perceptual común es la constricción, acción común es desbandarse, acto interpersonal usual es la aviso de la intención suicida y asiduidad de los patrones de enfrentamiento de toda la vida.³⁵

El espectro completo de la conducta suicida tiene 3 etapas que inicia por la ideación suicida, seguida del intento suicida es la etapa de ambivalencia, donde el sujeto pasa de la ideación a la planificación, a modo de solución a sus problemas y culmina con el exitus letalis (suicidio consumado) la situación en la ya se pasa a la acción.^{26, 36}

La idea o pensamiento suicida fue definida por Beck, Kovacs y Weissman (1979), como: "pretensiones y los planes para realizar el suicidio sin haber consumado previamente un intento".³⁶ En este sentido, la ideación suicida, forma parte fundamental de la conducta suicida, el intento de suicidio y la consumación del suicidio.^{26, 27,36}

Existen múltiples teorías referente al suicidio las más características son: *La teoría sociológica*, de Durkheim, quien planteó que la inmolación era un fenómeno social que es contrariamente ajustado al grado de unificación social del sujeto. Además planteó una clasificación del suicidio basada en los tipos de unificación social.³⁶ Y el enfoque psiquiátrico que además tiene dos orientaciones: la clásica (es una teoría planteada a inicios del siglo XIX que asociaba a la conducta suicida como efecto de un padecimiento mental) y la epidemiológica (Teoría que intenta conjugar las situaciones individuales con las sociales para producirse el suicidio).³⁶

También están las Teorías psicológicas, entre ellas tenemos, la Teoría cognitiva de Aron Beck, su conjetura se fundamenta en la desesperanza como factor negativo de las opiniones que la persona sostiene sobre sí y su entorno además de las perspectivas concerniente al futuro, que se apoyan en sus prácticas anteriores; así mismos sustenta que los pacientes con predisposiciones suicidas exponen ideologías negativas y opiniones disfuncionales los que llevan al individuo a la conducta suicida, también propone la Triada cognitiva de Beck conformados por el pensamiento, la conducta y las emociones del individuo que lleva al suicidio.³⁶

Por otro lado está la Teoría psicológica de los constructos personales de Kelly, se basa en cómo el individuo percibe y se adapta a su entorno, según su desenvolvimiento cognitivo, interpretación de la realidad y las situaciones vividas. Sostiene que el suicidio es una expresión radical y exagerada del estado depresivo a causa de una visión retorcida del entorno, así mismo postula dos razones por las cuales uno llega al suicidio: la primera pensar que el futuro no significa ninguna motivación y la segunda considerarse un sujeto inservible que se ve forzado a renunciar a todo.³⁶ Así mismos la Teoría psicológica del comportamiento suicida de Linehan, sitúa a las emociones como parte fundamental, postula que la actuación suicida es un procedimiento asimilado para batallar con la ansiedad emocional, donde la muerte es la solución, el mismo que es fruto de un déficit en el manejo de habilidades para solucionar los problemas del día a día.³⁶

Y por último está la Teoría psicológica de la separación de Robert Firestone, planteó cómo el sufrimiento ocasionado en las relaciones interpersonales a temprana edad y la ansiedad de la separación causaría un fraccionamiento del temperamento, que refleja la ambivalencia de los progenitores. Denominó al efecto de este fraccionamiento como: self (temperamento innato en la mente del individuo) y antiself (mecanismo de defensa y demoledor de la personalidad). La inmolación sucede cuando el antiself triunfa sobre del self.³⁶ Y la Teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, postula que suicidio es consecuencia de la inestabilidad entre la pulsión de vida y muerte. La pulsión de muerte es primeramente dirigida hacia terceros (comúnmente al ser querido), pero al no poder hacerlo, es encaminado hacia sí mismo.³⁶

Por otra parte los datos estadísticos de casos de suicidio se apoyan básicamente en certificados de defunción y pesquisas judiciales, que minimizan la incidencia auténtica, sobre los datos de mortalidad, inclusive en los países de altos ingresos.³⁷ Desde el año de 1970 la OMS determinó que la inmolación era un gran reto para la salud pública a nivel de todo el mundo.³⁸

Es así como en países como Estados Unidos, la inmolación es la décima causa de muerte, con una tasa de mortalidad de 14,6/100.000 con 47.000 suicidios en el 2017, así mismo 129 individuos sucumben por inmolación cada día.^{37,39} Ya desde hace 45 años, la prevalencia se ha acrecentado en un 60%, en países, como Finlandia, Hungría y países Bálticos las tasas de suicidio superan los valores a nivel mundial.³⁹ La tasa media mundial de suicidio es de 11,4 por cada 100 mil habitantes, resultando el doble en varones que en damas, en tanto que la prevalencia mundial de intentos suicidas en la población adulta se calcula en un 0.4%.⁴⁰ La OMS estima que más de 800000 individuos sucumben por esta causa cada año (79% en países de escasos y medianos ingresos), lo que constituye un deceso cada 40 segundos.⁴¹ Mundialmente, las inmolaciones constituyen el 56% de todos los decesos violentos.⁴¹

No obstante en el Perú aproximadamente mil individuos se quitan la vida cada año, por cada suicidio 25 personas lo han intentado.⁴² La tasa bruta de suicidio en el Perú es 3.1 por mil habitantes (4.2 en varones y 2.1 en mujeres), y es más prevalente en las zonas urbanas de las regiones de Ayacucho (5,2%), puerto Maldonado (4,5%) y Pucallpa ciudad (5,4%).^{2, 42,43}

En relación a la edad, las tasas de inmolación son más bajas en menores de 15 años y más elevadas en ancianos (mayores de 70 años) con alto riesgo suicida en ambos generos.^{43,44} A nivel mundial es la segunda causa de muerte en individuos de 15 a 29 años y la quinta causa en adultos de 30 a 49 años, la edad de mayor riesgo en las mujeres era entre 20 y 24 años.^{41,44} En relación al género, la mayoría de suicidios consumados ocurren en hombres (14/100.000) frente al (4/100.000) en mujeres, pese a que las mujeres tienen de 2 o 3 veces más tentativas de suicidio, los varones eligen métodos más letales, para su cometido (suicidio consumado).^{39, 41,44} En EE.UU. los

costos directos de la atención de pacientes con intentos de suicidio es aproximadamente 25 000 millones de dólares.^{6,45} En América Latina los costos de esta problemática son alrededor de 5 641 dólares en pacientes con cuatro o más intentos de suicidio.^{6, 45}

Así pues se ha encontrado una variedad de componentes de riesgo para llegar al comportamiento suicida entre ellas tenemos, factores sociodemográficos integrados por la edad, el riesgo aumenta con la edad, teniendo un primer pico en los 15 – 34 años y luego en la adultez mayor (>65 años).^{2,33,46} El género, pese a que las damas muestran tasas más altas de ideación e intentos de suicidio, los varones son quienes tienen una tasa mayor de suicidios consumados.^{2,33,39,46} El estado civil, los solteros, divorciados y viudos poseen mayores tasas de suicidio, por lo que la soledad es un factor de riesgo significativo.^{2,33,46} Referente a la ocupación, los desempleados tienen mayor riesgo y dentro de los empleados, los grupos de riesgo son los médicos, policías, artistas y estudiantes ya que son sometidos a un estrés laboral alto.^{2,33,39,46} En relación a la situación económica los suicidios se presentan en su mayoría en estratos económicos bajos.^{2,46} Y concerniente al deficiente desempeño estudiantil, el bajo rendimiento académico puede mellar la autoestima y provocar ideas suicidas.^{2,46}

