

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**



**IDEACIÓN SUICIDA ENTRE PACIENTES CON VIH Y
PACIENTES CON TBC DE LOS DISTRITOS DE PUEBLO
NUEVO Y DE FERREÑAFE, 2013**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

CASTELLANOS SIRLOPÚ RUPERTO EMILIANO
SOZA CARRILLO FIORELLA ELIANA

Chiclayo, Setiembre del 2014

**IDEACIÓN SUICIDA ENTRE PACIENTES CON VIH Y
PACIENTES CON TBC DE LOS DISTRITOS DE
PUEBLO NUEVO Y DE FERREÑAFE, 2013**

Por

**Bach. Castellanos Sirlopú Ruperto Emiliano
Bach. Soza Carrillo Fiorella Eliana**

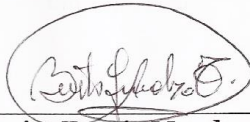
**Presentada a la Facultad de Medicina - Escuela de Psicología de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título
de:**

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA


APROBADO POR



**Mgtr. Blanca Mariana Rojas Jiménez
Presidenta del Jurado**



**Lic. Ps. Benito Tomás Mendoza Torres
Secretario del Jurado**



**Lic. Ps. María Elena Dorival Sihuas
Vocal del Jurado**

CHICLAYO, 2014

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Ideación suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo

y de Ferreñafe, 2013

Castellanos Sirlopú Ruperto Emiliano

Soza Carrillo Fiorella Eliana

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Chiclayo, Perú

Índice

Índice.....	2
Resumen.....	3
Introducción.....	4
Ideación Suicida.....	8
Antecedentes.....	8
Marco Teórico.....	11
Marco Conceptual.....	20
VARIABLES E HIPÓTESIS.....	21
Método.....	21
Tipo de estudio.....	21
Diseño de investigación.....	22
Población.....	22
Criterios de selección.....	22
Procedimiento.....	23
Instrumentos.....	24
Aspectos éticos.....	25
Procesamiento y análisis de datos.....	26
Resultados.....	28
Discusión.....	34
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Referencias bibliográficas.....	41
Apéndices.....	47

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar las diferencias entre los niveles de ideación suicida, en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y en pacientes con Tuberculosis (TBC), de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe. Se evaluó a 122 pacientes: 74 que acuden al Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) y 48 a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, utilizando la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979) adaptada en Perú por Eugenio y Zelada en el 2011, con validez del 0.01 y confiabilidad de 0.79. Encontrándose diferencia significativa entre los niveles de ideación suicida de los pacientes con tuberculosis y los pacientes con VIH.

Palabras clave: Ideación suicida, virus de Inmunodeficiencia humana, tuberculosis

Abstract

The objective of this research was to determine the differences between levels of suicidal ideation in patients with Human Immunodeficiency Virus (HIV) and in patients with tuberculosis (TBC), Districts of New Town and Ferreñafe. 122 patients were evaluated: 74 who go to Program Antiretroviral Therapy (TARGA) and 48 of the National Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis, using the Scale of Suicidal Ideation of Beck (1979) adapted in Peru by Eugenio and Zelada in 2011, with 0.01 validity and reliability of 0.79. Finding significant difference between levels of suicidal ideation in patients with tuberculosis and HIV patients.

Keywords: Suicidal ideation, human immunodeficiency virus, tuberculosis

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Ideación suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los Distrito de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013

Desde el contexto de la salud clínica, se puede mencionar un sinnúmero de enfermedades, entre ellas las del tipo transmisible, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o la tuberculosis (TBC), que de no recibir tratamiento a tiempo pueden conducir a la muerte.

La población de pacientes con VIH y pacientes con TBC, en su mayoría, se encuentran en una etapa vulnerable debido a diversos cambios en su estilo de vida; además de las circunstancias personales, familiares y socioeconómicas que cada uno posee. Ello implica el enfrentamiento a nuevas situaciones, como la discriminación, que puede convertirlo en un ser desacreditado socialmente, aislado en lo afectivo y con ese estigma de rechazo que le puede ocasionar problemas emocionales como ansiedad, agresividad, sentimientos de culpa, baja autoestima y/o depresión.

Asimismo, se piensa que la presencia de la depresión como antecesor a la ideación suicida, podría aumentar la velocidad de la progresión del VIH, como de la TBC; dicha influencia puede ser medida por los cambios en la adherencia al tratamiento y la falta de voluntad para acceder a cuidados médicos. Además, “los trastornos psicológicos ocurren más a menudo en dos momentos cruciales de la persona afectada: tras la comunicación del diagnóstico y cuando sufre algún tipo de deterioro físico por consecuencia de su enfermedad” (Muñoz, Rodríguez y Vera, 2011).

El suicidio actualmente es una problemática que no discrimina sexo de la persona o diferencias sociales, ya que afecta tanto a adultos, adolescentes e incluso a los niños. Sin embargo, la naturaleza del proceso de suicidio se matiza dependiendo de las características

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

individuales de las personas, incluyendo aquí, enfermedades del tipo transmisibles como el VIH o la TBC.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2012 calculó que “cada año se comete 900.000 suicidios, esto significa una muerte por cada 40 segundos. El suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 50 años. En algunos países latinoamericanos se describen altas frecuencias de ideación e intento suicida”. El Perú no es ajeno a ello, puesto que, “la cantidad de suicidios e intentos de suicidio aumentan; hasta el año 2012 se han registrado sólo en Lima entre 300 a 400 intentos de suicidio”, según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM, 2012).

A su vez, los casos de VIH y TBC, también se han visto en aumento durante los últimos años, como lo registró la Gerencia Regional de Salud (GERESA), en el 2013, quienes refieren que el “comportamiento de la infección por VIH en nuestra región Lambayeque presenta una marcada tendencia creciente, a expensas tanto de los grupos vulnerables como de la población en general, detectándose 39 nuevos casos en la Provincia de Ferreñafe en el año 2012”. Se asume que la prevalencia de esta patología irá en aumento en la medida que no aumente la expectativa de vida de los pacientes en esta fase de la enfermedad, y más si no son sometidos al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). La tuberculosis, por su parte, es “una enfermedad que continúa representando un grave problema de salud pública que demanda una respuesta integral de las autoridades peruanas y de la sociedad en general, presentándose hasta el 2011, 36 nuevos pacientes detectados pertenecientes a la Provincia de Ferreñafe y que están en proceso de tratamiento” (GERESA, 2013).

Entonces, después de haber revisado múltiples investigaciones sobre la población antes mencionada, y habiendo buscado antecedentes sobre ideación suicida, se encontró que es una

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

población poco estudiada en cuanto a si en algún momento presentaron o no ideación suicida, puesto que lo toman como una característica propia de éstas enfermedades, especialmente en el VIH por ser una enfermedad crónica, y al no haber hasta la actualidad, una cura eficiente para su eliminación.

Por ello, ante esta realidad, se formuló la siguiente interrogante: ¿Existen diferencias entre los niveles de ideación suicida en pacientes con VIH y en pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013?

Debido a que la tasa de suicidios en los últimos años ha ido incrementando, al igual que los casos de VIH y de TBC, como ya se ha venido mencionando; se han establecido comparaciones entre los niveles de ideación suicida en estas dos poblaciones, lo que resulta útil además, para la toma de conciencia sobre la importancia de la intervención del profesional de Psicología dentro del trabajo multidisciplinario que implica el tratamiento de ambas enfermedades, brindando un adecuado soporte emocional, con la finalidad de identificar a tiempo la ideación suicida y reduciendo así, el riesgo en los pacientes. De este modo, se pretende establecer una cultura de salud mental, donde se reconoce e integra la labor del profesional de Psicología en el tratamiento de estas enfermedades.

Además, la información recolectada será de utilidad como un indicador estadístico para los centros de salud del distrito donde se desarrolló la investigación, será relevante como referencia para otras investigaciones en otros centros de salud que trabajan con pacientes con estos padecimientos. Y servirá como motivación para las diferentes instituciones de salud estatales, privadas y afines a ellos, para que realicen trabajos de proyección social con los pacientes e incluir como un tema necesario dentro de sus programas de prevención e intervención.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Por lo que, entre nuestros objetivos se encuentran de manera general, determinar las diferencias entre los niveles de ideación suicida en pacientes con VIH y en pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013. Y de manera específica: identificar el nivel de ideación suicida por dimensiones en pacientes con VIH y pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013.

Ideación Suicida

Antecedentes

Los niveles de ideación suicida entre los pacientes de VIH y pacientes con TBC constituyen un tema poco abordado en materia de investigación. Sin embargo, a través de la revisión de literatura relacionada se encontraron algunos estudios que hacen referencia a la presencia de Ideación Suicida en pacientes con VIH, como en pacientes con TBC. Tal es el caso de E-Health Me (2013) realizó un estudio en EE. UU., acerca de la ideación suicida en las personas con TBC pulmonar, evaluando mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck, con un total de 880 pacientes; obtuvo como resultados que sólo 3 de ellos, (0.34%) presentaban ideación suicida y la edad con mayor presencia de ideación era entre los 30 y 40 años.

En cuanto a la presencia de Ideación Suicida en pacientes con VIH, Gatti et al. (2011) realizaron una investigación para determinar la prevalencia de depresión en individuos con VIH/SIDA, del Hospital ASD de Kanye en África donde se evidenció presencia de ideación suicida. De los 200 pacientes evaluados con la Escala de Ideación Suicida de Beck, 77 personas manifestaron tener ideas suicidas, lo que representa el 39% de la muestra.