De igual manera están los factores psicopatológicos como: Trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo), anorexia, bulimia, bipolaridad). Trastornos afectivos, dependencia de alcohol y drogas. Perturbaciones en la personalidad, impulsividad, desesperanza, historia personal de intentos de suicidio (40%), alta reactividad emocional, los hechos vitales estresantes (dificultades interpersonales, estudiantiles, laborales y financieros y la pérdida de un ser querido) y las enfermedades físicas incapacitante como la artritis reumatoide, cáncer y el uso de medicamentos como corticoides, antineoplásicos incitan a tener ideas suicidas.^{2,46} Y por último los factores biológicos como la herencia, en un 50% en gemelos monocigóticos y la hipofunción serotoninérgica así como niveles bajos del ácido 5-hidrolacético en cerebros de individuos suicidas.^{2,46}

También están los factores protectores que permiten prevenir y evitar el suicidio entre ellas tenemos a las relaciones personales sólidas, como es el soporte familiar y amigos para prevenir el suicidio en especial en infantes, jóvenes y longevos.^{2, 47} La religiosidad por la visión que la religión tiene del suicidio y los valores, la participación social en eventos deportivos, clubes.^{2, 47} Así mismo la estrategia positiva para el afrontamiento de problemas en cuanto a la estabilidad emocional, la inteligencia, el autoconcepto positivo y hábitos saludables de vida.^{2, 47}

También están los métodos utilizados con más frecuencia para quitarse la vida, a nivel mundial están la ingesta de plaguicidas o fármacos (envenenamiento), ahorcamiento, empleo de armas de fuego, cortes y lanzarse desde una altura para su cometido.³⁷ Para los intentos de suicidio el envenenamiento es el método más utilizado y para suicidios completados involucran armas de fuego.³⁷ Pero también se puede recurrir a diferentes medios, que se van modifican de acuerdo al grupo de población del que es partícipe.^{37, 48} En el Perú la ingesta de carbamatos seguida de la intoxicación por fármacos son los autores principales de intentos de suicidio.⁴⁸

La clínica de esta entidad, inicia desde el pensamiento: cuando el individuo exterioriza una responsabilidad de los valores existenciales, desde cuestionar la propia subsistencia hasta pensar en la autodestrucción.² Seguida de la afectividad, donde la persona presenta un estado de ánimo depresivo con una sensación de vacío y desesperanza.² Por otro lado está el lenguaje, mediante el enunciado verbal o no verbal del auto cuestionamiento de la subsistencia.² La impulsividad, insuficiencia del control de los impulsos.² Los encargos verbales o escritos realizados a los familiares y las situaciones, fechas u horas de lo sucedido tienen el concerniente significado.^{2, 49}

Para su valoración las dos herramientas básicas son, la entrevista clínica y las escalas de evaluación.^{39, 50} Para las escala se cuenta con distintos instrumentos de puntuación, entre las más usadas tenemos: La escala de Beck para la ideación suicida, es un instrumento que está comprendido de 18 ítems para medir el hipotético caso de ideación suicida, es conocido como escala de ideación suicida de Beck, consta de cuatro factores, los que son: Las actitudes hacia la vida o la muerte con ítems de 1 al

5, peculiaridades de los pensamientos o deseos de inmolación con ítems del 6 al 11, características del intento con ítems del 12 al 15 y la actualización del intento, escala tiene una confiabilidad aceptable.⁵⁰

Así mismo se cuenta con la inteligencia emocional, sus orígenes etimológicos derivan de la palabra en latín "intelligere" que expresa la toma de decisiones, siendo el experimento de inteligencia con más antigüedad, registrada por Alfred Binet y Theodore Simon (1905), para objetivar la inteligencia.⁵¹ Thorndike (1920) realizó los primeros trabajos sobre inteligencia emocional al ver la inteligencia desde una dimensión diferente conocida como "inteligencia social" y definió inteligencia social como "la posibilidad de entender y negociar con adultos y niños para actuar con sabiduría en las relaciones interpersonales".⁵¹

Asimismo años más tarde en 1990 Peter Salovey y John Mayer inicialmente plantearon el modelo "Inteligencia Emocional" motivo por el cual fueron considerados como pioneros y proponen la primera conceptualización de la inteligencia emocional definiéndose como la capacidad que posee cada individuo para distinguir, expresar, comprender, utilizar y gestionar las emociones en uno mismo (inteligencia personal) y en los demás (inteligencia social) que conducen a un comportamiento adaptativo para desenvolverse frente a un proyecto, pensar de forma racional y operar efectivamente su medio ambiente.^{51,52}

Aunque la inteligencia emocional fue integrada por Salovey y Mayer en 1990, alcanzó su notoriedad en el año 1995 cuando Daniel Goleman publicó su libro "inteligencia emocional" gracias a ello la inteligencia emocional fue un término ampliamente conocido, en sus escritos Goleman afirma, que la inteligencia emocional es importante para solucionar con éxito las dificultades cotidianas a través de componentes como la empatía, la automotivación, la regulación de las emociones, las habilidades sociales, la autoestima, entre otros mecanismos. Además indica que el 80% del éxito en distintas actividades, es determinada por la inteligencia emocional y que solo un 20% por la inteligencia ordinaria.⁵³

Del mismo modo la inteligencia emocional fundamentalmente se asienta en principios básicos como es: el autoconocimiento, habilidad de saber al dedillo de uno mismo, saber los puntos fuertes y débiles.^{54, 55} El autocontrol, poder manejar los impulsos, conservar la calma y no disipar los nervios.^{54, 55} La automotivación, capacidad de ejecutar sucesos por uno mismo, sin necesitar ser estimulado.⁵⁵ La empatía, intentar entender el contexto del otro, ponerse en su lugar.⁵⁵ Las habilidades sociales, facilidad para relacionarse con otras personas.^{54, 55} La asertividad, dar la cara a los conflictos en vez de ocultarlos, aceptar las críticas cuando ayudan a perfeccionar.⁵⁵ La proactividad, tomar la decisión ante oportunidades o retos, haciéndose cargo de sus propios actos.⁵⁵ por último la creatividad, aptitud para ver el mundo a partir de otra perspectiva y resolver problemas.^{55, 56}

Por otra parte en la actualidad tenemos diferentes Modelos Teóricos que hablan sobre los estados emocionales y la inteligencia emocional, entre ellos está el modelo de habilidad, el mixto, y otros que integran a los anteriores.^{55, 56, 58}

En cuanto al Modelo de habilidad de los autores Salovey y Mayer definen a la competencia emocional como “la habilidad que tienen los individuos para el manejo de los diferentes sentimientos y tipos de emociones, hacer el uso de estas ciencias para así poder dirigir los pensamientos y acciones propios”, además involucra cuatro elementos como son: 1. Percepción, valoración y la manifestación de las emociones (identificar emociones por medio de la expresión verbal y no verbal); 2. Facilitación emocional del pensamiento (uso de las emociones ligada a la creatividad y resolución de conflictos); 3. Compresión de distintos estados emocionales (discernimiento del procedimiento emocional y cómo este perturba los procesos de razonamiento); y 4. Relegación abstraída de las emociones (ver los cambios emocionales positivos como negativos, reflexionar sobre estos y establecer si la pesquisa es útil, sin aligerarlo o exagerar).^{55,56, 57, 58}

Con relación al Modelo mixto de Goleman, describe a la inteligencia emocional como “una pura destreza que establece, en qué medida se puede utilizar correctamente otras habilidades que uno ostenta, esto incluye a la inteligencia intelectual (coeficiente

intelectual)”. Tiene cuatro competencias según Goleman: 1. Competencia discernimiento personal (integrada solamente por el autoconocimiento emocional) 2. Competencia autorregulación (operar el mundo interno para el bien propio y de los demás) 3. Competencia social (para desarrollar relaciones sociales exitosas con el entorno), 4. Competencia regulación de relaciones interpersonales. ^{55, 56, 57, 58}

Acerca del Modelo de competencia emocional social de Bar-On, indica que la competencia emocional social es “el acumulado de destrezas de cada una de las personas, sean emocionales y sociales las mismas que intervienen en la ajuste y el afrontamiento ante las peticiones y apremios del medio” este modelo está integrado por cinco componentes: 1. El mecanismo intrapersonal 2. El mecanismo interpersonal 3. El mecanismo de adaptabilidad 4. La gestión del diferente estado, que pueden ser causantes de estrés, y 5. El estado de ánimo general. ^{56, 57, 58}

Por último está el “Modelo pentagonal de las competencias emocionales” de Bisquerra, describe a las competencias emocionales como “el agregado de sapiencias, destrezas, aptitudes y cualidades que son ineludibles para poder entender, enunciar y regular de manera adecuada los diferentes prodigios emocionales a los que se enfrentan” Este modelo se encuentra compuesto por cinco tipos de competencias emocionales: 1. La conciencia emocional 2. La regulación de emociones 3. Autonomía de las emociones 4. Las competencia social y 5. Las habilidades de vida y bienestar. ^{56, 57, 58}

Por otro lado para la valoración de la Inteligencia Emocional se tiene una sucesión de herramientas para su medición tales como: a) Cuestionarios de autoinforme, fundadas en la discernimiento que un individuo tiene de sí mismo o un tercero pero, estas pruebas no son eficientes ya que los individuos tienden a ser poco asertivos en valorar sus destrezas emocionales; y b) Pruebas de habilidad, las cuales se basan en la resolución de dificultades emocionales, siendo estas muy semejantes a las pruebas de inteligencia general.⁵⁹

En seguida se presentan algunos de los instrumentos que son actualmente utilizados:

Entre ellas tenemos al Trait Meta-Mood Scale - 48 (TMMS-48), esta herramienta de puntuación fue introducido por Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, (1995) mide las destrezas para conocer y manejar las propias emociones, consta de 48 ítems y los componentes son vigilancia a los sentimientos, claridad y reparación de las emociones.⁵⁹ Por otro lado está la Schutte Self Report Inventory (SSRI), conformada por 33 ítems, posee elementos como conducción de las emociones propias y de los demás, percepción emocional y uso de las emociones.⁵⁹ De igual forma el Cuestionario de inteligencia emocional (CIE), creado por Mestre (2003) mide la Autorregulación, la autoeficacia, el autoconocimiento y la empatía, compuesto por 56 ítems.⁵⁹

También está el Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i), posee 133 ítems, se dividen en cinco factores: gestión del estrés, inteligencia intrapersonal, adaptación, inteligencia interpersonal y humor general.⁵⁹ El Inventario de inteligencia emocional de Rego y Fernández (2005), cuenta con 41 ítems, los cuales se dividen entre: comprensión de las emociones propias, sensibilidad emocional, automotivación, empatía y comprensión de las emociones de los otros.⁵⁹ Y el Emotional Competence Inventory, este instrumento posee dos formas de evaluación: pruebas de autoinforme y la evaluación de una contraparte externa (compañeros, supervisores), está compuesto por 110 ítems.⁵⁹

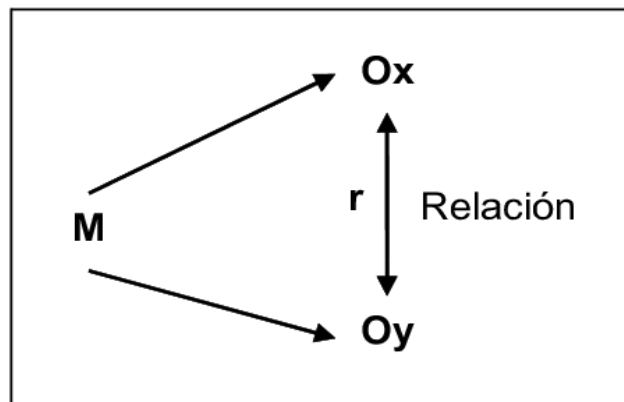
III. METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Tipo de investigación: Aplicada.⁶⁰

Diseño de investigación: Descriptivo no experimental, correlacional no causal, transversal.⁶⁰

El diseño de correlación está presentado en el siguiente diagrama.



DONDE:

M: MUESTRA: Estudiantes de dos institutos de educación superior.

OX: VARIABLE X: Ideación suicida.

OY: VARIABLES Y: Inteligencia emocional.

r: Correlación entre dichas variables.

3.2 VARIABLES Y OPERACIONALIZACION

VARIABLES:

V1: Inteligencia emocional

V2: Ideación suicida

Otras variables: Género, edad

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. (ANEXO 1)

3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:

POBLACIÓN: Se conformó por 200 estudiantes de todas las edades de dos institutos de educación superior técnica, de ambos géneros, del Instituto de Educación Superior Pedagógico “Issac Newton” y del Instituto de Formación Superior Tecnológico público “Yunguyo” de la Región de Puno, matriculados en el año 2020.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

Estudiantes de los dos institutos de formación técnica superior, matriculados en el periodo 2020, con acceso a internet.

Criterios de exclusión:

Estudiantes de los institutos de formación técnica superior que no aceptaron participar.

MUESTRA:

Tamaño de muestra: Para establecer el tamaño de la muestra se usó el muestreo probabilístico estratificado, para estudios descriptivos con población conocida, considerándose 132 alumnos.⁶⁰ (Ver ANEXO 2)

MUESTREO: Se obtuvo mediante un muestreo probabilístico, aleatorio simple

UNIDAD DE ANÁLISIS: Cada estudiante de los institutos de educación técnica superior que participa en la investigación.

UNIDAD DE MUESTRA: Cada estudiante que participa en el estudio.

3.4 TÉCNICA, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

LA TÉCNICA: aplicada en el estudio es la encuesta.⁶⁰ En este caso se aplicaron en forma virtual.

PROCEDIMIENTO

Aprobado el proyecto, se solicitó la autorización a los directores de los dos institutos de educación técnica superior de la Región de Puno, para acceder a la información de los alumnos y aplicar los instrumentos de evaluación. Posteriormente se procedió a aplicar las escalas en forma virtual, previo consentimiento informado. En cada aula se seleccionó al azar un número ya establecido de estudiantes a ser encuestados de cada uno de los institutos de educación técnica superior, tomando como referencia el registro de matrícula del año académico 2020. Los estudiantes que fueron partícipes de las encuestas respondieron obligatoriamente la totalidad de preguntas dadas, sobre las cuales se asegurará la confidencialidad, mediante un consentimiento informado.