Sherr et al. (2008) en su estudio acerca de Ideación suicida, para la cual aplicaron la Escala de Ideación Suicida de Beck, trabajaron con 1.006 pacientes de las clínicas de VIH en el Reino Unido (Londres) y exploró los factores asociados, encontrando una prevalencia de ideación suicida en 31 % de ellos y a pesar de los avances en el tratamiento, la atención y del apoyo brindados.

Carrico et al. (2007) en su investigación sobre correlaciones de ideación suicida entre las personas VIH-positivas, en EE. UU., con el objetivo de determinar el grado en que las diferentes características demográficas y otros factores psicosociales se asocian con la ideación suicida en 2.909 personas con VIH, utilizando la Escala de Ideación Suicida de

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Roberts, encontraron que aproximadamente el 19% de los participantes reportó pensamientos de suicidio durante la semana anterior al estudio y de los participantes que reportaron pensamientos suicidas, el 7%, indicaron que les gustaría quitarse la vida o se matarían a sí mismos si tuvieran la oportunidad.

Palacios et al (2006) en Colombia, realizaron una investigación acerca de la relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con VIH/SIDA, con una población de 75 pacientes adultos con VIH positivo de entre 18 a 55 años, a quienes se evaluó a través de una entrevista semiestructurada y dos instrumentos, uno de ellos la Escala de Ideación Suicida de Beck, donde se encontró que el 38% presentaron ideación suicida.

Guevara (2006) en su estudio sobre relación entre ideación suicida y apoyo social en pacientes con VIH, realizado en Perú, trabajó con una población constituida por 50 pacientes con VIH de un centro de salud de Chiclayo, utilizando para ello la Escala de Ideación suicida de Beck y el cuestionario de apoyo social de Sarason, encontrando entre sus resultados, un 53.12% de ideación suicida.

Pastor (2005) realizó una investigación con 29 pacientes con TBC pulmonar activa y en proceso de revisión del programa nacional al control de la TBC del Ministerio de Salud del Distrito de La Victoria – Chiclayo, cuyo objetivo era comparar entre las dos poblaciones los niveles de depresión, donde utilizó la Escala de depresión de Beck y en el apartado de ideación suicida se encontró que el 16% de la población total presenta ideas suicidas.

Haller & Miles (2003) realizaron un estudio sobre Ideación suicida en pacientes psiquiátricos con VIH: La morbilidad y la calidad de vida de Psiquiatría de una Clínica de Salud Mental de EE.UU., evaluando específicamente las tendencias suicidas a través de la

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Escala de Ideación Suicida de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, entre los 190 pacientes (68% varones y 32% mujeres), encontrándose que un 26% tenía pensamientos suicidas dentro de los 30 días del ingreso en la clínica psiquiátrica.

Marco teórico

Teorías sobre el Suicidio e Ideas Suicidas

Teorías Biológicas

Las investigaciones biológicas sobre las causas de la conducta suicida se han centrado en “el rol particular de la serotonina (5-HT), ya que la asociación entre las alteraciones del funcionamiento serotoninérgico y la conducta suicida probablemente es el hallazgo más repetido en la psiquiatría biológica”. (Saíz, et al, 1997, p. 54).

Van Heeringer et al. (2004) proponen “un modelo de predisposición o diátesis, en el cual los factores de riesgo aumentan la probabilidad de presencia de una conducta suicida. Tales factores son entendidos como una característica biológica en la alteración del funcionamiento serotoninérgico; o psicológica persistente que puede predisponer al individuo a una conducta suicida” (p. 61).

En la exposición de su modelo, estos autores “toman el concepto de *cerebro social o circuito* basolateral postulado por Deakin en 1996 (como se citó en Van Heeringer., 2004), que consta de las cortezas prefrontal y temporal del cerebro, las cuales ejecutando ciertas funciones a través de circuitos de retroalimentación. Por lo que, un primer subsistema del circuito basolateral o cerebro social, consta de la corteza temporal en unión al hipocampo, el cual puede estar implicado en el procesamiento de la información sensorial. Deakin ha planteado que la adaptación o tolerancia al estrés es la principal función de este sistema y que su alteración puede llevar a la subordinación, la baja autoestima y las ideas depresivas” (p. 62).

Villalobos (2009) afirma que “los pacientes suicidas tienen niveles comparativamente bajos en dependencia del refuerzo, la cual puede llegar a ser evidente

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

en el alejamiento y el aislamiento social. Más aún, los pacientes conintentos de suicidio tienen mayores niveles de producción de la hormona del estrés (cortisol) en comparación con otros pacientes psiquiátricos, con niveles de cortisol urinario correlacionando de manera negativa y significativa con las puntuaciones de dependencia del refuerzo. Esto significa que una baja dependencia del refuerzo refleja una baja resiliencia hacia estresores psicosociales. Esto se relaciona con el hecho de que un bajo nivel de búsqueda de refuerzo coincide con el sesgo atencional para percibirse a sí mismo, viéndose como un perdedor cuando se ve enfrentado con estrés psicosocial, aspecto que hasido planteado como una de las características cognitivas centrales asociadas con la conducta suicida; basados en estas consideraciones” (p. 39).

A juicio de Van Heeringen et al. (2004) “los hallazgos de las investigaciones indican que las características psicológicas y biológicas interrelacionadas constituyen la sensibilidad al estrés y determinan la reacción comportamental a estresores psicosociales entre individuos depresivos, lo cual contribuye a la ocurrencia del suicidio entre ellos” (p.65).

Teorías Socioculturales

Desde la visión sociológica, uno de los autores con mayor impacto en las teorías explicativas del suicidio fue Durkheim en 1989 (como se citó en Villalobos, 2009) quien en esencia propuso “que el suicidio es un efecto de la estructura social, debido a que el ser humano es por encima de todo, un ser social, el cual ha sobrevivido a través de la historia por vivir y colaborar con los seres humanos que están a su alrededor. Por ello, la necesidad de sentirse parte de una comunidad está profundamente arraigada en los individuos; sin embargo, la comunidad es algo que va más allá de la mera suma de

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

individuos y tiene un nuevo significado, tiene una cierta forma de existencia y poder. Es la comunidad la que proporciona la estructura para la existencia de los individuos y su tarea es crear y mantener aquellas normas y valores que son necesarias para hacer a la estructura lo suficientemente firme, distintiva y de apoyo. Además que los seres humanos también necesitan ser ellos mismos, ser autónomos y creer en su propia identidad y en su propia significancia única y vital, tanto como individuo como comunidad” (p. 40).

Para Villalobos (2009) la vida en comunidad “demanda al individuo la necesidad del control social, el cual esté basado en las normas y los valores que la estructura social determina. Así pues, una persona está sometida a las normas sociales, pero a la vez, ella misma aporta a la determinación de tales normas, lo que en esencia es ser parte de una comunidad. A juicio de Durkheim, esta interacción resulta de gran importancia al ayudar a la sociedad a desarrollarse y a funcionar positivamente, así como al individuo para vivir en armonía consigo mismo y con su comunidad, lo que Durkheim denominó: *el balance entre individualidad y comunalidad*” (p.42).

Bille-Brahe (2000) refiere que “las visiones que la sociedad tiene de la vida y la muerte también forman parte del patrón cultural y determinarán las actitudes hacia las lesiones autoinfligidas. En otras palabras, determinarán el sentido sociocultural del suicidio, al verlo como un pecado imperdonable, un acto psicótico, un derecho humano, una obligación ritual, un acto impensable, etc.” (p. 199).

Agnew (1998) afirma que la aprobación del suicidio puede ser “una función de la socialización de cada individuo, pues pudieron haber estado expuestos, o se les enseñaron, creencias que favorecen o condenan el suicidio. Tal exposición está en función de las variables religiosas, regionales y sociodemográficas. También puede ser

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

una función de la exposición a otras personas que han realizado actos suicidas (especialmente seres queridos o personas muy admiradas), que implícitamente enseñan que el suicidio es una posible solución a los problemas de la vida y generar inquietudes acerca del sentido personal de la vida y el vivir” (p. 210).

Finalmente, “la aprobación del suicidio será mayor en aquellas personas con bajo control social; es decir, aquellos individuos con débiles vínculos o compromisos con otras personas, pues podrían sentir que tienen menos razones para vivir y así verían al suicidio como algo no tan grave, a diferencia de los demás. También los vínculos débiles impiden que el individuo vea que el suicidio puede ser una conducta inadecuada, a la vez que puede reforzar visiones amorales frente a actos desviados como la conducta suicida” (Agnew, 1998, p. 223).

Teorías Psicológicas

Teoría psicodinámica

Villalobos (2009) refiere que “Freud en el año 1917, fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al suicidio, quien postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas tanáticas dirigidas contra el propio yo, donde no siempre la persona es consciente de sus actos. Así, sus mecanismos de defensa como la negación, son una forma de huir de la vida (de sus problemas) optando así por el suicidio” (p. 38-39).

Desde otra postura psicodinámica Menninger (como se citó en Chopin et al., 2004) propuso que “en las personas hay una importante propensión a la autodestrucción y que en los suicidas habría una tríada presente: el deseo de morir, el deseo de matar y el

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

deseo de ser matado y que el acto suicida es una manifestación extrema del instinto de muerte dirigido contra el yo” (p.55).