INSTRUMENTO:

En esta investigación se aplicaron dos escala psicométricas:

- Para valorar la **Inteligencia emocional**, Trait Meta-Mood Scale–24 que corresponde a la colección de investigaciones de Salovey y Mayer.^{61,62} Valora los estados emocionales por medio de 24 ítems, que evalúa la competencia Emocional en sus tres dimensiones como son la percepción, la comprensión y la regulación de las emociones, conformado por 8 ítems cada una de las dimensiones.^{61,62} A fin de corregir y valorar cada elemento, se hace la sumatoria de los ítems 1 - 8 para el componente percepción emocional, de los ítems 9 - 16 para el componente comprensión de emociones y la del 17 - 24 para el componente regulación emocional.^{61, 62} Las mediciones son sumadas para obtener un puntaje global que es de 24 a 120 puntos.⁶² De tal forma que se puede

clasificar en niveles, según la puntuación obtenida: Una puntuación de 99-120 indica alto, 66-98 adecuado y 65-24 bajo.⁶² La evaluación tiene una duración de 15-20 minutos.⁶² (ANEXO 3)

- Para valorar la **ideación suicida**, la Scale for Suicide Ideation of Beck, hecha por Aron Beck en el año de 1979.⁶³ Escala que consiente medir y valorar la intención de suicidio en la población en general.^{63,64} Se puede emplear de manera individual y agrupada, el tiempo para su aplicación es de aproximadamente de 15 – 20 minutos, la escala está compuesta por 19 ítems y con 4 indicadores como son: actitud hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio y ejecución del intento proyectado.⁶³ Y añaden una quinta sección, con dos ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio.

Estos dos ítems tienen una valía simplemente descriptivo, no se cuentan en la puntuación global de la escala.⁶³ Cada uno de los indicadores se registran en una alineación de respuesta de 3 opciones, con una jerarquía que va del 0 - 2.⁶³ Las mediciones son sumadas para obtener un puntaje global que es de 0 a 38 puntos.⁶³ De tal forma que se puede clasificar en niveles, según la puntuación obtenida: Una puntuación de 0-17 indica bajo, 18-30 medio y 31-36 alto.⁶³ (ANEXO 4)

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la inteligencia emocional la adaptación y validación en la población peruana fue dada por Chan Mey Ling (2017).⁶⁴ La validez se encuentra por encima del valor 0,30⁶⁴ y el nivel de confiabilidad 0,928.⁶⁴

Para la Escala de ideación suicida de Beck la adaptación y validación en la población peruana fue dada por Bobadilla (2005) y Zelada (2011).^{65,66} Revelando que la prueba es válida a un nivel de significancia de 0,01 ($p < 0,01$).

La confiabilidad del instrumento se probó mediante el índice de Consistencia Interna Alpha de Cronbach, obteniendo 0,79 en la fiabilidad; confiabilidad con índices alfa de Cronbach 0,827.⁶⁶ Por lo tanto la escala es confiable.⁶⁶

3.5 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Después de aplicar las respectivas encuestas, se procedió a crear una base de datos en Microsoft Excel VS 2016, luego en la matriz del estadístico SPSS en la VS 25.0 para Windows 10; se cruzó las variables de estudio, lo cual permitió evaluar los cuadros estadísticos correspondientes a cada encuesta. El análisis estadístico aplicado fue Tau-b de Kendall, X^2 y el valor de p ; asimismo se usó la estadística descriptiva para analizar las frecuencias en relación a edad y género de la población en estudio.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS:

En el estudio se ha tenido en consideración los criterios de la Norma de Ética en la investigación de la Declaración de Helsinsky.⁶⁷ Que se usan para incentivar el respeto de las personas y salvaguardar su salud y sus derechos propios con el único fin de hallar respuestas transparentes a los objetivos proyectados, los que no constituyen un peligro o perjuicio en la salud de quienes sean partícipes en esta investigación.⁶⁷ Se tomó todo tipo de reservas para proteger la intimidad del individuo que participa en el estudio y la reserva de sus datos personales, previo a un consentimiento informado⁶⁷.
(ANEXO 5)

IV. RESULTADOS

Tabla 01: Correlación entre la ideación suicida y la inteligencia emocional en estudiantes de dos Institutos de Educación Superior en la Región Puno. 2020

Ideación SUICIDA	INTELIGENCIA EMOCIONAL								Tau-b de Kend all	Significan cia (p)
	BAJO		ADECUADO		ALTO		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
BAJO	27	20.5	66	50.0	16	12.1	109	82.6	$r = -$ 0.245	0.002
MEDIO	11	8.3	10	7.6	0	0.0	21	15.9		
ALTO	1	0.8	1	0.8	0	0.0	2	1.5		
Total	39	29.5	77	58.3	16	12.1	132	100		

Fuente: Test aplicado a Estudiantes de dos Institutos de Educación Superior

Tabla 02: Ideación Suicida según edad y género en Estudiantes de dos Institutos de Educación Superior en la Región Puno. Año 2020

Características	IDEACIÓN SUICIDA						Total		X ²	Significancia
	BAJO		MEDIO		ALTO		n	%		
	n	%	n	%	n	%				
GÉNERO										
Femenino	65	49.2	13	9.8	0	0	78	59.1	2.97	0.23
Masculino	44	33.3	8	6.1	2	1.5	54	40.9		
EDAD										
12 a 17	14	10.6	8	6.1	0	0	22	16.7	8.8	0.07
18 a 29	85	64.4	12	9.1	2	1.5	99	75		
30 a 59	10	7.6	1	0.8	0	0	11	8.3		
Total	109	82.6	21	15.9	2	1.5	132	100		

Fuente: Test aplicado a Estudiantes de dos Institutos de Educación Superior

Tabla 03: Inteligencia emocional según edad y género en Estudiantes de dos Institutos de Educación Superior en la Región Puno. Año 2020

Características	INTELIGENCIA EMOCIONAL						Total	X ²	Significancia	
	BAJO		ADECUADO		ALTO					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
GÉNERO										
Femenino	20	15.2	47	35.6	11	8.3	78	59.1	1.72	0.42
Masculino	19	14.4	30	22.7	5	3.8	54	40.9		
EDAD										
12 a 17	9	6.8	10	7.6	3	2.3	22	16.7	4.6	0.330
18 a 29	28	21.2	58	43.9	13	9.8	99	75.0		
30 a 59	2	1.5	9	6.8	0	0.0	11	8.3		
Total	39	29.5	77	58.3	16	12.1	132	100		

Fuente: Test aplicado a Estudiantes de dos Institutos de Educación Superior

Tabla 04: Correlación entre las dimensiones de la inteligencia emocional y la ideación suicida en Estudiantes de dos Institutos de Educación Superior en la Región Puno. Año 2020

Dimensión Inteligencia emocional	IDEACIÓN SUICIDA						Total		Tau-b de Kendall	Significancia
	BAJO		MEDIO		ALTO		n	%		
	n	%	n	%	n	%				
ATENCIÓN EMOCIONAL										
Bajo	18	13.6	5	3.8	1	0.8	24	18.2	r=-0.149	0.056
Adecuado	71	54	15	11.4	1	0.8	87	65.9		
Alto	20	15	1	0.8	0	0.0	21	15.9		
CLARIDAD EMOCIONAL										
Bajo	30	23	7	5.3	1	0.8	38	28.8	r=-0.066	0.447
Adecuado	72	55	13	9.8	1	0.8	86	65.2		
Alto	7	5.3	1	0.8	0	0.0	8	6.1		
REPARACIÓN EMOCIONAL										
Bajo	26	19.7	9	6.8	1	0.8	36	27.3	r=-0.175	0.055
Adecuado	79	59.8	12	9.1	1	0.8	92	69.7		
Alto	4	3.0	0	0.0	0	0.0	4	3.0		
Total	109	82.6	21	15.9	2	1.5	132	100		

Fuente: Test aplicado a Estudiantes de dos Institutos de Educación Superior

V. DISCUSIÓN

Con el objetivo de evaluar si existe correlación entre la ideación suicida y la inteligencia emocional en estudiantes de dos Institutos de Educación Superior en la Región Puno en el año 2020, se encuestaron 132 individuos de los cuales se muestran los siguientes resultados:

En la tabla 01, se observa que en relación a la ideación suicida, el 82% evidenció nivel bajo, en el aspecto de inteligencia emocional, 58.3%, fue adecuado. Al instaurar la correlación entre las variables de estudio, se observa que el 50% de entrevistados tuvieron baja ideación suicida y adecuada inteligencia emocional, seguido del 20.5% con baja ideación suicida y baja inteligencia emocional, solo el 0.8% presentó alta ideación suicida y bajo nivel de inteligencia emocional. El valor de $r=-0.245$, $p=0.002$, indican que la relación es baja e inversa; dicho de otra manera que a menor inteligencia emocional mayor será la ideación suicida con una significancia estadística de $p=0.002$.

Estos resultados difieren con los obtenidos por Acuña et al, ²⁶ en relación a la ideación suicida, se observa que el 65,8% evidenció predominantemente un nivel medio y un 34,2% nivel alto, la diferencia podría deberse a que encuestaron a diferentes grupos etarios; al respecto Caballero et al ²³ muestra que el 50% no presentaron ideas suicidas, seguido del 22,7% con nivel medio y 13.6 con nivel bajo de ideación suicida. En el aspecto de inteligencia emocional, Acuña et al, ²⁶ indica que el 67,6% presentaron predominantemente un nivel adecuado de inteligencia emocional, seguido del 20,9% con nivel bajo. Acuña et al ²⁶ al relacionar las variables de investigación, el valor de $r=0,207$, $p: 0.002$, indican que existe una correlación baja entre la variable inteligencia emocional y la variable ideación suicida.

Otros autores también coinciden en que existe una relación negativa como Korkmaz et al ¹⁴ ($r= -0,613$, $p < 0,01$), Quintana et al¹⁶ ($r = -0.13$, $p < 0.001$), Annena¹⁸ ($r=-0,35$, $p= 0.05$), Abdollahi et al ¹⁹ ($\beta= - 0.39$, $p < . 001$), Kopera et al ²⁰ (OR: 0.70, IC95%: 0.54–0.92, $p: 0.01$), Suárez et al ²² ($r=-0.198$, $p<0,01$), Sumari et al ²⁷ ($r = -0,874$. $p=0,000$)

y Mamani et al ²⁸ ($Z = -4,596$, $p < 0,05$), que indican que si aumenta la inteligencia emocional, las ideas suicidas de un participante disminuirán y viceversa.

En la tabla 02, según género, en el estudio predominaron las mujeres (59.1%), de ellas el 49.2%, presentaron baja ideación suicida, y en los varones el 33.3% presentó ideación suicida baja; solo el 1.5% de varones manifestó ideación suicida alta, en el estudio estadísticamente no se evidencian diferencias significativas entre ambos géneros, ($X^2=2.97$, $p=0.23$). Al respecto, Velásquez et al ²⁵ no encuentra diferencias significativas en la ideación suicida en función al género ($Z = -1.307$, Significación asintótica bilateral= 0.191), coincidiendo con Annena¹⁸ ($t=1.47$, $p= 0.05$). Sin embargo Aradilla et al ²⁴ encuentra que el 14% de estudiantes tenían pensamientos suicidas y 6,5% habían intentado suicidarse; de ellos las mujeres tuvieron mayor porcentaje ($t = 2.25$, $p < 0.05$).

En relación a la edad, en el estudio el 75% tuvieron entre 18 a 29 años, seguido de los de 12 a 17 años con 16.7%, en el total los grupos etarios el 82.6% presentó ideación suicida baja, ($X^2=8.8$, $p=0.07$), por ello no se hallaron contrastes significativas en concordancia a la edad. En cambio Velásquez et al ²⁵, si encuentra diferencias significativas ($Z=-2,238$, Significación asintótica bilateral=0,025) en la ideación suicida en función a la edad, siendo mayor en los adolescentes.

En la tabla 03, el 35.6% de mujeres, tuvieron adecuada inteligencia emocional y el 15.2% bajo; en los varones el 22.7% presenta adecuada inteligencia emocional y el 14.4, baja, ($X^2=1.72$, $p=0.42$), no existen discrepancias significativas en reciprocidad al género y la inteligencia emocional. Similares resultados reportan Skokou et al ¹⁷ ($p=0,292$), Annena¹⁸ ($t= 1,513$, $p=0.05$) y Velásquez et al ²⁵ ($Z = -0.416$, Significación asintótica bilateral = 0, 678), no revelaron contrastes significativos entre los participantes en función de su género. Y respecto a la edad, en el presente estudio predominaron las edades entre 18 a 29 años con 43.9% de adecuada inteligencia emocional y 21.2% con baja inteligencia emocional ($X^2=4.6$, $p=0.330$), no existiendo tampoco diferencias, al respecto similares resultados reportan Velásquez et al ²⁵

manifiesta que no hay diferencias significativas en la desregulación emocional en función a la edad ($Z=-1.397$, Significación asintótica bilateral = 0,162).

En la tabla 04, en relación a las dimensiones de la inteligencia emocional, la dimensión atención fue adecuada en el 65.9%, respecto a la correlación entre atención emocional e ideación suicida, el 54% tuvo baja ideación suicida y atención emocional adecuada, ($r= -0.149$, $p=0.056$).

En la dimensión claridad emocional, el 65.2% fue adecuada, seguido del 28.8% baja; respecto a la correlación entre la claridad emocional e ideación suicida, el 55% tuvo baja ideación suicida y adecuada claridad emocional ($r= -0.0066$, $p=0.447$).

En la dimensión reparación emocional, el 69.7% fue adecuada, seguido del 27.3% baja; respecto a la correlación entre la reparación emocional e ideación suicida, el 59.85% tuvo baja ideación suicida y adecuada reparación emocional ($r= -0.175$, $p=0.055$).

Se observa que al evaluar la correlación entre las dimensiones de la inteligencia emocional con la ideación suicida; las relaciones fueron muy bajas e inversas por tener valores negativos los respectivos coeficientes de correlación. Al respecto Caballero et al ²³ identificó asociación significativa entre las ideas suicidas y las dimensiones de inteligencia emocional, necesarias para atender ($r=0.143$, $p=0.007$), comprender ($r=-0.190$, $p=0.00$), y regular ($r=-0.130$, $p= 0.015$) las emociones. Coincidiendo, Gómez et al ²¹, indica que los individuos con riesgo de suicidio mostraban menor claridad emocional y regulación emocional ($Z=-2.37$, $Z=-3.56$, $p < 0.01$), referente a ello Suárez et al ²² encuentra correlación negativa significativa entre reparación emocional e ideas suicidas ($r= -0.170$, $p < 0.05$), al igual que claridad emocional e ideación suicida ($r=-0.198$, $p < 0.01$). Sin embargo la atención emocional no se halla relacionada con las ideas suicidas ($r=0.108$, $p=0.143$), Aradilla et al ²⁴ mostró una asociación negativa significativa entre el riesgo de suicidio y las dimensiones de inteligencia emocional claridad emocional ($r= -0.20$, $p < 0.05$), reparación emocional ($r=-0.21$, $p < 0.05$) y atención emocional ($r=0.32$, $p < 0.01$).

VI. CONCLUSIONES

- La correlación entre la ideación suicida y la inteligencia emocional es inversa.
- El nivel de ideación suicida es bajo, sin contrastes significativos en relación a la edad y género; en el estudio predominaron las mujeres y las edades de 18 a 29 años.
- El nivel de Inteligencia emocional fue adecuado, sin diferencias significativas en relación a la edad y género.
- En relación a la inteligencia emocional, dimensión atención emocional e ideación suicida, la correlación fue negativa, muy baja e inversa.
- En relación a la inteligencia emocional, dimensión claridad emocional e ideación suicida, la correlación fue negativa, muy baja e inversa negativa.
- En relación a la inteligencia emocional, dimensión reparación emocional e ideación suicida, la correlación fue negativa, muy baja e inversa negativa.