Stengel (1961) pensó que “el intento de suicidio era como un acto consciente o inconsciente de comunicación enviado a los demás, se puede concebir como una señal de alarma, una muestra de *distress* o de cansancio, las cuales pueden ser motivadas por ciertas reacciones o cambios ambientales no esperados, y por lo que las repeticiones dependen entonces, de si el intento de suicidio previo generó o no los cambios buscados” (p.726).

Schneidman (1993) trató el tema de “el problema del suicidio consumado, pero sus planteamientos han guiado explicaciones similares al intento de suicidio, por lo que toma al suicidio como una forma de escape de un dolor psicológico insoportable. Este es el dolor de las emociones negativas: culpa, miedo, derrota, vergüenza, humillación, aflicción, soledad, desesperanza, frustración, necesidades insatisfechas, cólera y hostilidad” (p. 144).

Teoría cognitiva

Beck en 1980 (como se citó en Villalobos, 2009) postula que “la intencionalidad suicida es un continuum, puesto que en un extremo está la definitiva intención de morir y en el otro, la intención de seguir vivo. Cuando el intento se realiza para continuar viviendo, la conducta suicida se usa para lograr algunos cambios interpersonales o para hacer que otros efectivamente den la ayuda requerida. Por el otro extremo, los motivos de la conducta suicida pueden ser: escapar de la vida, liberarse de un *distress* emocional, también conocido como cansancio emocional, que le resulta intolerable o evitar sentirse

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

atrapado. En algunas ocasiones la intención puede ser ambigua, siendo una confusión entre deseo de vivir y deseo de morir” (p. 44).

Beck, Kovacs & Weissman (como se citó en Chopin et al., 2004) suponen que “las conductas suicidas en las personas deprimidas se derivan de ciertas distorsiones cognitivas, tales como la excesiva visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro (tríada cognitiva); no solo tienden a magnificar sus problemas, sino que tampoco creen que tienen la habilidad para resolverlos” (p. 53).

Por lo que “las personas deprimidas creen que no son valiosas o que son defectuosas, y piensan también que el mundo es un sitio frío y horrible, razón por la cual no creen que el futuro pueda llegar a ser mejor, es así que todas las experiencias son filtradas a través de esas creencias y distorsiones, manteniendo la depresión, y un resultado potencial sería ver el suicidio como la única salida lógica para escapar de lo que se considera una vida desesperadamente mala que es imposible de mejorar” (Villalobos, 2009, p.45).

Abramson et al. (2000) hacen un mayor énfasis en la presencia de “la desesperanza como elemento de las conductas suicidas, afirman que cuando una persona cree que las cosas buenas son improbables de sucederle o que las cosas malas sucederán y que no podrá hacer nada para detenerlas, la depresión-desesperanza está formada. Este elemento cognitivo hará probable la presencia del suicidio como el único recurso que las personas tienen, o bien para salir de la situación desesperada, o bien para sentir que tienen un último sentido de control en sus vidas” (pp. 17-23).

Abramson et al. (2002) propusieron “un modelo de *diátesis* o predisposición a padecer una enfermedad, en el cual los eventos negativos vitales contribuyen a la

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

formación y mantenimiento de evaluaciones negativas o distorsionadas de sí mismo y del futuro, las cuales conllevan a la desesperanza, la que a su vez, está en el origen de desarrollo de síntomas depresivos que incrementan el riesgo de conductas suicidas” (p. 269).

Hughes & Neimeyer (1990) proponen el modelo de “*escogencia suicida orientada al futuro*, que consiste en que los seres humanos siempre buscan predecir y plantear hipótesis acerca del futuro, es por ello que las conductas suicidas pueden ocurrir cuando el proceso de predecir el futuro es alterado, bien sea porque el futuro aparece como totalmente predecible y negativo, o porque es visto como totalmente impredecible. Ambas condiciones son consideradas como fallos anticipatorios: El primer tipo: *futuro predecible*, los resultados negativos de la vida son más que obvios y por ello no hay nada bueno qué esperar, por lo que la conducta suicida se asocia con la depresión y es probable que sea bien planeada y letal; mientras que el segundo tipo, plantea que la imposibilidad de predecir el futuro, se asocia con la ansiedad, al estar la persona sin certezas frente al futuro; puede ésta incluso ser la conducta suicida debido a que los intentos suicidas tienden a ser impulsivos y menos peligrosos que en la condición anterior” (p. 28).

Para la presente investigación se asumirá el enfoque de Beck, debido a su solidez, al interés para hallar un porqué y a las múltiples investigaciones que realizó a lo largo de los años para estudiar a fondo el tema.

Definiciones de ideación Suicida

En Beck, 1976 (como se citó en Gómez, 2012) propuso que “las ideas suicidas, intentos suicidas y el suicidio consumado formaban parte de un continuo de suicidalidad de creciente severidad”.

La ideación previa es “uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio y ha sido menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado”. (Muñoz et al., 2005). Por ello Konick y Gutiérrez (2005) mencionan que la ideación suicida “es la forma más común de la conducta suicida y a menudo es el precursor más importante de más graves conductas suicidas posteriores”.

Por su parte, Goldney et al. (1989) consideran que “la ideación suicida incluye desde pensamientos fugaces donde no vale la pena vivir, intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para matarse”.

Barrera y Sarmiento (1994) consideran la ideación suicida como “los pensamientos o verbalizaciones de causar daño o muerte en uno mismo”.

Mosquera (2001) en sentido general, lo define como “el conjunto de pensamientos que expresan deseo, añoranza o intencionalidad de morir o de cualquier otra vivencia psicológica suicida, representación o fantasías, o prefiguración de la propia muerte”.

Buck, 2004 (como se citó en Huichapeño y Lachino, 2006) lo define como “aquellos pensamientos intrusos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir”.

Beck, 1979 (como se citó en Guevara, 2006) la “ideación suicida es el reporte de la persona sobre toda idea acerca de alguna acción que tenga como objetivo causar la muerte”.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

De forma similar a Beck, Bobadilla, 2004 (como se citó en Eugenio y Zelada, 2011) ratifica que “se habla de ideación suicida cuando la persona persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio”. Y es la definición con la que se trabajará.

Dimensiones de Ideación Suicida

Según Beck, 1979 (como se citó en Guevara, 2006) existen 4 indicadores:

Actitud hacia la vida/muerte: Entre las especies vivas, la humana es la única para quien la muerte implica todo un ritual funerario complejo y cargado de simbolismo, la única que ha podido creer y que a menudo, todavía cree en la supervivencia y renacimiento de los difuntos, en definitivo, la única para la cual la muerte biológica, mejor conocida como muerte natural, se ve constantemente desbordada como un hecho de cultura. Las actitudes cambian con el tiempo, al partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales, es que se reflejan los temores, esperanzas, expectativas, conciencia comunitaria y muerte individual.

Pensamientos/deseos suicidas: Pueden ser un síntoma de depresión o una señal de que la persona no puede enfrentarse a una serie de acontecimientos personales que le resultan insoportables en su momento.

Proyecto de Intento Suicida: Según Beck, 1979 (como se citó en Guevara, 2006) es la disposición que la persona ha formado para realizar o ejecutar un plan estratégico que tenga como fin acabar con su vida.

Desesperanza: Bobadilla, 2004 (como se citó en Guevara, 2006) manifiesta que es el sentimiento de no tener expectativas de futuro y que frecuentemente se acompaña a la ausencia de consentimiento de trascendencia, siendo el estado de ánimo que priva previo a la tentativa o el acto suicida.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Marco conceptual

Bobadilla, 2004 (como se citó en Eugenio y Zelada, 2011) menciona que “ideación suicida es cuando la persona persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio”.

Dimensiones

Actitud hacia la vida/muerte: La actitud hacia la vida como a la muerte natural, se ve constantemente desbordada como un hecho cultural, donde se reflejan temores, esperanzas, expectativas, conciencia comunitaria y muerte individual.

Pensamientos/deseos suicidas: La persona no puede enfrentar acontecimientos personales que le resulten insoportables.

Proyecto de Intento Suicida: Realizar o ejecutar un plan estratégico para acabar con su vida.

Desesperanza: Es el sentimiento de no tener expectativas de futuro.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Variables e hipótesis:

Definición operacional de variables e indicadores

Tabla 1:

Ideación Suicida que fue medida por la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979).

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVELES
Ideación Suicida	Bobadilla, 2004 (como se citó en Eugenio y Zelada, 2011)	Actitudes hacia la vida/muerte	1, 2, 3, 4, 5	0 – 17
	menciona que “ideación suicida es	Pensamientos/deseos de suicidio	6, 7, 8, 9	(Bajo)
	cuando la persona	Proyecto de intento suicida	10, 11, 12, 13	18 – 30
	persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio”.	Desesperanza	14, 15, 16, 17, 18	(Medio)
				31 – 36
				(Alto)

Formulación de la hipótesis

Existen diferencias entre los niveles de ideación suicida de los pacientes con VIH y los pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013

Método

Tipo de estudio

Esta investigación corresponde al tipo aplicada, la cual se caracteriza por “su interés en la aplicación, utilización y consecuencias prácticas de los conocimientos. La investigación aplicada busca el conocer para hacer, actuar, construir, modificar” (Grajales, 2000); y es no experimental, puesto que, se realizó sin la manipulación deliberada de las variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Diseño de investigación

Por las características de la investigación, se trata de un estudio Descriptivo Comparativo, el cual buscó comparar los niveles de ideación suicida de las dos poblaciones (pacientes con VIH y pacientes con TBC) para contrastar la hipótesis formulada, esto es respaldado por la definición de Hernández, Fernández y Baptista (2010) “cuando existen dos o más poblaciones y donde requiere comparar algunas variables para contrastar una o varias hipótesis”

Población

La investigación se realizó con todos los pacientes del Programa de TARGA y de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis de los Centros de Salud y Hospitales donde se llevó a cabo el estudio.