VII. RECOMENDACIONES

- Ahondar en la investigación y determinar en otros factores tanto internos y externos como variables sociodemográficas y otras variables clínicas que también pueden incidir en la ideación suicida, para tener en cuenta al momento de planificar programas de intervención en la población, que permita vulnerar el riesgo de suicidios en la población general.
- Se recomienda ampliar el estudio en estudiantes del nivel primario y secundario a fin de detectar precozmente elementos de riesgo que inducen a la ideación suicida.
- A los dos institutos de educación técnico superior, se recomienda desplegar acciones que consientan estabilizar las destrezas emocionales, sociales y comportamentales en los estudiantes, en el cual se incluya a la inteligencia emocional y destrezas de afrontamiento ante contextos estresantes, tomando en cuenta los índices de ideación suicida e inteligencia emocional de dicho estudio.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: prevención del suicidio (SUPRE). Ginebra, Suiza. (2012) Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
2. Ministerio de salud Perú. Guía práctica clínica para el tratamiento de la conducta suicida en emergencia. 2016. Perú. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2016/RD%20244-2016%20DG.pdf>
3. Santiago de Quiroga B. DEPRESIÓN Y SUICIDIO 2020 Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. 1.ª ed. Madrid: Wecare-u. Healthcare Communication Group; 2020. Recuperado de: <https://fepsm.org/files/files/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>
4. Schreiber J., Culpepper L. Ideación y comportamiento suicida en adultos. UpToDate. 2020. <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults/contributors>
5. Rotenstein L.S., Ramos M.A., Torre M., Segal B., Peluso M.J., Guille C., et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA. 2016; 316 (21): 2214–2236. doi: 10.1001 / jama.2016.17324. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2589340>
6. Perales A., Sánchez E., Barahona L., Oliveros M., Bravo E., Aguilar W., et al. Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. An Fac med [Internet]. 27 de marzo de 2019 [citado 10 de octubre de 2020];80(1):28-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15865>.

Disponible

en:

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/15872>

7. Pinzón A., Guerrero S., Moreno K., Landínez C., Pinzón J. Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. Revista Colombiana de Psiquiatría, Volume 43, Supplement 1, 2013, Pages 47-55, ISSN 0034-7450. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.005>. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014000067>
8. Gobierno de Navarra. Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas. 2014. Recuperado de: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>
9. Trigoso M.C., García J.N., Pacheco D.I.. Intercultural study of emotional intelligence and psychoeducational variables through surveymonkey. Revista de Psicología, Nº1-Vol.4, 2014. ISSN: 0214-9877. pp:403-414. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.859>
10. Jiménez A. Inteligencia emocional. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 457-469. Recuperado de: https://www.aepap.org/sites/default/files/457-469_inteligencia_emocional.pdf
11. Hernández C.I., Dickinson M.E. Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. Investigación educ. médica [revista en Internet]. 2014 Sep [citado 2020 Oct 21] ; 3(11): 155-160. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572014000300006&lng=es
12. Extremera, N. Fernández-Berrocal, P. El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. Revista Electrónica de Investigación Educativa, (2004). 6 (2). Consultado el día de mes de año en: <http://redie.uabc.mx/vol6no2/contenido-extremera.html>
13. Bonet C., Palma C., Gimeno M. Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. (2020). Vol. 7 nº. 1- Enero 2020 - pp 30-37 [doi: 10.21134/rpcna.2020.07.1.4](https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.1.4)

14. Korkmaz D., Danaci A., Kazgan A., Baykara S., Atmaca M. et al. Emotional intelligence and problem solving skills in individuals who attempted suicide, *Journal of Clinical Neuroscience* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2020.02.023>
15. Lin L., Wang C., Mo J., Liu Y., Liu T. Differences in Behavioral Inhibitory Control in Response to Angry and Happy Emotions Among College Students With and Without Suicidal Ideation: An ERP Study. (2020) *Front. Psychol.* 11:2191. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02191>
16. Quintana-Orts C., Mérida-López S., Rey L., Neto F., Extremera N. Untangling the Emotional Intelligence-Suicidal Ideation Connection: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Adolescents. *Journal of Clinical Medicine*. (2020). 9. 3116. DOI: [10.3390 / jcm9103116](https://doi.org/10.3390/jcm9103116). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7599750/pdf/jcm-09-03116.pdf>
17. Skokou M., Sakellariopoulos G., Zairi N., Gourzis P., Andreopoulou O. Un estudio exploratorio de los rasgos de inteligencia emocional y salud mental en estudiantes de medicina griegos de primer año. *Curr Psychol* (2019). <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00535-z>
18. Aneena M. Relación entre competencia emocional e ideación suicida entre estudiantes universitarios; *Revista Internacional de Publicaciones Científicas y de Investigación* (2019) (ISSN: 2250-3153), DOI: <http://dx.doi.org/10.29322/IJSRP.9.09.2019.p9340>
19. Abdollahi A., Hosseinian S., Rasuli R. Emotional Intelligence Moderates Anhedonia and Suicidal Ideation in Depressed Patients. *Psychol Rep.* 2020 Jun;123(3):660-673. doi: [10.1177/0033294119833023](https://doi.org/10.1177/0033294119833023). Epub 2019 Feb 27. PMID: [30813838](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30813838/). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30813838/>
20. Kopera M., Jakubczyk A., Klimkiewicz A., Suszek H., Krasowska A., Brower K., et al. Relationships Between Components of Emotional Intelligence and Suicidal Behavior in Alcohol-dependent Patients. *Journal of Addiction Medicine*: enero /

febrero de 2018 - Volumen 12 - Número 1 - p 24-30 [doi: 10.1097 / ADM.0000000000000358](https://doi.org/10.1097 / ADM.0000000000000358)

21. Gómez M.J., Limonero J., Toro J., Montes J., Tomás J. Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. Published by Elsevier España. (2017) *Ansiedad y Estrés*. Volume 24, Issue 1, 2018, Pages 18-23, ISSN 1134-7937. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.007>. Disponible en: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134793717300659>)
22. Suárez Y.P., Restrepo D.E., Caballero C.C. Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2016; 48(4): 470-478. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016005>
23. Caballero C.C., Suárez Y. P., Bruges H.D. Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *CES Psicología*. 2015; 8 (2): 138-155. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423542417007>
24. Aradilla A., Tomás J., Gómez J., “Asociaciones entre inteligencia emocional, depresión y riesgo suicida en estudiantes de enfermería”, *Nurse Education Today*, Vol. 34 No. 4, págs. 520-525, [doi: 10.1016 / j.nedt.2013.07.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.001) Epub 2013 Jul 23. PubMed PMID: 23886906. - [DOI](#) - [PubMed](#)
25. Velásquez C., Grajeda A., Montero V., Montgomery W., Egusquiza K. Desregulación emocional, rumiación e ideación suicida en estudiantes que cursan estudios generales en una universidad pública de Lima Metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, vol. 23, no. 1, 2020, p. 5+. Accessed 21 Oct. 2020. DOI: <https://doi.org/10.15381/rinvp.v23i1.18090>.
26. Acuña de la Cruz Y. Y., Gamarra Zelada A.G. Inteligencia emocional e ideación suicida en estudiantes de educación secundaria de un colegio estatal de Cajamarca. (Tesis de pregrado). Cajamarca: Universidad privada Antonio