Estableciendo que se trabajó con una población censal conformada por 122 pacientes, de los cuales 74 acuden al Programa TARGA de un Hospital de MINSA de la Provincia de Ferreñafe, y 48 pacientes que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, de los Centros de Salud y Hospitales, quienes se encuentran distribuidos del siguiente modo: 11 de un Hospital de MINSA del Distrito de Ferreñafe, 12 de un Hospital de Es Salud, 11 de un Centro de Salud y 14 de un Centro de Salud del Distrito de Pueblo Nuevo.

Criterios de selección

Inclusión.

Personas que acuden al Programa de TARGA y a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis de los Centros de Salud y de los Hospitales de los Distritos de Ferreñafe y de Pueblo Nuevo de la Provincia de Ferreñafe.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Personas de ambos sexos entre los 18 y 75 años.

Personas que estén diagnosticadas con el Virus Inmunodeficiencia Humana.

Personas que estén diagnosticadas con Tuberculosis Pulmonar o Extrapulmonar.

Exclusión.

Pacientes que presenten ambas enfermedades (VIH y TBC).

Personas con esquizofrenia o alguna otra psicosis.

Eliminación.

Personas que no hayan contestado todos los ítems, hayan dado dos o más respuestas a una misma pregunta.

Procedimiento

Previa aprobación del comité de bioética de la Universidad, y las autorizaciones respectivas de los Centros de Salud y Hospitales de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, se procedió a la evaluación de los pacientes empleándose el método individual y colectivo, comenzando por la entrega de la hoja informativa, haciendo una breve explicación verbal acerca del contenido y objetivo de la investigación, y del consentimiento informado (ver apéndice B) el cual brinda la información necesaria a las personas involucradas en la investigación y les garantiza el debido resguardo de los datos recolectados. Además, se les hizo conocedores de los beneficios y riesgos que les competen a los participantes. Esta información fue entregada por escrito justo antes de realizar la aplicación de los instrumentos seleccionados, la cual fue leída y firmada correctamente.

Posteriormente se utilizó la técnica de Cuestionario, a través del instrumento: Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI, 1979) (ver apéndice D), indicándoseles que respondan a todas las preguntas y no dejen ningún espacio en blanco, y si tenían alguna

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

duda la hagan saber para poder ayudarles. Esto se realizó, según el horario de atención estipulado por el Programa de TARGA y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, de los establecimientos de salud, tanto por las mañanas, como por las tardes, en un tiempo aproximado de 10 minutos que dura la aplicación del instrumento.

Instrumentos

La Escala de Ideación Suicida (SSI)

Es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (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, puede administrarse de manera individual o colectiva, consta de 18 ítems, de las cuáles su puntuación oscila entre 0, 1 y 2. Posee 4 dimensiones: Actitud hacia la vida/muerte, pensamientos/deseos suicidas, proyecto de intento suicida, desesperanza. Está formada por una parte objetiva: ítems del 1 al 8 que explora las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio. Una parte subjetiva: ítems del 9 al 15, la cual valora las expectativas durante la tentativa. Y otros aspectos: ítems del 16 al 18, que evalúa la situación de llevar a cabo un intento de suicidio.

Se utilizó la adaptación de la prueba realizada por Eugenio y Zelada (2011) quienes aplicaron 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. Posteriormente se procedió a la codificación de cada una de las respuestas, primero se sacó los puntajes por dimensiones, para luego obtener la puntuación total de la escala general, la cual es la suma de las puntuaciones de los ítems 1 a 18; esto se interpreta de la siguiente

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

manera: de 0 a 17 lo que equivale a un nivel bajo, de 18 a 30 un nivel medio, y de 31 a 36, un nivel alto (ver apéndice C).

Validez del instrumento. Con respecto a la validez total de la Escala de Ideación Suicida adaptada, por Eugenio y Zelada (2011), quienes hicieron uso del método de contrastación de hipótesis T Students con los puntajes (ordenados de mayor a menor y considerados los más altos contra los más bajos), obteniendo como resultado que la prueba es válida a un nivel de significancia de 0.01 ($p < 0.01$). Utilizaron un análisis factorial y hallaron 4 factores principales en la adaptación de la escala de ideación suicida, la misma que coincide con los de Beck (2004) en el análisis factorial de la escala de muestra la existencia de cuatro factores subyacentes principales.

Confiabilidad del Instrumento. En cuanto a la confiabilidad utilizaron el Índice de Consistencia Interna Alpha de Cronbach (mediante el método de las varianzas de los ítems), obteniendo 0.79, lo que coincide con Beck (2004); la consistencia interna de la escala era de 0.82, coincide con Eugenio y Zelada (0.79) siendo su consistencia interna elevado es de 0.79. De igual manera se encuentra consistencia interna por dimensiones. Por lo tanto el instrumento es confiable.

Aspectos éticos

En este proceso de investigación, se contó con la previa aprobación del comité de bioética de la Universidad (ver apéndice A), y se solicitó la autorización respectiva a los diferentes directores y personal de las cuatro Instituciones de Salud donde se trabajó; todos en la jurisdicción de Ferreñafe, para la ejecución de la presente investigación dentro de sus instalaciones. Además se tuvo en consideración los tres principios éticos básicos: el respeto por la autonomía de las personas, la beneficencia y la justicia; puesto que éstos guían la

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

preparación responsable de protocolos de investigación, guardando siempre el anonimato, la voluntariedad y la confidencialidad al momento de realizar la investigación, garantizando así la protección de los derechos de los pacientes como personas.

Debido a que según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente y su aplicación puede conducir a distintas decisiones, es que se hizo uso del Consentimiento Informado, el cual es la manifestación voluntaria, libre y racional, realizada por una persona, de aceptar o no, participar en una investigación; mediante el cual, se les garantizó el debido resguardo de los datos recolectados, entregándoseles además, la Hoja informativa, en donde se explica de manera concisa y por escrito, el propósito de la investigación, como los beneficios y riesgos de participar en la misma, que también fue explicado verbalmente, cumpliendo con el principio de justicia; seguidamente se les aclaró que tenían toda la libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento que desearan, respetando así, el principio de autonomía; y que si fuese necesario podían solicitar intervención psicológica como beneficio de la investigación, además de que se les entregaría sus respectivos resultados a quienes lo solicitaran. Por último, se respondió todas las dudas que se suscitaron en el momento.

Procesamiento y análisis de datos

El análisis de datos se inició con la organización de las cifras que se obtuvieron en la evaluación, y estos fueron procesados a través de los programas Microsoft Excel 2010 y SPSS (Versión 21) dando como resultado información necesaria para el estudio.

A nivel descriptivo se observó la distribución de las dos poblaciones y los niveles que presentaron cada una de ellas, para establecer una comparación estadística de los niveles de ideación suicida, primero se utilizó la prueba de Kolmogorov (ver apéndice E)

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

para verificar si los puntajes de los niveles en ambas poblaciones se ajustaban a la distribución normal; a pesar que sí se ajustaba en la escala general, por dimensiones no se ajustaba, por lo que para poder determinar la diferencia entre los puntajes de los niveles de ideación suicida en la escala general y por dimensiones, se recurrió a la prueba no paramétrica U-Mann Whitney, la cual evalúa si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus rangos.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Resultados

De acuerdo con los objetivos planteados en la investigación, se procedió al análisis de datos obtenidos en la evaluación, encontrándose los siguientes resultados: primero se determinó la diferencia estadística de los niveles de ideación suicida de manera general y por dimensiones, entre los pacientes con VIH y los pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013, tal como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Dimensiones de ideación suicida entre los pacientes con VIH y los pacientes con TBC, según su diferencia estadística a través de la prueba de U-Mann Whitney, de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013.

	VIH	TBC	U-Mann Whitney
General	44.24	88.10	0.00000
Actitudes hacia la vida/muerte	47.96	82.38	0.00000
Pensamientos/deseos de suicidio	44.54	87.65	0.00000
Proyecto de intento suicida	46.55	84.54	0.00000
Desesperanza	50.31	78.75	0.00001

En la tabla 1, se muestran los puntajes de la escala general como por dimensiones medidos por la prueba de U- Mann Whitney, los cuales son menores a 0.05, lo que demuestra que existe diferencia significativa entre los niveles de ideación suicida de los pacientes con VIH y de los pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Seguidamente se presenta en la Figura 1, la diferencia porcentual de los niveles de ideación suicida de la escala general, entre los pacientes con VIH y los pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013.