Guillermo Urrelo., 2020. Recuperado de:
<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1215>

27. Sumari W.M., Vaca L.L. Inteligencia emocional y riesgo suicida en estudiantes de quinto año de la Institución Educativa Secundaria Comercial N° 45 Emilio Romero Padilla, Puno 2017 (Tesis de licenciatura). Juliaca: Universidad Peruana Unión., 2017. Recuperado de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/706>
28. Mamani O.J., Brousett M.A., Ccori D.N., Villasante K.S. La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. Duazary [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 5 de noviembre de 2020];15(1):39-0. DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2142>. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6258007.pdf>
29. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.3 en línea]. <<https://dle.rae.es>> . [17/11/2020].
30. Toro R.A., Grajales F.L., Sarmiento J.C. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. Aquichan. 2016 Oct [cited 2020 Nov 17] ; 16(4): 473-486. Available from: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (2012a). Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf
32. Proceso de bienestar estudiantil subproceso atención en salud. Guía para la atención primaria de pacientes con ideación suicida o intento suicida. 2014. disponible en: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf
33. Ministerio de salud de Chile. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: Orientaciones para su implementación: MINSAL, 2013. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf

34. Ortega González M. COMPORTAMIENTO SUICIDA: Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico. 1era. edición, mayo 2018. ISBN 978-607-97784-8-4. DOI 10.29410/QTP.18.05. disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>
35. Martínez C. Suicidología Comunitaria para América Latina. Primera edición, octubre de 2017. ISBN 978 - 607 - 96454 - 8 - 9 ALFEPSI Editorial Latinoamérica. www.alfepsi.org
36. Rodríguez González A. Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018. Tesis de postgrado. 2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10669/81003>
36. Garcia E., Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2002 [citado 2020 Nov 17] ; 25 (Supl. 3): 87-96. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/5570/4581> .
37. Manual DSM versión para profesionales. Conducta suicida. Actualizado en Oct 2019. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiquiaticos/conducta-suicida-y-autoagresion/conducta-suicida>
38. World Health Organization (WHO) Suicide, World Health Organization. (2018). Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
39. Alvarado Ferllini M. Abordaje del paciente suicida: un tabú en la Atención Primaria. Revista Ciencias de la Salud. Edición IV • Enero 2020 • Vol. III • Publicación Semestral. Disponible en: <https://unibe.ac.cr/revistamedicina/articulos/volumen-I-numIII-2020/abordaje-de-paciente-suicida/abordaje-de-paciente-suicida.pdf>
40. Ministerio de salud de Chile. Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Programa Nacional de Prevención de Suicidio. Primera versión 2019. Disponible en:

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>

41. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. OMS [Internet]. 2019 Set 2 [citado 2020 nov]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
42. Ministerio de salud Perú. Programa de atención integral de la depresión y prevención del suicidio. Hospital Hermilio Valdizal. Departamento de rehabilitación y salud mental. 2020. Disponible en: http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directorales/2020/082-DG-15042020.pdf
43. Ramos W. Situación epidemiológica del intento de suicidio. Enero-diciembre 2017. Boletín Epidemiológico del Perú. 2018; 27 (34): 776-779. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/34.pdf>
44. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC: OPS, 2014. ISBN 978-92-75-31843-0. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
45. Medina M., Velásquez A.V., Ribero O.J., Trujillo N. Costos médicos directos por intento de suicidio en pacientes del hospital mental de Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2018; 42:e129. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.129>
46. Baca García E., Aroca Fuensanta. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Salud Ment [revista en la Internet]. 2014 Oct [citado 2020 Nov 26] ; 37(5): 373-380. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003&lng=es.
47. Ortiz E., Meza Meza M., Cañón S., Determinación de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes, Collection of Articles on Medicine (2019). 1 URL https://www.scipedia.com/public/Ortiz_et_al_2019a
48. Ministerio de salud del Perú. Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento del intento de suicidio. Hospital Calletano Heredia departamento de emergencias

- y cuidados críticos. 2017. Perú. Recuperado de: <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2017/09/RD344092017.pdf>
49. Nizama Valladolid, M, Suicidio. Revista Peruana de Epidemiología [Internet]. 2011; 15 (2): 81-85. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>
50. Córdova Osnaya M., Rosales Pérez JC. Ideación suicida: treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos. Rev Psicología y Salud, Vol. 26, Núm. 2: 233-243, julio-diciembre de 2016. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2199/3933>
51. Prieto-Rincón Dexy, Inciarte-Mundo José, Rincón-Prieto Ciro, Bonilla Ernesto. Estudio del coeficiente emocional en estudiantes de medicina. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2008 Mar [citado 2020 Nov 12]; 46(1): 10-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272008000100002>.
52. Kanesa P., Fausan N., MODELS OF EMOTIONAL INTELLIGENCE: A REVIEW. Journal of social sciences and humanities. Malaysia, 2019. Vol. 16. No.7 (1-9),ISSN:1823-884x. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/2396318735?pg-origsite=gscholar&fromopenview=true>
53. Mayer J., Salovey P., Emotional intelligence: Imagination, cognition and personality. 1990, 9(3), 185'211. DOI: <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
54. Gómez Gras, J. M., Galiana Lopera, D. & León Espí, D. "Que debes saber para mejorar tu empleabilidad". (2000). Elche: Universidad Miguel Hernández. Recuperado de: <https://observatorio.umh.es/files/2011/06/2011-empleabilidad-20.pdf>
55. García Fernández, M. Giménez-Mas, S. La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. Espiral. Cuadernos del Profesorado (2010) [en línea], 3(6), Disponible en: <http://www.cepcuevasolula.es/espiral>.

56. Leo C.E., Zapata A., Esperón R.I. Estudio y desarrollo de las competencias emocionales en estudiantes de medicina. Una aproximación bibliométrica. *Investigación educ. Médica* [revista en Internet]. 2019 Sep [citado 2020 Nov] ; 8(31): 92-102. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572019000300092&lng=es.Epub. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.31.19193>.
57. Frago Luzuriaga R. Importancia del desarrollo de la inteligencia emocional en la formación de personas investigadoras. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"* [Internet]. 2019; 19 (1): 1-23. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44759854023>
58. Frago Luzuriaga R. Inteligencia emocional y competencias emocionales en Educación superior, ¿un mismo concepto? *Universia*. 2015. Num. 16; Vol. VI pp. 110-125. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299138522006>
59. Gálvez Mella C. Inteligencia emocional. Grupo de Neurocognición y Educación Física. 2017. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/314179279>
60. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P . Metodología de la investigación. Iztapalapa, México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. (2014). Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
61. González, R., Custodio, J. & Abal, F. Propiedades psicométricas del Trait Meta-Mood Scale-24 en estudiantes universitarios argentinos. (2020). *Psicogente* 23(44), 1-26. <https://doi.org/10.17081/psico.23.44.3469>
62. Fernández-Berrocal, Pablo, Ruiz Aranda, Desiree, La Inteligencia emocional en la Educación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* [Internet]. 2008;6(2):421-436. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121924009>