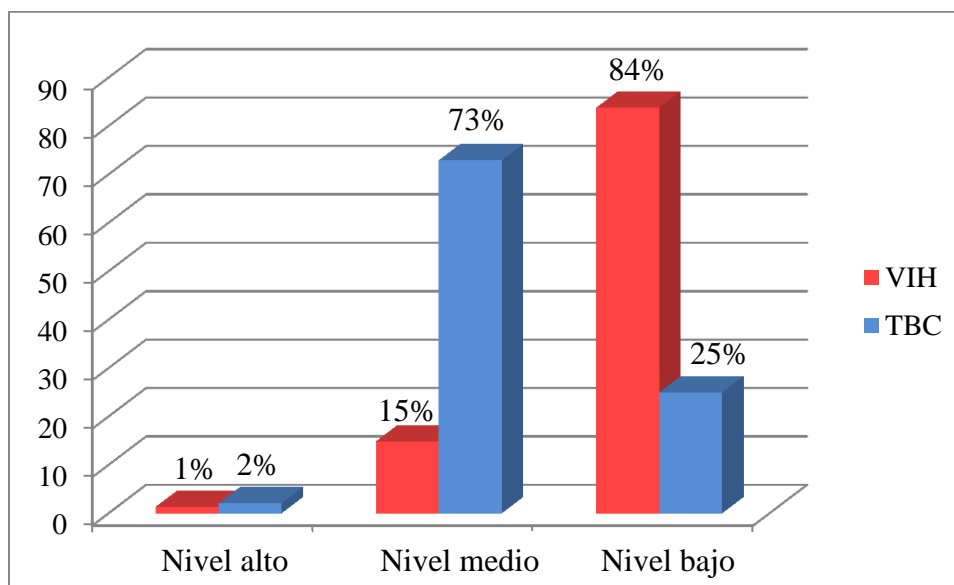


Figura 1

Porcentajes de pacientes con VIH y de pacientes con TBC, según sus niveles de ideación suicida de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013.

En la figura 1 se observa que, hay un 84% de pacientes con VIH, más que el 25% de pacientes con TBC que presentaron un nivel bajo de ideación suicida, esto quiere decir que en algún momento pensaron atentar contra su vida; por otro lado se observa que un 73% de pacientes con TBC presentan un nivel medio de ideación suicida, mientras que los pacientes con VIH solo está presente en un 15% de ellos, esto implica que en más de una ocasión planificaron un intento de suicidio; y por último se observa que tan sólo un 2% de pacientes con TBC presentaron un nivel alto de ideación suicida y un 1% de los pacientes con VIH, representado como un intento fallido de suicidio.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

A continuación, se presentarán las figuras pertenecientes al análisis porcentual de los niveles de ideación suicida por dimensiones entre los pacientes con VIH y los pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013.

Se determinó la diferencia porcentual entre los niveles de la dimensión de Actitudes hacia la vida/muerte, entre los pacientes con VIH y los pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013, tal como se muestra en la Figura 2.

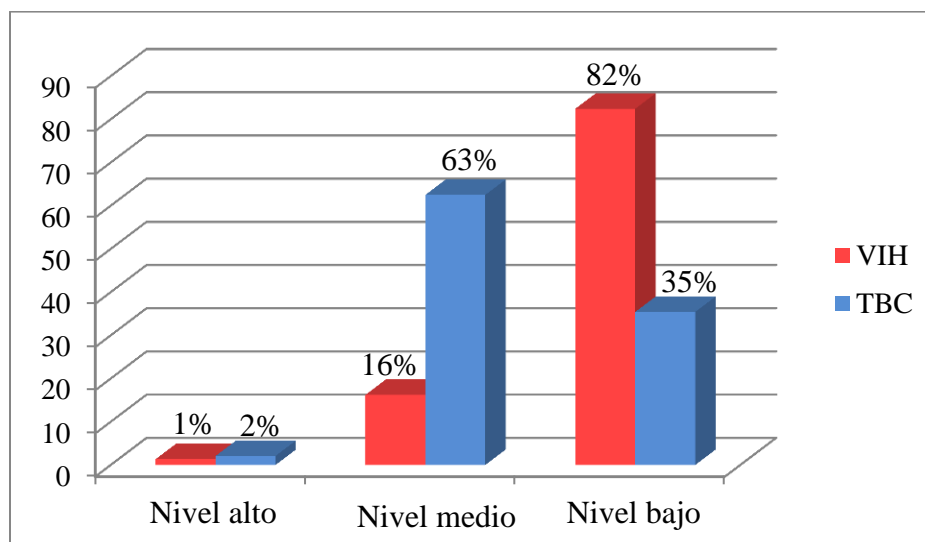


Figura 2

Porcentajes de los pacientes con VIH y los pacientes con TBC, según sus niveles de ideación suicida de la dimensión de Actitudes hacia la vida/muerte, de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013

La figura 2 muestra que en la dimensión de Actitudes hacia la vida/muerte existe un 82% de pacientes con VIH y un 35% de pacientes con TBC en nivel bajo, lo que significa que ven al proceso de la muerte como parte de un hecho natural; un 16% de pacientes con VIH y un 63% de pacientes con TBC en nivel medio, que se refiere a que si bien es un hecho que va a suceder, se reflejan los temores por atravesar este suceso, y un 1% de pacientes con VIH y un 2% de pacientes con TBC que refleja el temor hacia la muerte, el deseo de no querer morir.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Se determinó la diferencia porcentual entre los niveles de la dimensión de Pensamientos/Deseos de suicidio, entre los pacientes con VIH y los pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013, tal como se muestra en la Figura 3.

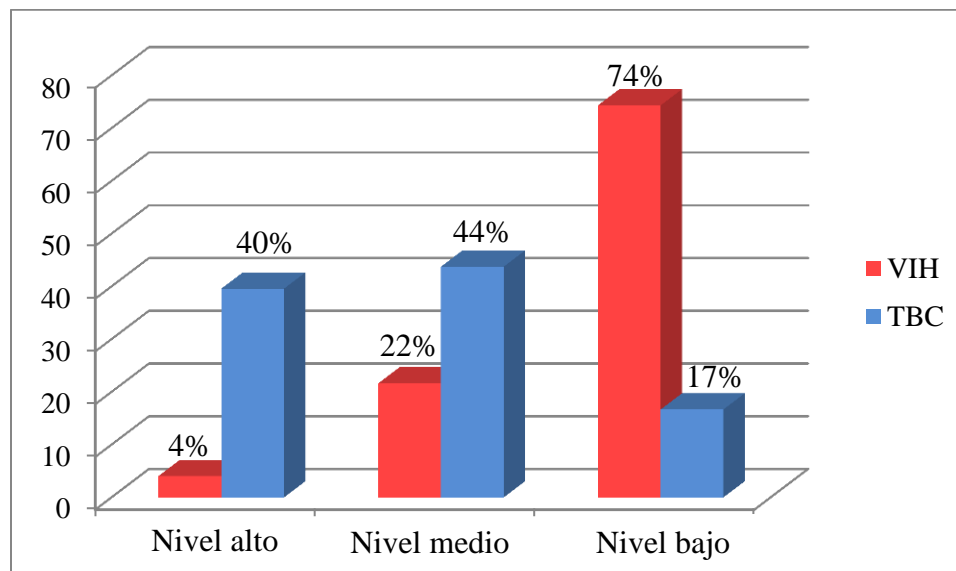


Figura 3

Porcentajes de los pacientes con VIH y los pacientes con TBC, según sus niveles de ideación suicida de la dimensión de Pensamientos/Deseos de suicidio, de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013.

En la figura 3 se observa que en la dimensión Pensamientos/Deseos de suicidio existe un 74% de pacientes con VIH y un 17% de pacientes con TBC en nivel bajo, lo que significa que los pensamientos suicidas se presentaron en muy escasas ocasiones; un 22% de pacientes con VIH y un 44% de pacientes con TBC en nivel medio, lo que refleja que estos pensamientos fueron intermitentes; y un 4% de pacientes con VIH y un 40% de pacientes con TBC en nivel alto, que refleja que atravesaron por situaciones difíciles que no pueden soportar por lo que los pensamientos suicidas fueron más persistentes.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Determinándose la diferencia porcentual entre los niveles de la dimensión de Proyecto de intento suicida, entre los pacientes con VIH y los pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013, tal como se muestra en la Figura 4.

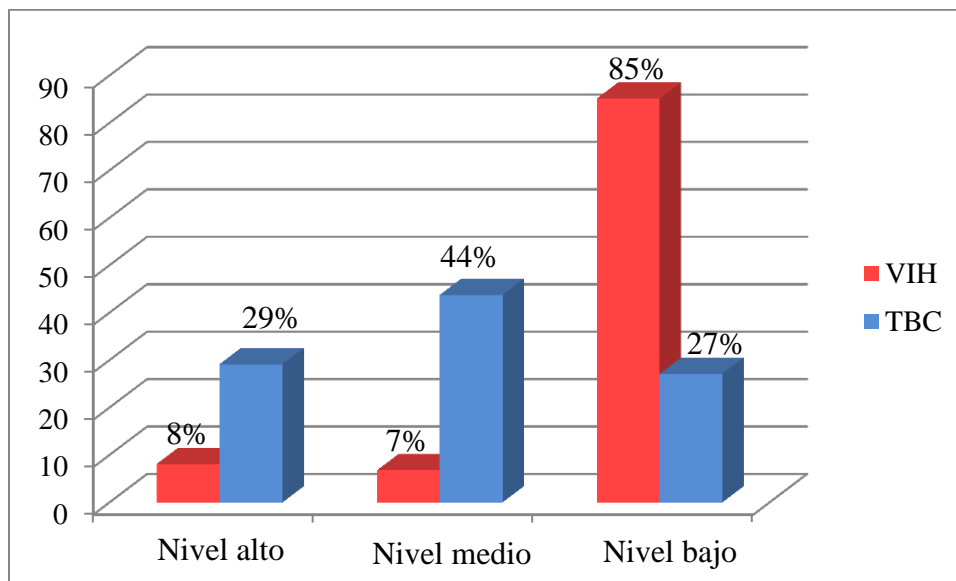


Figura 4

Porcentajes de los pacientes con VIH y los pacientes con TBC, según sus niveles de ideación suicida de la dimensión Proyecto de intento suicida, de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013.

En la figura 4 muestra que en la dimensión Proyecto de intento suicida existe un 85% de pacientes con VIH y un 27% de pacientes con TBC en nivel bajo, lo que significa que en muy escasas ocasiones, planificaron un intento suicida; un 7% de pacientes con VIH y un 44% de pacientes con TBC en nivel medio, lo que refleja que hubo planificación de un intento suicida, que no se llevó a cabo por falta de valor, y un 8% de pacientes con VIH y un 29% de pacientes con TBC, que refleja que hubo un plan más detallado de intento suicida que pudo llevarse a cabo, sin embargo falló.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Por último, al determinar la diferencia porcentual entre los niveles de la dimensión de Desesperanza, entre los pacientes con VIH y los pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013, tal como se muestra en la Figura 5.

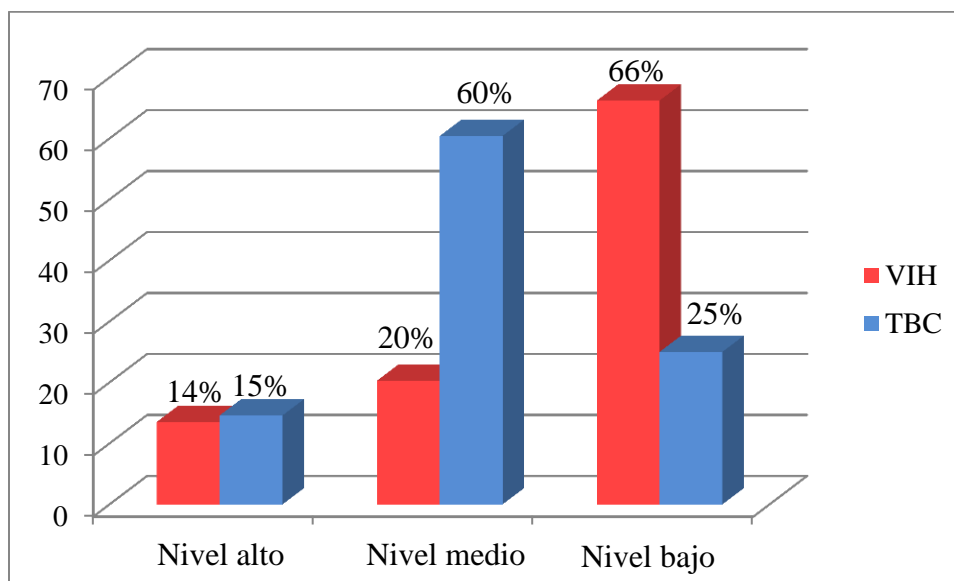


Figura 5

Porcentajes de los pacientes con VIH y los pacientes con TBC, según sus niveles de ideación suicida de la dimensión de Desesperanza, de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013.

En esta cuarta y última dimensión de Desesperanza, se observa que existe un 66% de pacientes con VIH y un 25% de pacientes con TBC en nivel bajo, lo que significa que tienen expectativa del futuro; un 20% de pacientes con VIH y un 60% de pacientes con TBC en nivel medio, lo que refleja que aún hay una escasa expectativa del futuro, y un 14% de pacientes con VIH y un 15% de pacientes con TBC, que refleja que ya no tienen expectativa de futuro, que preferirían abandonar todo y morir.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Discusión

Según los resultados obtenidos, se encontró que todos los pacientes presentaron ideación suicida, existiendo diferencias significativas entre los niveles de los pacientes con VIH y de los pacientes con TBC.

Encontrándose que un 15% de los pacientes con VIH, de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, presentó un nivel medio de ideación suicida y un 1% de ellos en un nivel alto, lo que es similar a los resultados encontrados por Gatti et al. (2011) con un 39% en África, Sherr et al. (2008) con un 31% en Londres, Carrico et al. (2007) con un 19% en EE.UU, Haller & Miles (2003) con un 26% en EE.UU. Palacios et al (2006) con un 38% en Colombia, que si bien existe similitud entre los porcentajes de nuestra investigación con las investigaciones internacionales, son diferentes los motivos por los que se dan estos porcentajes bajos, puesto que en las investigaciones internacionales podría deberse a que existe un mayor soporte emocional en los pacientes, mayor accesibilidad a los establecimientos de salud, y más conocimiento y conciencia de la enfermedad. Mientras que por medio de una breve entrevista previa con cada uno de los pacientes de nuestra investigación, al momento de la aplicación del instrumento, se reconoció que hay una cantidad regular de pacientes en los que no hay conciencia de la seriedad de su propia enfermedad, esto quiere decir que desconocen lo que es el VIH, o simplemente no lo consideran como algo grave, que interfiere con sus actividades diarias, ellos quizá podrían ser quienes presentaron nivel bajo de ideación suicida; sin embargo, también hay pacientes que muestran cierta resignación ante la enfermedad, al saber que es una enfermedad crónica, y que no cuentan con habilidades de resiliencia, podría ser lo que probablemente los llevó a pensar en acabar o atentar contra sus vidas en más de una ocasión, e incluso hasta planificaron algún de intento suicida, lo que representaría a la cantidad de pacientes con nivel medio, y uno o dos que

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

quizá tuvo un intento fallido, que se ve representado en el 1% de pacientes con nivel alto. Esto a su vez, difiere con Guevara (2006), quien en su investigación encontró un 53.12% de pacientes con VIH de un centro de salud de Chiclayo, que a pesar de tener una realidad similar a la nuestra, es muy posible que todos los pacientes o la mayoría de ellos, tengan más conciencia de la enfermedad, aunque no todos cuenten con el soporte emocional necesario por parte de su propia familia, o de la sociedad, sumado a la habilidad de resiliencia que puede no estar desarrollada, lo que les ocasiona un impacto emocional mucho mayor, a pesar de que en Perú se vienen realizando campañas contra la discriminación del VIH, no en todas las regiones se cumple como se espera.

Por el contrario, encontramos que en los pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, la ideación suicida se presentó en un 73% en nivel medio y en un 2% en nivel alto, lo que se contrapone con Pastor (2005), quien en su investigación encontró un 16% de pacientes de un Centro de Salud del Distrito de La Victoria - Chiclayo; y con E-Health Me (2013), quienes hallaron en su investigación en EE. UU., que sólo un 0.34% pacientes exteriorizaron pensamientos suicidas. Esto quizá pueda deberse a que en Estados Unidos, hay menor impacto social sobre la TBC, mayor soporte emocional y diferente perspectiva de la enfermedad por parte de los pacientes, puesto que hay cura para la TBC; ahora bien, en la Provincia de Chiclayo, puede que también se dé más soporte emocional a los pacientes, sea por parte del personal de salud, desarrollando en ellos habilidades de resiliencia, autoestima, canalización de emociones, aunque no sea tanto como en la realidad internacional, se ve que es un avance en la eficacia de adherencia al tratamiento, lo que les permitiría a los pacientes no considerar tanto la idea de atentar contra sus vidas. Si bien, en Perú se vienen trabajando campañas contra la discriminación de la TBC, una vez más, se ve que no en todas las regiones se

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

practica del todo, como es el caso de las Provincias de Chiclayo, o de Ferreñafe, más aún si encontramos una cantidad alta de pacientes con nivel medio de ideación suicida, que significa que probablemente, en más de una ocasión pensaron acabar o atentar contra sus vidas, o incluso hasta planificaron algún proyecto de intento suicida.

Así pues, podríamos decir que los motivos de ideación suicida en estas dos poblaciones, son diversos, algunos muy parecidos a otros, sin embargo existen diferencias significativas entre los porcentajes de ideación suicida de los pacientes con VIH y los pacientes con TBC, que si bien hay interés de parte del Estado Peruano, en disminuir la incidencia de casos de TBC y de VIH, ofreciendo un tratamiento gratuito a los pacientes, como lo afirman la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el Perú (2013) para los pacientes con VIH y la Organización Respira Vida (2012) para los pacientes con TBC; según lo menciona MINSA (2013) en la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis N° 104-MINSA/DGSP V.01, recién aprobada en el 2013, no se está incluyendo la intervención psicológica a estos pacientes, a pesar de que ésta se encuentra dentro del planes de tratamiento de la TBC, o no la consideran como un requisito indispensable como el tratamiento farmacológico, en que los pacientes desde el comienzo de la enfermedad firman un compromiso de asistir obligatoriamente, todos los días para la toma del tratamiento dentro del mismo establecimiento de salud, lo que posibilita más aún, que los pacientes presenten depresión, ideación suicida y otro sin número de afecciones psicológicas. Mientras que en los pacientes con VIH, la intervención psicológica sí se encuentra incluida en el plan de tratamiento de estos pacientes, como lo señala MINSA (2012) en la Norma Técnica de salud de atención integral del adulto/a con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) N° 097-MINSA 2012/DGSP-V.01 vigente, en que esta intervención sea prácticamente estricta, aminorando en cierta forma afecciones

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

psicológicas en los pacientes con VIH, pudiendo rescatarse que el programa TARGA de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, procura incluir, la intervención psicológica como parte de la atención integral al paciente con VIH, lo que no exime del todo que se presenten afecciones psicológicas en estos pacientes.

En cuanto a los niveles de ideación suicida por dimensiones, se encontró:

En la dimensión Actitud hacia la vida/muerte, un 82% de pacientes con VIH y un 35% de pacientes con TBC en nivel bajo, lo que significa que ven al proceso de la muerte como parte de un hecho natural, como lo afirma Beck, 1979 (como se citó en Guevara, 2006); un 16% de pacientes con VIH y un 63% de pacientes con TBC en nivel medio, que se refiere a que si bien es un hecho que va a suceder, se reflejan los temores por atravesar este suceso, y un 1% de pacientes con VIH y un 2% de pacientes con TBC que refleja el temor hacia la muerte, el deseo de no querer morir.

En la dimensión de Pensamientos/deseos de suicidio, un 74% de pacientes con VIH y un 17% de pacientes con TBC en nivel bajo, lo que significa que los pensamientos suicidas se presentaron en muy escasas ocasiones, como lo afirma Beck, 1979 (como se citó en Guevara, 2006), un 22% de pacientes con VIH y un 44% de pacientes con TBC en nivel medio, lo que refleja que estos pensamientos fueron intermitentes, y un 4% de pacientes con VIH y un 40% de pacientes con TBC, que refleja que atravesaron por situaciones difíciles que no pueden soportar por lo que los pensamientos suicidas fueron más persistentes.

En la dimensión de Proyecto de intento suicida, un 85% de pacientes con VIH y un 27% de pacientes con TBC en nivel bajo, lo que significa que en muy escasas ocasiones, planificaron algún intento suicida, como lo afirma Beck, 1979 (como se citó en Guevara, 2006), un 7% de pacientes con VIH y un 44% de pacientes con TBC en nivel medio, lo que refleja que hubo

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

planificación de un intento suicida, que no se llevó a cabo por falta de valor, y un 8% de pacientes con VIH y un 29% de pacientes con TBC, que refleja que hubo un plan más detallado de intento suicida que pudo llevarse a cabo, sin embargo falló.

En la dimensión de Desesperanza, un 66% de pacientes con VIH y un 25% de pacientes con tuberculosis en nivel bajo, lo que significa que tienen expectativa del futuro, como lo afirma Bobadilla, 2004 (como se citó en Guevara, 2006), un 20% de pacientes con VIH y un 60% de pacientes con TBC en nivel medio, lo que refleja que aún hay una escasa expectativa del futuro, y un 14% de pacientes con VIH y un 15% de pacientes con TBC, que refleja que ya no tienen expectativa de futuro, que preferirían abandonar todo y morir.

Dentro de las principales limitaciones se encontró que no se pudo contar con toda la población prevista al comienzo de la investigación, puesto que algunos de los pacientes fallecieron, otros fueron dados de alta, y otros simplemente, no asistieron a los centros de salud y hospitales, durante el tiempo de evaluación, debido a que residen en zonas alejadas como Incahuasi o Cañarís. Otra de las limitaciones fue que la adaptación de la prueba, no cuenta con un nivel nulo, en caso se hubiera dado que algunos pacientes no presentaran ideación suicida.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Conclusiones

Se encontró diferencias significativas entre los niveles de ideación suicida en los pacientes con VIH y en los pacientes con TBC, presentándose en mayor cantidad en los pacientes con TBC con un nivel medio, mientras que en los pacientes con VIH, en su mayoría presentaron un nivel bajo.

En cuanto a los niveles de ideación suicida por dimensiones, se encontró que los pacientes con TBC presentaron en mayor cantidad, niveles medio y alto en todas las dimensiones, en comparación a los pacientes con VIH, quienes en su mayoría presentaron niveles bajos.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Recomendaciones

Brindar la intervención psicológica respectiva a los pacientes que participaron en la investigación y presentaron ideación suicida.

Hacer entrega del informe con los resultados obtenidos en la investigación, a las autoridades de cada una de las instituciones de salud, correspondientes.

Realizar evaluaciones psicológicas, incluyendo el análisis de las relaciones familiares, para verificar el soporte emocional, así como de la adherencia al tratamiento, de manera periódica, en cada uno de los pacientes con VIH y con TBC que ingresaron posterior a la investigación, para detectar a tiempo la ideación suicida, entre otros problemas de índole psicológico y así reducir el riesgo en ellos.

Ejecutar con mayor énfasis, programas de prevención y promoción de la salud mental, en las diferentes estrategias y programas de las instituciones de salud, a nivel nacional, reconociendo la importancia de la labor psicológica, reduciendo el riesgo en los demás pacientes.

Planificar nuevas investigaciones en ésta línea, entre ellas alguna que se enfoque en reconocer cuáles son los verdaderos factores, que generan la ideación suicida en los pacientes, lo que permitirá ampliar los planteamientos hechos en este estudio.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Referencias

- Abramson, L., Alloy, L., Hogan, M., Withehouse, W., Gibb, B. & Hankin, B. (2000). The Hopelessness theory of suicidality. *Suicide science. Expanding the boundaries* Boston: Kluwer Academic. pp. 17-27.
- Abramson, L., Alloy, L., Haeffel, G., Mac Coonm D., Gibb, B. & Hankin, B. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in self-regulatory and psychobiological context. *Handbook of depression*. Nueva York: Guilford. p. 269.
- Agnew, R. (1998). The approval of suicide: A social-psychological model. *Suicide and Life - Threatening Behavior*. p. 210-223
- Barrera, M. y Sarmiento, M. (1994). *Ideación suicida en niños con cáncer*. ACOFAEN. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
- Bille- Brahe, U. (2000). Sociology and suicidal behaviour. En K. Hawton y K. Van Heeringen, *The international handbook of suicide and attempted suicide* Chichester: Wiley, 1(2) p. 199.
- Carrico, A., Johnson, M., Morin, S., Remien, R., Charlebois, E., Steward, W. & Chesney, M. (2007). Correlaciones de ideación suicida entre las personas VIH-positivas. EE.UU. *Official Journal of the International AIDS Society*. Recuperado de: http://translate.google.com.pe/translate?hl=es&sl=en&u=http://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2007/05310/Suicidal_behaviours,_euthanasia_and_AIDS.
- Chopin, E., Kerkhof, A, & Arensman, E. (2004). *Psychological dimensions of attempted suicide: Theorias and data*. Suicidal behaviour: Theories and research findings. Hogrefe & Huber. p. 55.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

E-HealthMe. (2013). *Pulmonary tuberculosis and Suicidal ideation*. Portal Médico. Recuperado de: <http://www.ehealthme.com/cs/pulmonary+tuberculosis/suicidal+ideation>

Eugenio, S. y Zelada, M. (2011). 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 de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán. Pimentel, Perú.

Gatti, G., Díaz, A., Mulugueta, S. y Simi, R. (2011). Prevalencia de depresión en pacientes VIH - SIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kanye, Botswana, África. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Alcmeon. Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2(17). Recuperado de: http://www.alcmeon.com.ar/17/04_gatti_africa.pdf

Gerencia Regional de Salud. (2013). *Análisis situacional de salud 2012*. Gerencia Regional de Salud Lambayeque. Oficina de Epidemiología. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Lambayeque/Lambayeque2012.pdf>

Gómez, A. (2012). *Evaluación del Riesgo de Suicidio: Enfoque Actualizado* Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur. Universidad de Chile.

Goldney, R., Winefield, A., Tiggemann, M., Winefield, H. y Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

Grajales, T. (2000). *Conceptos Básicos para la Investigación Social: Tipos de Investigación*. Publicaciones Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México. Recuperado de: <http://tgrajales.net/investipos.pdf>

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Guevara, M. (2006). *Relación entre ideación suicida y apoyo social en pacientes con VIH*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán. Pimentel, Perú.

Haller, D, & Miles, D. (2003). *Suicidal Ideation among Psychiatric Patients with HIV: Psychiatric Morbidity and quality of life*. AIDS and Behavior. Recuperado de:
<http://www.ingentaconnect.com/content/klu/aibe/2003/00000007/00000002/0046624>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

Hughes, S., & Neimeyer, R. (1990). A cognitive model of suicidal behavior. *Current concepts of suicide*. Philadelphia: Charles. p. 28.

Huichapeño, E. y Lachino, M. (2006). *El funcionamiento familiar de los adolescentes con ideación suicida y otros síntomas asociados*. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2012). Anales de Salud Mental: Órgano Oficial del Instituto Especializado en Salud Mental Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. *Revista Estudio Epidemiológico en Salud Mental*. 3 (12).

Konick, L. & Gutiérrez, P. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.

MINSA (2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis* N° 104- MINSA/DGSP V.01. Recuperado de:
<http://www.tbperu.org/2013/11/aprueban-norma-tecnica-de-salud-para-la.html>

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

MINSA (2012). *Norma Técnica de salud de atención integral del adulto/a con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)* N° 097–MINSA 2012/DGSP-V.01

Recuperado de: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20120717-MINSA-NT-Atencion-Adulto-VIH.pdf>

Mosquera, A. (2001). Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Muñoz, P., Pinto, R., Callata, E., Napa, G. y Perales, T. (2005). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, *Revista Perú Médico Salud Pública*, Perú. 4 (12) p. 85

Muñoz, A., Rodríguez, F., Vera, A. (2011). Apoyo psicológico a los pacientes infectados por el VIH, Unidad de Patología Infecciosa, Hospital Universitario Infanta Cristina, Universidad de Extremadura. España.

Organización de la Naciones Unidas en el Perú (2013). *Lucha contra el VIH/Sida*. Recuperado de: <http://onu.org.pe/temas/lucha-contra-el-vihsida/>. Perú: Sistema de las Naciones Unidas en el Perú.

Organización Mundial de la Salud (2012). *VIH/SIDA y salud mental, informe de la secretaria*.

Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/2365> Consejo Ejecutivo 124

Organización Respira Vida (2012). Juntos contra la tuberculosis. *Revista Peruana de Medicina*.

Recuperado de: http://www.respiravida.pe/wp-content/uploads/2012/11/brochure_interior.pdf

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

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 VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología*. 5 (15).

Pastor, C. (2005). Nivel de depresión en pacientes con TBC pulmonar activa y en proceso de revisión del programa nacional al control de la TBC del Distrito de La Victoria – Chiclayo. (Tesis de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán, Pimentel Perú.

Saíz, M., González, M., Bousoño, M. y Bobes, J. (1997) Estudio de los factores de riesgo suicida y parasuicida. *Factores biológicos*. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona. Masson, p.54.

Schneidman, E. (1993). Suicide as a psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, p. 144.

Sherr, L., Lampe, F., Fisher, M., Arthur, G., J Anderson, Zetler, S., Johnson, M., Edwards, S., R Harding (2008). *Ideación suicida en Reino Unido de las clínicas de VIH*. Inglaterra: Royal Free y University College School Medical. Recuperado de:
<http://translate.google.com.pe/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18670226&prev=/search%3Fq%3DSuicidal%2Bideation%2Bin%2BUK%2BHV%2Bclinic%2Battenders>

Stengel, E. (1961). Recent research into suicide and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, p. 726.

Van Heeringen, C., Portzky, G. & Audenaert, K. (2004). The psychobiology of suicidal behaviour. *Suicidal behaviour: Theories and research findings*. Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber. Alemania. 3 (4) pp. 61 – 65.

Villalobos, F. (2009). Ideación suicida en jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. (Tesis doctoral).

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Universidad de Granada. España. pp. 38 – 45. Recuperado de:

<http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Apéndice

Apéndice A



COMITÉ DE BIOÉTICA

EVALUACIÓN ÉTICA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

El día miércoles 16 de Octubre del 2013, el Comité de Bioética ha determinado declarar **APROBADO** el trabajo de Investigación de la Escuela de Psicología:

1. Título: **Ideación suicida entre pacientes con VIH y pacientes con tuberculosis de la provincia de Ferreñafe, 2013.**

2. Autores:

- Castellano Sirlopú, Ruperto Emiliano
- Soza Carrillo, Fiorella Eliana

Chiclayo, 16 de Octubre del 2013.

Firma del Presidente del Comité de
Bioética
Dr. Luis Jara Romero

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

Apéndice B
HOJA INFORMATIVA



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, 2013

NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES: Ruperto Emiliano Castellanos Sirlopú y Fiorella Eliana Soza Carrillo.

NOMBRE DE LA ASESORA: Lic. Ps. María Elena Dorival Sihuas

Los investigadores pertenecen a la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y tienen la autorización de Dirección de Escuela para ejecutar el proyecto. El propósito de este estudio es de determinar la diferencia que existe entre los niveles de ideación suicida en pacientes con VIH y en pacientes con TBC de la Provincia de Ferreñafe, 2013.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, si bien los resultados serán publicados en una revista científica, se respetará en todo momento la confidencialidad del origen de los datos de la investigación. Si Usted accede participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas del cuestionario que se le suministrará.

La participación en este estudio es anónimo y voluntario, así como la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin que lo perjudique en ninguna forma, sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación que garantizará el anonimato; y en caso sea necesario puede manejar la posibilidad de recibir ayuda psicológica gratuita.

Si usted tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar las preguntas que crea conveniente en cualquier momento durante su participación en él. Si algunas de las preguntas le parecen incómodas, tiene derecho de hacérselo saber a los investigadores o de no responderlas.

Para cualquier consulta con respecto a los resultados del estudio cuando éste ya haya concluido puede contactar con los autores a los teléfonos:

979529640 (Mov) y 979364193 (Cla)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los Distritos de Pueblo Nuevo
y de Ferreñafe, 2013

Yo _____, he leído la hoja de información que me han entregado los investigadores Ruperto Emiliano Castellanos Sirlopú y Fiorella Eliana Soza Carrillo, he podido realizar preguntas sobre el estudio, así como he recibido la suficiente información sobre el mismo. He hablado con los investigadores sobre los riesgos y beneficios directos e indirectos de mi colaboración en el estudio, habiendo entendido que: la información brindada es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito. Además comprendo que mi participación es anónima y voluntaria, por lo que acepto que el resultado de la investigación sea publicado en una revista científica, y que puedo retirarme del estudio sin tener que dar explicaciones, o sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Es que presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Participante: _____

Apéndice C

Escala de Ideación Suicida de Beck

Ficha Técnica:

- *Nombre de la prueba:* Escala de ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI).
- *Autor:* Aarón Beck (1970)
- *Año de Publicación:* Beck (1979)
- *Adaptación:* 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 heteroaplicada, elaborada por Beck (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 SÍ y No; de las cuáles su puntuación oscila entre 1 y 2.
- *Indicadores de la Escala*
 - Actitud hacia la vida / muerte
 - Pensamientos / deseos
 - Proyecto de Intento de Suicidio
 - Desesperanza
- *Interpretación de la Prueba:* El paciente 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 van de 1 – 2, la suma total va a ser de acuerdo a la sumatoria de los valores asignados por cada ítem; así mismo se utilizará una planilla para la calificación.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

- *Baremos de la adaptación realizada por Eugenio y Zelada (2011):*

	NIVELES		
	BAJO	MEDIO	ALTO
IDEACIÓN SUICIDA DE BECK	0 - 17	18 - 30	31 - 36
ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE	0 - 4	5 - 8	9 - 10
PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS	0 - 5	6 - 8	9 - 12
PROYECTO DE INTENTO SUICIDA	0 - 3	4 - 5	6 - 8
DESESPERANZA	0 - 2	3 - 4	5 - 6

- *Propiedades Psicométricas de la adaptación de la prueba real*

Validación: Se aplicó una prueba piloto a 105 pacientes viendo con VIH del GAM “Somos Vida” del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de la ciudad de Lima, procedieron a determinar los índices de discriminación de cada uno de ellos, mediante el método de correlación ítem-test, lo que les permitió conocer la validez de los ítems, obteniendo como resultado índices de discriminación que oscilan entre 0.39 hasta 0.57. Posteriormente procedieron a determinar la validez del instrumento haciendo uso del método de contrastación de hipótesis T Students con los puntajes (ordenados de mayor a menor y considerados los más altos contra los más bajos) de la Escala de Ideación Suicida de Beck y con sus indicadores, obteniendo como resultado que la prueba es válida a un nivel de significancia de 0,01 ($p < 0,01$). Como se muestra en la siguiente tabla:

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

VALIDACIÓN DE LA ESCALA IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

ESCALA	PRUEBA T STUDENTS	1% NIVEL SIGNIFICANCIA
IDEACIÓN SUICIDA DE BECK	0.000	P < 0.01
INDICADOR	PRUEBA T STUDENTS	1% NIVEL SIGNIFICANCIA
ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE	0.000	P < 0.01
PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS	0.000	P < 0.01
PROYECTO DE INTENTO SUICIDA	0.000	P < 0.01
DESESPERANZA	0.000	P < 0.01

Confiabilidad: Para determinar la confiabilidad de IDEACIÓN SUICIDA, se utilizó el índice de consistencia interna Alpha de Cronbach (mediante el método de las varianzas de los ítems), obteniéndose los siguientes índices como indica la siguiente tabla:

CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

ESCALA	ALFA DE CRONBACH	RESULTADO
IDEACIÓN SUICIDA DE BECK	0.79	Confiable
INDICADOR	ALFA DE CRONBACH	RESULTADO
ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE	0.81	Confiable
PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS	0.78	Confiable
PROYECTO DE INTENTO SUICIDA	0.72	Confiable
DESESPERANZA	0.88	Confiable

Por lo tanto el instrumento es confiable.

Apéndice D
Cuestionario SSI

Nº:.....

Edad: _____

Sexo: F M

En este cuestionario encontrarás 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

La 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).

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

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
- Ambivalente, 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.

Ideación Suicida entre pacientes con VIH y con TBC

III.PROYECTO DE INTENTO SUICIDA

12). Método: Especificación/planes

- No lo ha considerado.
- Lo ha considerado, pero sin detalles específico.
- 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.
- Si.

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO O DESESPERANZA

16). Preparación real

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

17). Notas acerca del suicido

- No escribió 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.

Apéndice E

Pruebas no paramétricas

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		ACTITUTB	ACTITUD VIH	PENSATB
N		48	74	48
Parámetros normales ^{a,b}	Media	4,94	3,01	7,65
	Desviación típica	1,779	2,077	2,547
Diferencias más extremas	Absoluta	,181	,151	,159
	Positiva	,171	,151	,094
	Negativa	-,181	-,097	-,159
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,252	1,301	1,105
Sig. asintót. (bilateral)		,087	,068	,174

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		PENSAVIH	PROYTB	PROYVIH
N		74	48	74
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,96	4,52	2,46
	Desviación típica	2,123	1,637	1,737
Diferencias más extremas	Absoluta	,195	,240	,229
	Positiva	,195	,141	,229
	Negativa	-,124	-,240	-,193
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,678	1,664	1,972
Sig. asintót. (bilateral)		,007	,008	,001

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		DESESPTB	DESESVIH
N		48	74
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,35	2,08
	Desviación típica	1,139	1,710
Diferencias más extremas	Absoluta	,215	,168
	Positiva	,140	,168
	Negativa	-,215	-,112
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,487	1,441
Sig. asintót. (bilateral)		,024	,031

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.