63. Rueda-Jaimes GE, Castro-Rueda VA, Martínez-Villalba R, Moreno-Quijano C, Martínez-Salazar GA, et al. Validación de la escala de desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2018;11(2):86---93. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004>
64. Chang Marcovich MR. Relación entre inteligencia emocional y respuesta al estrés en pacientes ambulatorios del servicio de psicología de una clínica de Lima metropolitana. 2017. Tesis de licenciatura. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/818>
65. Bobadilla, V. Adaptación de la Escala de Ideación Suicida en la facultad de humanidades de la escuela de Psicología de la Universidad Particular Señor de Sipán. [Tesis]. Chiclayo. Universidad Señor de Sipán; 2004.
66. Eugenio S, Zelada M. Relación entre estilos de afrontamiento e ideación suicida en pacientes viviendo con VIH del GAM "Somos Vida" del Hospital Nacional Sergio E. Bernales De la ciudad de Lima. [Tesis]. Lima. Universidad Señor de Sipán; 2011. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/1600>
67. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013),2017(acceso 21 de octubre del 2020). Asociación Médica Mundial. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policiess-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm>

ANEXOS

ANEXO 1

Cuadro de Operacionalización de variables

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
VI: INTELIGENCIA EMOCIONAL	Es la comprensión y el manejo de las emociones propias y ajenas ,para solucionar problemas y regular la conducta. ⁴²	Se usa de la Escala: (TMMS-24), que está constituido por 24 ítems. ⁶² . Adecuada por Chang, Mey Ling el año 2017. a) Atención emocional b) Claridad emocional c) Reparación emocional	GENERAL: a) Alto (99-120) b) Adecuado (66-98) c) Bajo (65-24)	Cualitativa ordinal
			Atención emocional: Alto (33-40) Adecuado (18-32) Bajo (8-17)	
			Claridad emocional: Alto (36-40) Adecuado (21-35) Bajo (8-20)	
			Reparación emocional Alto (38-40) Adecuado (23-37) Bajo (8-22)	
VD: IDEACIÓN SUICIDA	La ideación suicida hace referencia a la existencia de pensamientos y planes de suicidio. ⁴³	Se evalúa mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) es una escala de 19 ítems. ⁶³ Adecuada por Bobadilla y otros el año 2004	a) Bajo 0-17 b) Medio 18-30 c) Alto 31-36	Cualitativa ordinal
OTRAS VARIABLES	Género	Presencia de caracteres sexuales secundarios	a) Femenino b) Masculino	Cualitativa nominal
	Edad	Número de años cumplidos. (INEI-2016)	a) Adolescente (12-17 años) b) Joven (18-29 años) c) Adulto (30-59 años)	Cualitativa ordinal

ANEXO 2

Para determinar el tamaño de la muestra se hará el uso de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 N (p \cdot q)}{E^2 (N - 1) + Z^2 (p \cdot q)}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

Z² = Coeficiente de confianza (95% = 1.96).

p = Probabilidad de éxito (50% = 0.5).

q = Probabilidades de fracaso (50% = 0.5).

N = Población (201)

E² = Margen de error o precisión (5% = 0.05)

Por lo tanto, la ecuación sería la siguiente:

$$n = \frac{(1.96)^2 201(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(200) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{192.08}{1.4579}$$

$$n = 131.75$$

$$n = 132$$

ANEXO 3

ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL:

TMMS - 24 (SALOVEY & MAYER)

Adaptada en el Perú por Chang, Mey Ling el año 2017

DATOS PERSONALES:

Edad: Género:

INDICACIONES: En el siguiente cuestionario, encontrarás una serie de enunciados sobre tus sentimientos y emociones. Se te invita a leer cada enunciado para luego marcar con un "X" la respuesta que más se ajuste a tus preferencias, en cuanto a las escalas que se te presentan. No uses mucho tiempo en cada enunciado y recuerda que no hay respuesta correcta e incorrecta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

A) Dimensión Percepción						
1	Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupó mucho por lo que siento	1	2	3	4	5
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	1	2	3	4	5
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	1	2	3	4	5
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente	1	2	3	4	5
7	A menudo pienso en mis sentimientos	1	2	3	4	5
8	Presto mucha atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
B) Dimensión Comprensión						
9	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14	Siempre puedo decir cómo me siento	1	2	3	4	5
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
C) Dimensión Regulación						
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	1	2	3	4	5
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	1	2	3	4	5
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22	Me preocupó por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz	1	2	3	4	5
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	1	2	3	4	5

ANEXO 4

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SSI)

Adaptado en el Perú por Bobadilla en el año 2004

INDICACIONES: En el presente cuestionario hallarás 21 preguntas, con diferentes respuestas, para lo cual se te pedirá marcar con una "X" cada una de ellas, de acuerdo a lo que más se ajuste a tus pensamientos, deseos, o actitudes; como también a tu forma de pensar, sentir o actuar. No uses mucho tiempo para cada pregunta, y recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

I.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE.	Rrta.
1.- Deseo de vivir 0. Moderado a intenso 1. Débil 2. Ninguno	
2.- Deseo de morir 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a intenso	
3.- Razones para vivir/morir. 0. Las razones para vivir son superiores a las de morir 1. Iguales 2. Las razones para morir son superiores a las de vivir	
4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio. 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a intenso	
5.- Deseos pasivos de suicidio 0. Tomaría precauciones para salvar su vida 1. Dejaría su vida / muerte en manos del azar 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida	
II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS	
6.- Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida) 0. Breve, períodos pasajeros 1. Períodos más largos 2. Continuo (crónico) o casi continuo	
7.- Dimensión temporal (frecuencia de la ideación suicida) 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo	
8.- Actitud hacia la ideación/deseo 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferencia 2. Aceptación	
9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo. 0. Tiene sensación de control 1. No tiene seguridad de control 2. No tiene sensación de control	
10.- Factores disuasorios del intento activo. 0. No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio	

1. Los factores disuasorios tienen cierta influencia 2. Influencia mínima o nula de los factores disuasorios	
11.- Razones del proyecto de intento. 0. Manipular el medio, atraer atención, venganza 1. Combinación de ambos 2. Escapar, acabar, resolver problemas	
III.- CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO DE SUICIDIO	
12.- Método: especificación / planes. 0. No los ha considerado 1. Los ha considerado, pero sin detalles específicos 2. Los detalles están especificados / bien formulados	
13. Método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento. 0. Método no disponible, no oportunidad. 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente. 2. Método y oportunidad disponible. 2.a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método	
14.- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento. 0. No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente 1. Inseguro de su coraje, competencia 2. Seguro de su competencia, coraje	
15.- Expectativas / anticipación de un intento actual 0. No 1. Incierto, no seguro 2. Sí	
IV.- REALIZACIÓN DEL INTENTO PLANEADO	
16.- Preparación actual para el intento 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, navaja, etc.)	
17.- Nota suicida 0. No escribió ninguna nota 1. Empezó pero no la terminó; solamente pensó en dejarla 2. Nota terminada	
18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: testamento, donaciones). 0. Ninguno 1. Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados 2. Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado	
19.- Engaño / encubrimiento del intento planeado 0. Reveló estas ideas abiertamente 1. Fue reacio a revelarlas 2. Intentó engañar, encubrir, mentir	
PUNTUACIONES	
I. Características de la actitud hacia la vida / muerte	
II. Características de los pensamientos o deseos suicidas	
III. Características del proyecto de intento de suicidio	
IV. Realización del intento proyectado	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ANEXO 5

Consentimiento informado para participantes de la investigación

Yo con número de DNI.....expreso mi consentimiento para participar de este estudio denominado: IDEACIÓN SUICIDA Y SU CORRELACIÓN CON INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ESTUDIANTES DE DOS INSTITUTOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR. REGIÓN PUNO, año 2020.

Dado que he recibido toda la información necesaria de lo que contendrá el mismo y que tuve la ocasión de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales estuvieron respondidas con claridad donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo, y se guardará entera confidencialidad.

Deje constancia de mi participación voluntaria, colocando mi número de DNI.

Fecha: