

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

TESIS

**Clima social familiar e Ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de
salud de Lima este, 2016**

Tesis presentada para optar el título profesional de Psicóloga

Autoras:

Gabriela Ríos Vásquez

Aracely Yazumy Yamamoto Chamorro

Asesora:

Mg. Sara Esther Richard Pérez

Lima, febrero 2016

Dedicatoria

A nuestros padres, Rosario, Remberto, Luz y Rolando, quienes a lo largo de nuestras vidas han velado por nuestro bienestar y educación, siendo nuestro apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se nos presentaba sin dudar ni un solo momento en nuestras capacidades.

Agradecimiento

En primer lugar, queremos agradecer a Dios por brindarnos la oportunidad de vivir, por permitirnos disfrutar cada momento de nuestras vidas y guiarnos por el camino que ha trazado para nosotros.

En segundo lugar, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a la Mg. Sara Richard Pérez y al Psic. Cristian Adriano Rengifo por supervisarnos y hacer posible la realización de este estudio. Además de agradecer su paciencia, tiempo y dedicación que tuvieron para que esto saliera de manera exitosa. Gracias por su apoyo, por ser parte de la columna vertebral de nuestra investigación.

Índice de Contenido

Resumen	x
Abstrac.....	xi
Introducción.....	xii
Capítulo I.....	1
El Problema	1
1. Planteamiento del problema	1
2. Formulación del problema.....	3
2.1. Problema general.....	3
2.2. Problemas específicos.	4
3. Justificación.....	4
4. Objetivos de la investigación.....	5
4.1. Objetivo general.	5
4.2. Objetivos específicos.....	5
Capítulo II.....	6
Marco teórico.....	6
1. Marco bíblico filosófico	6
2. Antecedentes de la investigación.....	9
3. Marco conceptual	13
3.1. Clima social familiar	13
3.2. Ideación suicida.....	21
3.3. Marco teórico referente a la población de estudio.	31

3.4. Definición de términos	32
3.5. Hipótesis de la investigación	33
Capítulo III	34
Materiales y métodos.....	34
1. Diseño y tipo de investigación.....	34
2. Variables de la investigación	34
2.1. Definición operacional de las variables.	34
2.2. Operacionalización de las variables.	36
3. Delimitación geográfica y temporal	37
4. Participantes	37
4.1. Criterios de inclusión y exclusión	38
4.2. Características de los participantes	39
5. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	39
5.1. Escala de Ideación suicida (SSI).	40
5.2. Escala de Clima social familiar (FES).	42
6. Proceso de recolección de datos.	44
7. Procesamiento y análisis de datos.	44
Capítulo IV	45
Resultados y discusión	45
1. Resultados.....	45
1.1. Análisis descriptivo de las variables de estudio	45
1.2. Pruebas de normalidad	52

1.3. Análisis de correlación de las variables de estudio	52
2. Discusión	53
Conclusiones y Recomendaciones	56
1. Conclusiones.....	56
2. Recomendaciones	57
Referencias	58

Índice de tablas

Tabla 1	
Cuadro de operacionalización de la variable clima social familiar	36
Tabla 2	
Cuadro de operacionalización de la variable de ideación suicida	37
Tabla 3	
Datos sociodemográficos de los participantes	39
Tabla 4	
Dimensiones de clima social familiar de los participantes	45
Tabla 5	
Niveles de clima social familiar según sexo de los participantes	46
Tabla 6	
Niveles de clima social familiar según religión de los adolescentes	47
Tabla 7	
Niveles de clima social familiar según edades de los adolescentes	48
Tabla 8	
Niveles de ideación suicida en los participantes	49
Tabla 9	
Niveles de ideación suicida según el sexo de los adolescentes	49
Tabla 10	
Niveles de ideación suicida según religión de los participantes	50
Tabla 11	

Niveles de ideación suicida en edades de los participantes.....	51
Tabla 12	
Análisis de ajuste a la curva normal de las variables de estudio	52
Tabla 13	
Niveles de Ideación suicida según los niveles de Clima Social Familiar.....	52

Índice de anexos

ANEXO 1

Propiedades Psicométricas De La Escala De Ideación Suicida.....73

ANEXO 2

Propiedades psicométricas de la escala de clima social familiar.....75

ANEXO 3

Instrumentos utilizados.....76

ANEXO 4

Consentimiento Informado.....83

ANEXO 5

Carta de autorización84

Resumen

La investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre clima social familiar e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este. Se desarrolló un estudio de diseño no experimental de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes de 13-21 años de edad seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Clima Social Familiar (FES) adaptada por Ruiz y Guerra (1993) y la Escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck adaptado al Perú por Eugenio y Zelada (2011). Los resultados indican que existe una relación significativa inversa entre las dimensiones de clima social familiar e ideación suicida (Relación: $r=-.560$, $p=.000$; Desarrollo: $r=-.408$, $p=.003$; Estabilidad: $r=-.349$, $p=.013$). Se concluye que un clima social familiar favorable disminuirá el riesgo de ideación suicida en los pacientes.

Palabras claves: clima social familiar, ideación suicida, pensamientos de muerte.

Abstrac

The research aimed to establish the relationship between family social climate and suicidal ideation in patients of two health establishments in East Lima. A study of correlation-type non-experimental design was developed. The sample was composed by 50 patients of 13-21 years old selected by non-probability sampling. The instruments used were the Scale of Family Social Climate (FES) adapted by Ruiz and Guerra (1993) and the Scale of Suicide Ideation (SSI) by Beck adapted to Peru by Eugenio and Zelada (2011). The results indicate that there is a significant reverse between dimensions of family social climate and suicidal ideation (Relationship: $r = -.560$, $p = .000$; Development: $r = -.408$, $p = .003$; Stability: $r = -.349$, $p = .013$). It is concluded that a family social climate will decrease the risk of suicidal ideation in patients.

Keywords: family social climate, suicidal ideation, thoughts of death.

Introducción

La ideación suicida ha sido definida como una preocupación de forma autodestructiva, deseo y planificación de muerte, seguida por un intento suicida y finalizado con la muerte (Larraguibel, Gonzáles, Martínez y Valenzuela, 2000). Por otro lado, el clima social familiar, es la percepción que se tiene sobre el grupo social con quien se contacta el individuo para comenzar a percibir adecuadamente los hechos sociales que cada vez son más complejos y es necesario que tenga mayor conocimiento y control de sus emociones para poder expresar de manera adecuada sus sentimientos y pueda proyectarse a una mejor calidad de vida (Morales, 2000). Razón por la cual, la presente investigación, tiene como objetivo señalar como factor asociado a la ideación suicida al clima social familiar, para que de esta manera podamos reducir las tasas de intentos de suicidio y el suicidio consumado. Puesto que es la segunda causa de muerte a nivel mundial, además, en el Perú ocurre una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El trabajo comprende cuatro capítulos; el primer capítulo, está compuesto por el planteamiento y formulación del problema, seguida por la justificación y los objetivos de la investigación tanto general como específica.

El segundo capítulo, alcanza el marco teórico, el marco bíblico filosófico, los antecedentes de la investigación, el marco conceptual, la definición, tipología, funciones, modelos teóricos e importancia del clima social familiar, y de la variable de ideación suicida, comprende el estudio histórico, definiciones, características, fases, factores de riesgo y modelos teóricos. Así mismo, el marco teórico referente a la población de estudio, definición de términos y las hipótesis generales y específicas.

En tercer capítulo, se encuentran los materiales y métodos, es decir, el diseño y tipo de investigación, la operalización de variables, delimitación geográfica y temporal,

participantes, los criterios de inclusión y exclusión, características, técnicas e instrumentos de recolección de datos, el proceso de recolección y procesamiento y análisis de datos.

El capítulo cuatro, comprende los resultados descriptivos y correlacionales de las variables, asimismo, la discusión de los resultados.

Finalmente, en el capítulo cinco se encontrarán las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015, informa que cada año se suicidan alrededor de ochocientas mil personas en el mundo, convirtiéndose de esta forma en la segunda causa principal de muerte con la población que oscila entre los 15 y 29 años.

Asimismo, el 75% de todos los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos, dentro de los cuales se encuentra el Perú, puesto que ocurre un suicidio, cada 40 segundos. Del mismo modo, por cada suicidio, hay más intentos de suicidio cada año, entre la población en general, el factor individual de riesgo más importante es un intento de suicidio no consumado (OMS, 2015).

En la población peruana se calcula que existen 2,7 millones de personas entre 15 y 24 años, de los cuales un 48% presentó deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse (Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, 2006).

Además, la tasa de suicidios más alta (80%) está en personas con depresión, puesto que de cada 20 intentos, uno se suicida. Siendo las posibles causas, el rompimiento de los lazos sociales, y familiares. Sin embargo, esto podría prevenirse con el cuidado, protección, la atención a las emociones desde el nacimiento (Ministerio de Salud, 2014).

Wild, Flisher y Lombard (citados por Sarmiento y Aguilar, 2011), refieren que la ideación suicida se conceptualiza como la primera fase de una conducta que termina con la

vida. La ideación puede ser un antecedente del intento suicida, el cual, a su vez, es el principal predictor de futuros intentos, e incluso del suicidio consumado.

Además, Cheng *et al.* (citados por Sánchez, Villarreal, Musituy Martínez, 2010) refieren que la ideación suicida es un fenómeno complejo en donde intervienen factores tanto personales, como familiares y escolares.

En este sentido la OMS señala que el clima social familiar es la base de un desarrollo biopsicosocioespiritual positivo para los adolescentes especialmente en la etapa escolar académica, esto permitirá la formación y reforzamiento de estrategias adecuadas para afrontar los problemas evitando cualquier tipo de riesgo físico, psíquico y social (citado por Núñez *et al.*, 2010).

La manera en que el individuo se adapta a sus diferentes medios de vida, depende en parte de la educación familiar y de la naturaleza de las relaciones padres-hijos, que van a constituir ese conjunto de características psicológicas e institucionales del grupo humano familiar dentro de un ambiente dado, y el cual se la conoce como clima social (Kemper 2000). Por ello, Moos (citado en Espina y Pumar, 1996) menciona que “el clima social dentro del cual funciona un individuo debe tener un impacto importante en sus actitudes y sentimientos, su conducta, su salud y el bienestar general así como su desarrollo social, personal e intelectual” (p.341).

En este contexto, Moos y Trickett (1997) consideran que el clima social familiar se constituye en el conjunto de las dimensiones de relación, desarrollo y estabilidad, como atributos afectivos que caracterizan al grupo familiar en su ambiente. Una vez que los individuos se incorporan a la sociedad, es donde se revelan las deficiencias o fortalezas que se inculcaron en el seno familiar, si estas fueron positivas, funcionales y adecuadas, la interacción social es más probable que se de en forma adecuada.

Según Villardón (2009), cuando la base familiar es afectada aparece la ideación suicida, pues son los pensamientos de falta de valor hacia la vida que conlleva a la planificación de un acto letal. Es uno de los factores de riesgo más relevantes que llega a la realización del fallecimiento de una persona y ha sido menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado.

Por otro lado, Perasso (2015) señala que no existe una razón específica por la que una persona decide quitarse la vida, puesto que el suicidio es una problemática muy compleja. Aún más, en la población adolescente, pues es una cuestión que aún no investigan y es menos entendida.

De esta manera, Rosselli, Jurado y Matute (2008) exponen que en la última etapa de la adolescencia, adquieren mayor habilidad de control de impulsos, planeación de las conductas y resolución de problemas, logro de la independencia de los padres, elaboración de propia escala de valores, habilidad de comprometerse con sus ideas, establecer sus propios límites, reaceptación de consejos y valores parentales. A esto Taha, Florenzano, Sieverson, Aspillaga y Alliende (2011) añaden que la religiosidad y espiritualidad influyen en la salud y bienestar en general ya sea mental y físico, para controlar los riesgos suicidas.

Por ello, es pertinente realizar este estudio con el objetivo de identificar la relación entre el clima social familiar y la ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016

2. Formulación del problema

2.1. Problema general

En ese sentido, surge la siguiente interrogante ¿Existe relación significativa entre clima social familiar e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016?

2.2. Problemas específicos

- ¿Existe relación significativa entre relación familiar e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016?
- ¿Existe relación significativa entre desarrollo familiar e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016?
- ¿Existe relación significativa entre estabilidad familiar e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016?

3. Justificación

El presente trabajo busca tomar consciencia sobre la tasa de incidencia del riesgo suicida, que cada año va en aumento y como causa principal se debe a la desunión familiar y social (Ministerio de salud pública, 2006). Por ello, es importante investigar la relación del clima social familiar en adolescentes respecto a la presencia de ideación suicida, siendo un indicador de riesgo, debido a que es un factor previo a la tentativa del suicidio y al suicidio consumado.

De esta manera, la investigación se dirige a profesionales de la salud mental para un adecuado abordaje del tema respectivo y para una mejora en la dinámica familiar.

Por su relevancia social los resultados de este estudio servirán para la orientación de los adolescentes y sus familias respecto al abordaje de la ideación suicida y la importancia de una mejora en el clima social familiar. Servirá también para la implementación de talleres, programas de intervención o prevención en familias con pacientes que experimentaron una ideación o intento suicida.

Finalmente, este trabajo contribuirá a ampliar el conocimiento sobre la importancia de un adecuado clima social familiar, asimismo, servirá como fuente de información para futuras investigaciones en el ámbito nacional.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

Determinar si existe relación significativa entre el clima social familiar e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016.

4.2. Objetivos específicos

- Determinar si existe relación significativa entre el clima social familiar de relación e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016.
- Determinar si existe relación significativa entre el clima social familiar de desarrollo e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016.
- Determinar si existe relación significativa entre el clima social familiar de estabilidad e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016.

Capítulo II

Marco teórico

1. Marco bíblico filosófico

La realización o el fracaso futuro de la sociedad serán determinados por los modales y la moralidad de la juventud que se va criando alrededor los hogares. Puesto que, depende de cómo se haya educado a los jóvenes y en la medida en que su carácter fue amoldado en la infancia por hábitos incorruptibles, lecciones de respeto, de dominio propio, reverencia y obediencia, para que sean ellos los que influyen en la sociedad y no la sociedad sobre ellos (Youngberg y Youngberg, 1985).

Los padres irritables dan a sus hijos lecciones acerca de las cuales, en alguna época de su vida, querrán olvidarlas. Es por ello que los hijos deben ver en la vida de sus padres un espíritu consecuente con su fe, llevando una vida que concuerde con sus principios y ejerciendo dominio propio además, amoldarlos, guiarlos hacia caminos en las cuales no se pierdan en una triste y soledad (White, 1989).

White, en 1989, menciona que el esposo y padre es cabeza de la familia y es justo que la esposa busque en él amor y ayuda para la educación de los hijos. Los hijos también buscan algo de su padre que es apoyo y dirección. Los padres y las madres que ponen al Señor en el primer lugar en su familia, que enseñan a sus hijos que el temor del Señor es el principio de la sabiduría, glorifican a Dios delante de los ángeles y delante de los hombres presentando al mundo una familia bien ordenada y disciplinada, una familia que ama y obedece.

Por otro lado, según Collins (1967), los padres y madres deben considerar que es importante que guíen los sentimientos de afecto de sus hijos para que tengan amistad con personas correctas o adecuadas. Ellos deben sentir que, mediante su enseñanza y su ejemplo, con la ayuda de la divina gracia, podrán formar el carácter de sus hijos desde la más tierna infancia, de tal manera que sean nobles y se sientan atraídos por lo bueno y no lo malo.

White (2007) menciona, los padres deben ser responsables con la futura felicidad de sus hijos, puesto que “el respeto de Isaac por el juicio de su padre era resultado de su educación, que le había enseñado a amar una vida de obediencia”.

La vida cristiana se debe hacer atractiva, puesto que colmándolos del deseo de hacerse aptos para las mansiones que Cristo ha ido a preparar para quienes le aman, Dios logrará guiarlos a la verdad (White, 2005).

Podemos inferir que los casos bíblicos de Saúl y Judas muy aparte de no dejarse guiar ni someterse a la palabra de Dios, desde su niñez, no desarrollaron habilidades para afrontar dificultades que surgen hasta la actualidad.

En estos casos ya mencionados el desenlace de la historia culmina en el suicidio consumado, que precede a la ideación suicida. Esto se conoce como tener pensamientos frecuentes relacionados con poner fin a la propia vida. Es un fenómeno que aparece en todas las edades, en todos los niveles escolares, en todos los grupos de profesionales, en todas las religiones y en ambos sexos.

White (2014) indica que “Satanás está dominando las mentes de los jóvenes y extraviando sus pies inexpertos. Ellos ignoran sus designios, y en estos tiempos peligrosos los padres deben despertar y trabajar con perseverancia y laboriosidad para rechazar el primer ataque del enemigo. Deben guiar a sus hijos, cuando salen, cuando entran, cuando

se levantan e incluso cuando se sientan.” (p.62), logrando así que tomen consciencia, puedan estar preparados e ignorar lo malo para encaminarse en lo bueno.

Para la Biblia, el suicidio se llega a ejecutar a medida en que la persona va alejándose de la presencia de Dios, como fue el caso de Saúl, quien se dejó caer sobre su propia espada (White, 1970).

White (2007) refiere que Pilato también cometió suicidio. “antes que arriesgarse a perder su puesto entregó a Jesús para que fuese crucificado, pero a pesar de sus precauciones aquello mismo que temía le aconteció después. Fue despojado de sus honores, fue derribado de su alto cargo y, atormentado por el remordimiento y el orgullo herido, poco después de la crucifixión se quitó la vida” (p.686).

Jesús, quien conoce los corazones de los hombres, continúa obrando en favor de la gente sin condenarla, ¿actuaremos nosotros en una forma diferente? De estos casos bíblicos, se podrá discernir que el caso real que se debe considerar tiene que ver con el entorno de nuestra propia vida. A todo el mundo se le ha dado la oportunidad de conocer a Dios y cada uno debe decidir qué hacer con este conocimiento.

Los que lo rechazan a él y sus valores, a menudo sienten que la vida no es digna de ser vivida y quieren acabar con la suya. Sin embargo, no todo suicidio es el resultado de rechazar a Dios. Hay otros factores sobre los cuales uno pierde el control, como el estrés, la soledad, la traición, la vergüenza, la depresión, las enfermedades mentales o las enfermedades terminales (White, 2014).

Como cristianos se puede afirmar tres principios importantes: Primero, se deberá reconocer que la vida es una y que es un don de Dios para ser vivida a través de su gracia por medio de la fe. Segundo, cuando se encuentra alguien con pensamientos de autodestrucción, tenemos la obligación de guiarlo a esa persona hacia el camino de Dios desea para sus hijos. Tercero, debemos entender que no nos pertenece el juzgar. Aun

cuando podríamos estar ejerciendo un ministerio de amor y ternura, no tenemos autoridad para jugar a alguien que ha cometido el pecado máximo.

2. Antecedentes de la investigación

LaikWok y Shek (2008) ejecutaron una investigación en China, en la que buscaron encontrar la relación entre desesperanza, funcionamiento familiar percibido y la ideación suicida en una muestra de 5,557 adolescentes escolarizados. Aplicaron el Chinese Hopelessness Scale (C-HOPE) desarrollada por Shek en 1993. En los resultados se determinó que la desesperanza presenta una relación positiva con la ideación suicida y que el funcionamiento familiar global percibido presenta una relación negativa con la ideación suicida.

Asimismo, Salvo y Melipillán (2008) en Chile, realizaron un análisis descriptivo, donde estipularon que la autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar y apoyo social conduce al suicidio en adolescentes. Participaron 763 estudiantes de enseñanza media, seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple. Se utilizaron instrumentos como: Escala de Suicidalidad, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Impulsividad, Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson y Escala de Apoyo Social de Zimet. Sus resultados fueron que los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social presentan mayor probabilidad de suicidios.

Baggio, Palazzo, y Ganzo (2009) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir la planificación suicida y factores asociados en adolescentes escolares de la Región Metropolitana de Porto Alegre (Brasil). La muestra estuvo conformada por 1,170 estudiantes adolescentes de 12 a 18 años, seleccionados a través de un muestreo conglomerado. Se utilizaron las pruebas de Global School-based Student Health Survey y

Body Shape Questionnaire (BSQ). Los resultados mostraron que la prevalencia de planificación suicida fue de 6.3%, la prevalencia de planificación del suicidio lo poseen los adolescentes con problemas, rechazos y agresiones sufridas en la familia, lo cual, intensifica los sentimientos de soledad y la prevalencia de la planificación suicida.

Sánchez, Villarreal, Musitu y Martínez (2010) en México, contrastaron un modelo explicativo psicosocial de ideación suicida en adolescentes, mediante un estudio explicativo de tipo transversal. Se utilizó una muestra probabilística estratificada de 1285 estudiantes mexicanos de escolaridad media y media superior. Los instrumentos utilizados tenían índices adecuados de fiabilidad, mostrando niveles adecuados de bondad de ajuste absoluto. Se concluyó que el Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS) se ajustaba bien a los datos y era compatible con el modelo teórico propuesto, entre el funcionamiento familiar y los problemas de integración escolar con la variable dependiente. De esta manera, se encontró relación directa con la ideación suicida, victimización escolar, sintomatología depresiva y conducta alimentaria de riesgo.

Carvajal y Caro (2011) en Colombia, evaluaron la relación entre la desesperanza, la soledad y el grado de salud familiar en adolescentes escolarizados con y sin ideación suicida en una muestra de 482 adolescentes entre 14 y 17 años. Aplicaron la Escala de Ideación Suicida de Beck, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Desesperanza de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Soledad de la Universidad de California y el Instrumento de Salud Familiar. Los hallazgos muestran que las variables que mejor explican la presencia de ideación suicida son: antecedente de intento de suicidio, baja autoestima, depresión y pertenecer a una familia poco saludable.

Cañón (2011) realizó un estudio de revisión literaria en Colombia, sobre los factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Se encontró que existe una mayor cantidad de incidencia de intento de suicidio en adolescentes de 15 años, por ser la

adolescencia una etapa crisis y cambios. Asimismo, se encontró relación significativa entre la conducta suicida y disfunción familiar. Esto se debe a que los problemas familiares, carencia de afecto, falta de interés y desunión entre los miembros es una de las causas para tener una conducta suicida.

Pérez, Téllez, Vélez e Ibáñez (2012) en Bogotá, determinaron la probabilidad de riesgo suicida y/o enfermedad mental junto a los factores asociados en estudiantes de secundaria de tres colegios. El estudio fue de corte transversal con 309 adolescentes. Concluyendo así que el riesgo para comportamiento suicida y/o enfermedad mental fue explicado conjuntamente por la depresión, la baja autoestima y la disfunción familiar severa. Debido a que el maltrato psicológico seguido del abuso físico se asoció con manifestación suicida y la buena relación familiar. Además, se encontró mayor índice de ideación suicida en mujeres con la edad mayor o igual a 15 años.

También, Pérez, Uribe, Vianchá, Bahamón, Verdugo y Ochoa (2013) ejecutaron una investigación en México. Investigaron los estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. La muestra fue de 398 adolescentes. Las pruebas que utilizaron fueron: Estilos Parentales propuesta por Andrade y Betancourt (2008) y se desarrolló una escala para medir la ideación suicida. Los resultados obtenidos indican las relaciones significativas entre las dimensiones de estilo parental e ideación suicida, donde la variable que mayormente predice la ideación suicida es la falta de control de los padres, asimismo la carencia de afecto y comunicación entre los miembros; finalmente, los límites y normas claras establecidas en el hogar.

Asimismo, Siabato y Salamanca (2015) buscaron los factores asociados a la ideación suicida en universitarios de la ciudad de Bogotá (Colombia). La muestra estuvo conformada por 258 estudiantes con edades comprendidas entre los 18 y 24 años. Se utilizaron la Ficha sociodemográfica, la Escala de eventos vitales estresantes para

adolescentes (EEVA-Udenar), la Escala de Zung para depresión (SDS), Cuestionario de Dependencia Emocional, Escala de Impulsividad de Barratt y el Inventario de Ideación Suicida positiva y negativa (PANSI). Los hallazgos muestran mayor nivel de ideación suicida cuando los adolescentes presentan en su hogar una disfunción, ya sean problemas con algún miembro en la familia, resentimiento con algún ser querido o al vivir alejado de la familia.

Por otro lado, Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova y Melipillán (2015) en Chile, llevaron a cabo un estudio con el propósito de determinar la asociación entre variables sociodemográficas, funcionamiento familiar, identificar los problemas intrafamiliares y el grado de apoyo familiar con la presencia de intento de suicidio a lo largo de la vida. La muestra estuvo conformada por 751 adolescentes. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de suicidalidad de Okasha, Apgar familiar de Smilkstein, la escala de desesperanza de Beck, Inventario de depresión de Beck y el Inventario de autoestima de Coopersmith. Sus resultados obtenidos señalaron que nunca se había presentado una ideación suicida en adolescentes que han tenido la presencia de progenitores en el grupo familiar y una familia funcional, sin embargo, la ideación suicida se presentaba en el grupo de adolescentes donde había ausencia de los padres y el funcionamiento familiar en niveles disfuncionales.

Rojas y Saavedra (2012) ejecutaron una investigación en Perú, determinaron el grado de relación entre deseo de morir, pensamiento y planeamiento suicida con los indicadores de cohesión familiar en adolescentes. Con una muestra de 2390 adolescentes. La prueba que utilizaron fueron: El cuestionario de Salud mental. Los resultados obtenidos indican una relación inversa entre la ideación suicida y la cohesión familiar, es decir, si en la familia existe ideación suicida es porque la cohesión familiar no es buena y viceversa.

3. Marco conceptual

En este capítulo, se presentan las bases teóricas de las variables de esta investigación, el marco conceptual de ideación suicida de Beck, asimismo, el marco conceptual del clima social familiar de Moos.

3.1. Clima social familiar

3.1.1. Definición de la familia

Para comprender lo que conlleva el definir Clima Social Familiar, es importante mencionar las definiciones que existen sobre la familia.

Desde el punto de vista psicológico, Merani (1967) la considera como un conjunto de personas profundamente relacionadas, que conforma, profundamente la personalidad de sus integrantes. Además, la familia constituye una unidad e identidad que afecta a un miembro o a todos de forma directa o indirectamente; por ello, se puede hablar de un sistema familiar, de una comunidad que está organizada, ordenada y jerarquizada y, muchas veces, relacionada con su entorno.

Asimismo, Giménez menciona que es un grupo de personas vinculadas por lazos de primer grado, tanto de afinidad, de relaciones entre hermanos, de la unión conyugal o de pareja; como de consanguinidad, de ascendencia y descendencia. Este grupo tiene en todas las sociedades y culturas distintas funciones de gran trascendencia como: crianza de los hijos, aporte residencial, aporte económico (de producción y consumo), de sociabilidad y socialización (Chuquimajo, 2014).

De esta manera, se concluye que la familia es la unión básica de la sociedad que está formada por dos o más personas con o sin niños bajo su custodia; que tienen el compromiso de brindar salud física y emocional compartiendo tiempo, espacio y sustento económico entre sus miembros.

3.1.2. Tipología de familia

Contreras (2013) señala según el modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad los siguientes tipos de familia:

- Nuclear: es la unidad familiar esperada por la sociedad, que comprende la convivencia de ambos padres y los hijos, quienes pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia (padres e hijos).
- Extendida: se compone de más de una unidad nuclear, pues está constituida por ambos padres e hijos y parientes de la tercera generación (padres, hijos y nietos).
- Ampliada: constituida por ambos padres y los hijos, además, de parientes como sobrinos, cuñados, primos, etc.
- Mono parental: familia constituida únicamente por el padre o la madre y los hijos, ya sea por separación, viudez o decisión personal.
- Reconstituida: constituida por uno de los padres, su nueva pareja y los hijos.

3.1.3. Funciones de la familia

Moos y Trickett, mencionan que sea el contexto histórico - social en la que se encuentre la familia, siempre deberá cumplir cuatro tareas esenciales:

- Asegurar la satisfacción de las necesidades biológicas del niño y completar sus inmaduras capacidades del modo más apropiado en cada fase del desarrollo.
- Enmarcar, dirigir y canalizar sus impulsos a fin de que el niño llegue a ser un individuo integrado, maduro y estable.
- Enseñarle los roles básicos, así como el valor de las instrucciones sociales y las costumbres básicas de la sociedad, constituyéndose en el sistema social primario.

- Enseñarle las técnicas adaptativas de la cultura, lo que esto incluye al lenguaje.

3.1.4. Definición de clima social familiar

Se entiende por clima social familiar a un grupo social con quien se contacta el individuo para comenzar a percibir adecuadamente los hechos sociales que cada vez son más complejos y es necesario que tenga mayor conocimiento y control de sus emociones para poder expresar, de manera adecuada, sus sentimientos y pueda proyectarse a una mejor calidad de vida (Morales, 2000).

García (2005) agrega que el clima social familiar está relacionado con las interacciones que los padres desarrollan con los hijos en el hogar. Estas pueden variar en cantidad y calidad. Como se sabe, el tipo de interacción familiar que establecen los sujetos desde su temprana infancia ejerce influencia en sus diferentes etapas de vida, facilitando o dificultando las relaciones en las diferentes esferas de actividad: educativa, formativa, social y familiar.

De esta manera, Freedman (1980) señala que la interacción dinámica desarrollada en la familia, junto a una serie de elementos estructurales que la condicionan, son los portadores de un clima que contribuye al desarrollo personal de sus miembros. De esta manera, se concuerda puesto que la dinámica familiar es un factor decisivo para el incremento o reducción de la ideación suicida. Esto quiere decir, que cuando en la familia no se ha integrado dinámicas de comunicación y comprensión emerge el riesgo suicida (Rodrigo, et.al, 2004; Daniel y Goldston, 2009; Andrade, 2012).

Asimismo, Moos señala que el clima social familiar se define como el estilo de interacción que adopta la familia para su funcionamiento, es decir, según las formas en que sus miembros se relacionan entre sí, en que se satisfacen las necesidades de sus integrantes para su crecimiento personal y la forma como se organizan y estructuran como sistema

para su mantenimiento (Guerrero, 2014). Por ello, se menciona que el clima social familiar es el estado de bienestar resultante de las relaciones que se dan entre los miembros de la misma (Metalinares *et al.*, 2010).

Es así como en este estudio se tomara la definición de Moos y Trickett quienes mencionan que la familia es la que posibilita el proceso de desarrollo de las habilidades sociales en sus hijos e hijas mediante diversos mecanismos y estrategias, donde juega un papel esencial el ambiente presente en el núcleo familiar. El ambiente ha sido estudiado como clima social familiar; considera las particularidades psicosociales e institucionales de un grupo familiar y retoma todo aquello que se suscita en la dinámica familiar, desde su estructura, constitución y funcionalidad (Isaza y Henao, 2011).

3.1.5. Modelos teóricos

Varios modelos teóricos se han preocupado por evaluar el clima social familiar percibido por los miembros de la familia. Entre los más clásicos se incluyen el modelo de Claude Levy, Olson y *et al*, el de Skinner, y el de Moos.

3.1.5.1. Modelo Ambiental de Claude Levy

Kemper (2000) menciona que el modelo se basa en un amplio estudio relacionado con los efectos psicológicos del ambiente y la influencia que tiene sobre el individuo. Dando énfasis a que no solo los escenarios físicos afectan la vida de las personas, también los individuos son quienes influyen activamente sobre el ambiente.

El ambiente debe ser estudiado de una manera general con el propósito de conocer las reacciones del hombre o su marco vital y su conducta en el entorno (Zavala, 2001).

Si bien es cierto existen muchos estímulos del ambiente externo, estos pueden darse de manera positiva o negativa considerando la realidad de cada familia, sin embargo, cada

persona asimila estos estímulos de manera diferente que origina en ellos formas distintas de pensar y un comportamiento diferente.

3.1.5.2. *Modelo Circumplejo de Olson*

El marco de referencia conceptual propuesto por Olson es el modelo circumplejo que trata de situar a la familia en el interior de una matriz creada partiendo de dos variables: la cohesión y la adaptabilidad de la familia.

La variable cohesión se considera muy importante en el estudio de la estructura familiar; su definición conceptual comprende los lazos emocionales que ligan recíprocamente a los miembros de la familia y el grado de autonomía personal de cada componente. El grado de cohesión del sistema familiar viene dado por los lazos emotivos entre los miembros de la familia, los confines intrafamiliares e intergeneracionales, las coaliciones, el uso del tiempo y del espacio familiar, las amistades comunes, los procesos de toma de decisión y los intereses y actividades del tiempo libre en la vida familiar. De la misma forma Rios (2007), refiere como factor ligado a la ideación suicida es el deterioro de estabilidad familiar, es decir, exceso de autoridad o la permisividad, indiferencia y hostilidad.

La variable adaptabilidad indica la capacidad de reajustar el poder, los roles y las reglas que rigen las relaciones familiares en respuesta a las situaciones propias del proceso evolutivo y situaciones de estrés. El grado de adaptabilidad se configura a través de las variables de control, disciplina, estilos de negociación, esquemas relacionales y reglas según el rol de los miembros.

Finalmente, los valores y normas proporcionan el contexto en el que todos los procesos básicos deben considerarse. Este modelo enfatiza como las dimensiones básicas del funcionamiento familiar interrelacionan entre sí.

3.1.5.3. *Modelo de Rudolf H. Moos*

Según Moos (1974), tres dimensiones están insertas en el clima social familiar. Las cuales se presentan a continuación:

- Dimensión de relaciones: conformada por el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está formada por las siguientes sub escalas:
 - Cohesión: el grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí.
 - Expresividad: grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos.
 - Conflicto: grado en que se expresan abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia.

- Dimensión de desarrollo: apunta a los procesos de despliegue personal que se dan y propician dentro de la familia. Comprendida por las siguientes subescalas:
 - Autonomía: grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos.
 - Actuación: grado en el que las actividades se enmarcan en una estructura orientada a la acción competitiva.
 - Intelectual-cultural: grado de interés en las actividades intelectuales y culturales.
 - Social-recreativa: grado participación en actividades lúdicas y deportivas.
 - Moralidad-religiosidad: importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

- Dimensión de estabilidad: se refiere a la estructura, formación de la familia y a la manera en que el control se ejerce entre sus miembros. Está formada por las siguientes subescalas:
 - Organización: evalúa la importancia que se da a la planificación de las actividades y responsabilidades de la familia.
 - Control: grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

Para Moos (1974), el clima familiar es un determinante decisivo del bienestar del individuo; asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que este contempla una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo.

3.1.6. Importancia del Clima Social Familiar

Es innegable la importancia que tiene la familia para la supervivencia del individuo y el moldeamiento de su personalidad. Esta ha demostrado su gran adaptabilidad para adecuarse a las continuas transformaciones sociales; con todas sus limitaciones, la familia desempeña –y lo seguirá haciendo- un rol fundamental para la supervivencia y el desarrollo de la especie humana (Dughi, Macher, Mendoza y Nuñez, 1995).

La realidad del ser humano es principalmente familiar; antes que ciudadanos consumidores, somos seres familiares. Por ello, el clima social familiar es un espacio de encuentro personal, de filiación, de donación en su significado más profundo y humano, llegando a la conclusión que la familia es un encuentro que da identidad (Pérez, 2009).

Según Sierra, R. y Duque, H. (2001) para un buen ambiente en familia se necesita el compromiso de los padres e hijos. Es fundamental que los padres se interesen y velen por

el bienestar de sus hijos, conocer sus valores, sus habilidades, crear en ellos confianza y valor moral.

Adicionalmente, García (citado por Guzmán y Pacheco, 2014) señala que tanto en la Psicología como en otras especialidades se ha comprobado e identificado la importancia que tiene las relaciones interpersonales en el éxito o en el fracaso de las personas en la sociedad, lo que evidencia haber tenido un adecuado clima social familiar desde su infancia.

Si bien es cierta la comunicación es fundamental para establecer un clima social familiar adecuado, pues sin ella, se hablaría de una relación parcializada entre padres e hijos. También es importante en la familia el establecimiento de los roles debido que los padres cumplen una función protectora y los hijos tienen como responsabilidad obedecer las normas y reglas del hogar, sin embargo, no debemos extralimitarnos en reglas sino se convertiría en una familia autoritaria y rígida si les brindamos amor podrán desenvolverse de manera integral e independiente, reafirmará la seguridad de sí mismo aprenderán a quererse y valorarse por lo que ellos son ya que al recibir amor aprenderán también a dar amor.

Cuando un niño vive situaciones que le provocan rabia, miedo o tristeza, la familia puede ayudar a que esas vivencias difíciles se integren en su proceso de desarrollo y se fortalezca su personalidad. Esto puede determinar en ellos una historia de hostilidad que los impulsa a hacer exactamente lo contrario de lo que los padres esperan de ellas y realizan comportamientos de autoagresión y autodestrucción para así hacer sentir a su familia culpables por el fracaso de sus propias acciones. En estas ocasiones, los niños necesitan más que nunca ser tomados en serio y sentirse acogidos por la familia (Romero, Sarquis y Zegers, citado por Benítez, 1997).

Así, la familia juega un papel fundamental en el crecimiento de los hijos. En este largo proceso los padres dan y también reciben. Ellos dan seguridad interior a sus hijos al entregarles calor afectivo y la sensación de que son útiles y valiosos, pero también son recompensados cuando sienten la satisfacción de verlos jugar, crecer y aprender todos los días algo nuevo.

3.2. Ideación suicida

3.2.1. Estudio histórico del Suicidio

Deshaies (1951) aborda el suicidio bajo dos perspectivas a través de la historia.

En primer lugar, el suicidio en la historia, a causa de que el ser humano a procurado sobre sí mismo el derecho a la vida y a la muerte, a través de la historia, los suicidios fueron dados con mayor frecuencia, llevados por las costumbres y las masas de ese entonces, con fines tales como: la liberación de sus males, buscar de la perfección o por huir de un enemigo. Esto empezó a decrecer cuando el cristianismo prohibió el suicidio, no obstante, estos hechos autodestructivos aún se presentaban. Esta diversidad de conceptos, brinda un panorama universal de la idea del suicidio en diferentes periodos, donde la religión, filosofías, literatura y el clima socio cultural influían en estas personas.

En segundo lugar, para la historia del suicidio, su estudio ha sido de inspiración para psicólogos, psiquiatras y filósofos a nivel mundial, iniciando por el abate Desfontaines en el año 1737, pues utilizó por primera vez la palabra “suicidio”, pero en realidad no fue hasta el siglo XIX, donde se pudo abordar con veracidad su estudio, razón por el cual, se opusieron dos escuelas: una psiquiátrica, buscando una explicación dentro de la persona, manifestando que no existía ninguna persona, por la que no se haya cruzado la idea del suicidio. Por otro lado, la psicológica, que investigaba sobre el entorno social, objeto que

es un fenómeno constante que no podían ser explicados sólo con actos individuales, sino también era el resultado de influencias familiares, religiosas y sociales.

3.2.2. Definiciones

Diversos autores determinan a la ideación suicida como pensamientos, ideas que van proyectando o planificando para concluir con el acto suicida. No obstante, no todos terminan consumando la ideación suicida. A continuación se verán los diversos conceptos según la perspectiva de los autores.

Brent define la conducta suicida como algo continuo, que va desde la ideación suicida, pasando por las amenazas e intentos hasta llegar al suicidio consumado, donde los factores familiares, psicológicos y antecedentes psiquiátricos de familiares, tienen mayor relevancia y están asociados con esta cadena (Larraguibel, Gonzáles, Martínez y Valenzuela, 2000).

Adicionalmente, Diekstra y Garnefski (1995) señalan que la ideación suicida puede expresarse como pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido, de valor de la vida, breves pensamientos de muerte, que inclusive puede llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse. Por esta razón, las cogniciones pueden variar desde pensamientos fugaces, tales como: “la vida no vale la pena vivirla”, hasta “imágenes autodestructivas persistentes y recurrentes” (Venceslá y Moriana, 2002). De esta manera, la ideación suicida implica, desde pensamientos sin razón ("la vida no tiene sentido") hasta ideas suicidas con un plan de realización o amenazas (Villardón, 2009).

Se añade que, esta conducta se identifica cuando una persona piensa, planifica o desea cometer suicidio de forma frecuente, durante, por lo menos, dos semanas haciendo algún

plan e identificando los medio necesarios para conseguirlo (Mingote, Jiménez, Osorio y Palomo, 2004).

Por ello, Domènech (2005) señala que los intentos de quitarse la vida o pensamientos fugaces, lo han estado pensando y proyectando desde tiempo atrás, alimentándolo de esa manera y pudiendo terminar en suicidio.

Aparte de ello, se entiende por ideación suicida según Goldney, Winefield, Tiggemann y Smith (1989) a los “procesos cognitivos y afectivos que van desde la falta de sentido de vivir, la preparación para acabar con la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción” (p.481).

Adicionalmente, Doménech (2005), añade que la ideación suicida es la ideación mórbida o pensamientos reiterativos en torno a la muerte, encontrándose estos pensamientos desde la infancia y conservándose hasta la adolescencia y llegar a completar la ideación.

Por consiguiente, Konick y Gutierrez (2005) señalan que la ideación suicida es el precursor más importante de conductas suicidas posteriores.

Es por ello que, Jiménez (2008) argumenta que “la conducta e ideación suicida se puede ver como una gama de conductas y pensamientos que va en un continuo de severidad desde ideación suicida leve (ejm. pensamientos de querer morir), amenazas de quitarse la vida, intentos o gestos moderados, hasta intentos serios y suicidio completado” (p.6).

De esta manera, Beck, Rush, Gary y Shaw (1979), señalan al intento suicida como un suceso progresivo que inicia con deseos, seguida con la planificación del modo en que la persona desea acabar con su vida, presentando a su vez, desesperanza, desligamiento de la sociedad, falta de capacidad para pedir ayuda y sentimientos de inutilidad.

Finalmente, de acuerdo con Beck, Kovacs, Weissman (1979) se define la ideación suicida como una continuación de formas, métodos de deseos de acabar con la vida, y esto a su vez, ha sido diagnosticado en pacientes con otros trastornos.

3.2.3. Características de la ideación suicida

La característica fundamental que destaca en la ideación suicida es la crisis, puesto que por lo general las personas que piensan en suicidarse, es porque atraviesan una crisis. Esta postura produce nuevas alternativas teniendo en cuenta que las cosas no pueden durar indefinidamente y que, por tanto, algo debe ser modificado (De la Fuente, 1997).

Así también, está presente la ambivalencia pues presentan sentimientos opuestos, tales como el de acabar con su vida y el de querer vivir. Por ejemplo, el pensar en tomar altas dosis de pastillas y al mismo tiempo rehusarse a hacerlo. Esta ambivalencia hace que se pueda prevenir el suicidio (Bastías, 2007).

O'Carroll (citado por Martínez y Guinsberg, 2009) declara que una característica fundamental es la comunicación, debido a que la persona piensa en suicidarse porque siente que las personas de alrededor no perciben esa necesidad de ayuda, puesto que el mensaje se da encubierto y se debería intentar descifrar el verdadero mensaje.

Por otro lado, Bastías (2007) afirma que, la ideación suicida no es repentina o impulsiva, puesto que se va desarrollando de forma gradual, pues se da de forma detallada en la fantasía de la persona. Además, estos pensamientos en presencia de las crisis dolorosas son los que producen alivio a dicha tensión.

Es así como Quidu (citado por Cuadra, Ochoa de la Meza, Cornejo y Barrera 2009), lo define bajo cuatro aspectos.

- El suicidio, acto que se logra con la muerte.
- Tentativa del suicidio, acto inconcluso que tiene como resultado un fracaso.

- La veleidad del suicidio, el acto pero esbozado.
- La idea del suicidio, representación que se hace en la mente sobre el acto del suicidio.

Es difícil predecir cuando el suicida va a cambiar sus ilusiones en un acto concreto, a pesar de las características ya mencionadas (Bastías, 2007).

3.2.4. Fases de la conducta suicida

El continuum psicopatológico, fue descrito por Pfeffer, Zuckerman, Plutchik (1979) en tres fases sucesivas: ideas de suicidio o ideación suicida, intentos y suicidio consumado.

Primera fase: Ideación suicida

Es la subsistencia de los pensamientos persistentes de querer y desear terminar con la vida, desde ideación hasta ideas suicidas con el plan concreto de realización o amenazas. Esta fase se encuentra en muchos niños y sigue presente entre los adolescentes. Asimismo, consideran importante que se pueda explorar la ideación en los adolescentes que asisten a los Centros de Salud mental, tanto por el riesgo potencial como por el sufrimiento personal que acompaña. Sin embargo, aunque la frecuencia sea mayor en esta población y aunque hayan sido registrado datos, es importante en la población general, es decir, en los adolescentes aparentemente normales.

Segunda fase: Intento de suicidio

Es conocido también como un para-suicidio, pues es el acto fallido de muerte, donde a propósito la persona se hace daño a sí mismo (Mardomingo, 1994).

Tercera fase: Suicidio consumado

Es el acto de matarse, que resulta de forma positiva, cometido por la víctima. (Pierre, 1992). Además, es cualquier forma de conducta motivado a terminar con su existencia (Quintanar, 2007).

3.2.5. Factores de riesgo de ideación suicida

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2011 describen tres factores de riesgo sobre la ideación suicida, que se presenta a continuación.

a. Historia Familiar:

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, más aun cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado, además, afecta en mayor grado al género femenino.

Siendo los factores de riesgo, una mala relación con los progenitores y muy especialmente la conflictividad con los padres (Terman citado por Domènech, 2005).

b. Eventos vitales estresantes:

Situaciones tales como pérdidas personales: el divorcio, separación o muertes. Por otro lado, las pérdidas financieras: pérdidas de dinero o de trabajo. Así también, los problemas legales y acontecimientos negativos: como conflictos y relaciones interpersonales, son considerados como agentes que desencadenan una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.

c. Factores socio-familiares y ambientales:

El apoyo socio-familiar se ha observado asociación estadística significativa con la conducta suicida, dándose con más frecuencia entre individuos que viven solos o carecen de apoyo social, aunque la fuerza de esta asociación es menor con la depresión o el abuso de alcohol (Buendía, Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

3.2.6. Factores protectores

Son los factores que reducen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo, dividiéndolos en:

1. Factores personales (Vargas y Saavedra, 2012)
 - Habilidad en la resolución de conflictos o problemas.
 - Tener confianza en uno mismo.
 - Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
 - Presentar flexibilidad cognitiva.
 - Tener hijos, más concretamente en las mujeres.
2. Factores sociales o medioambientales (Salazar, Bonilla e Valencia, 2010)
 - Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad.
 - Integración social.
 - Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.
 - Adoptar valores culturales y tradicionales.
 - Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

3.2.7. Modelos teóricos

a) Modelo psicoanalítico

Freud describió el *thanatos* (instinto de muerte) como "total ausencia de placer" que es como una predisposición determinada hacia la muerte. Haciendo mención que la no contención de este instinto, conduciría a la autodestrucción, interpretando a la energía del mismo como una necesidad de redirigirse hacia el exterior por medio de otros mecanismos como el desplazamiento, estableciendo la base de la agresión hacia los demás. Si el *thanatos* no se exterioriza, hacia los demás, puede originarse la autodestrucción de la persona. Es por ello que un *súper yo* punitivo accede a que la agresión se vuelva contra

uno mismo, obteniendo de esta forma la depresión y continuando a la auto agresividad (Mardomingo, 1994).

A diferencia de la doctrina freudiana, Horney considera, que las formas distorsionadas del desarrollo surgen de trastornos provocados por la cultura (religión, política, figuras paternas) en el desarrollo del niño, causando un desarrollo neurótico. De esta forma manifiesta actitudes que, en el transcurso del tiempo, inducen a un proceso de “angustia básica”. A medida que el niño se esfuerza por vencer su angustia básica puede desarrollar sentimientos de superioridad. Se produce, así, un tipo de fracaso del desarrollo del yo, una disparidad entre el desarrollo del yo idealizado y del verdadero yo, dando lugar a lo que Horney denominó como “alienación del yo” (citado por Mardomingo, 1994).

Freud afirma que durante la adolescencia pueden ocurrir deseos de suicidio que surgen del cambio de amor en odio hacia los padres, con desplazamientos hacia el sujeto (Mardomingo, 1994).

Se considera que, además, de los sentimientos que expresan culpa, agresividad o ansiedad, la pérdida o separación de los padres en periodos cruciales del desarrollo predisponen al adolescente al suicidio.

Por ello, Arango y Martínez (2012), con los estudios de Freud y Lacan señalan que cuando la persona presenta ciertas tentativas de suicidio, intenta implantar al *Otro* (Otro materno) en su lugar de falta, como una forma de reclamo, por lo que podrían considerarse como *acting out*, pues más que estar decidido a consumir el acto, como ya se dijo, es un llamado al *Otro*, para que dé respuesta por aquello que le produce vacío.

De esta manera Mardomingo (1994) hace énfasis en el entorno de relación con los padres, especialmente con la madre. Señala que: "inconscientemente se manifiestan sentimientos básicos dirigidos hacia el niño en el sentido de que es una carga". Los actos

de autodestrucción del niño son la satisfacción de la "exigencia de que el niño no exista", no enunciada verbalmente por la madre.

Weiner en realidad considera que una amplia fracción de las expresiones suicidas en menor grado, y de los intentos de suicidio, se relacionan especialmente con la modificación conductual del objeto amado, sea esposo/a, prometido/a, padre o madre y, en ocasiones, al terapeuta. Cuando es exitosa, tal modificación ofrece guías para actos futuros de esta naturaleza (Pulido, de Rivera y Revuelta, García, y de Oca Hernández, 1990).

b) Modelo psicosocial

Este modelo se origina con Durkheim (1897) expone que en relación al orden social global, la explicación al comportamiento de la persona para escapar de hechos desagradables, es el suicidio. Así mismo, para que dicha hipótesis sea demostrada es necesario que las variables poblacionales consideradas sean fluctuaciones de población, separación conyugal, niveles socioeconómicos, hechos, entre otros, a su vez, en la investigación se correlacionen mortalidad y morbilidad, con el fin de identificar conductas o factores de riesgo que esté en relación con la conducta suicida. Es por ello, que considera fundamental el estudio a los hechos sociales, comprender y percibir la realidad alrededor del individuo, de esta manera, la tasa de suicidios no solo pueda ser considerada por las motivaciones individuales, es decir, las personas no son las que se suicidan, sino a través de ciertos individuos lo hace la sociedad. Exponiendo que el resultado del suicidio son las perturbaciones entre la sociedad y el individuo. Así también, establece tres formas de suicidio basándose en ello: el altruista, el anómico y el fatalista.

En relación con el suicidio altruista refiere, que el individuo ya no puede pertenecerse; en cambio, en el suicidio anómico, se debe a una falla en los valores sociales, llevándolo a un sentimiento de falta de significación en su vida y desorientación personal. Por último, el suicidio fatalista pues está regida por una excesiva reglamentación.

c) Modelo cognitivo conductual

Beck (1967) presenta un modelo cognitivo conductual donde explica las bases cognitivas de la desesperanza, mencionando al trastorno depresivo como una serie de esquemas funcionales, comprendidos como estructuras en función de lo que se percibe de la realidad. Dichos esquemas constituyen a la famosa triada cognitiva, que consiste en 1) una visión negativa de sí mismo; 2) una visión negativa del mundo, y 3) una visión negativa del futuro o desesperanza.

Según el modelo presentado, se asume que el desarrollo de la ideación y riesgo suicida, son estilos consecuentes negativos del mismo individuo acerca de su futuro o de la percepción de su futuro con desesperanza. Se comprende aplanamiento emocional como la tendencia a establecer una similitud o una continuidad entre el presente y el futuro, y a la presencia de un autoconcepto negativo, que se presenta como la principal característica de esta actitud negativa (Mikulic, Cassullo, Crespi y Marconi, 2009).

Por ello, parte crucial del modelo teórico corresponden al estudio del factor cognitivo (ideación suicida), que se presenta como un constructo teórico manifiesto en aquellas personas que desean y planean cometer un suicidio, sin embargo, no hayan ejecutado un intento suicida reciente (Beck, Kovacs y Wiessman, 1979).

Rosales y Cordova (2011), mencionan que generalmente el deseo de morir no se presenta solo, sino que se muestra en la interacción con otros factores de riesgo como son los cuadros depresivos, el trastorno de la ansiedad y esquizofrenia, el funcionamiento psicopatológico y psicosocial anormal o consumo de alcohol y drogas.

Asimismo Roberts, Roberts y Chen, evidencian que la ideación suicida alta asociado con el intento suicida incrementa el factor de riesgo que llevaría a concretar dicha ideación (Gunnell, Harbord, Singleton, Jenkins y Lewis, 2004).

Se especula según Guibert (2002), que si una persona está muy interesada en la ejecución de su muerte, detalla distintas formas de quitarse la vida, lo que indica que ha empleado considerable tiempo y esfuerzo planeándolo.

Haciendo mención al modelo teórico de Beck (1967) al mencionar la desesperanza, se habla sobre la orientación que tiene el individuo en cuanto al fracaso, pues en la mayoría de casos presenta tendencia a considerar los problemas como difíciles de alcanzar. Asimismo, existen ciertas dificultades para lograr integrar las experiencias triunfantes del individuo que pueda contradecir a la visión no favorable que tiene de sí mismo.

3.3. Marco teórico referente a la población de estudio

3.3.1. Definición de la adolescencia

La adolescencia empieza desde la inmadurez infantil hasta la madurez física, periodo por el cual, el ser humano pasa por una serie de cambios y crecimiento, en tres niveles biológico, psicológico y Social, conocido también como proceso de transición (Antona, Madrid y Aláez, 2003).

3.3.2. Características de la adolescencia

A nivel mundial el suicidio se ha transformado en una problemática de mucha importancia, particularmente en los adolescentes y adultos jóvenes, esto se debe a que en la mayoría de países es la segunda causa de muerte (Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, 2006).

Es en la adolescencia donde el niño deja de ser niño e intenta llevar su propio ciclo de vida como la búsqueda de identidad, comienza una búsqueda de caminos a la cual pueda adaptarse y seguir un proyecto de vida (Ricart, Bonetti y Artagaveyita, 2006).

Neistein y Brañas (citado por Antona, Madrid y Aláez, 2003) refieren que entre los 10 y los 21 años, las personas viven un intenso proceso de cambio: corporal, intelectual,

emocional. Se modifican el afecto. Todo ello frecuentemente genera una cierta tensión. En muchas ocasiones se suma a esta tensión la del entorno familiar y/o la de comunidad escolar. No obstante, la mayoría de los adolescentes realizan generalmente una adaptación razonable, superando la tensión y los conflictos de manera satisfactoria.

Neistein y Brañas (citado por Antona, Madrid y Aláez, 2003) señalan que dentro del desarrollo psicosocial del adolescente, existen tres niveles: primera adolescencia que comprende de 10 a 14 años; adolescencia media, que corresponde a la edad de 15 a 17 años; por último, la adolescencia tardía que comprende desde los 18 a los 21 años.

3.4. Definición de términos

Ideación Suicida: Definido como una cadena de formas, procedimientos y comportamientos que probablemente están relacionados a pacientes que han sido diagnosticados con otros diagnósticos (Beck, Kovacs, Weissman, 1979).

Clima Social Familiar: Es el proceso de desarrollo de las habilidades sociales, mediante diversos mecanismos y estrategias, donde juega un papel esencial en el ambiente presente en el núcleo familiar. Éste es un determinante definitivo del bienestar, actúa como estructurador del comportamiento humano y está inmerso en una compleja combinación de variables organizacionales, sociales y físicas (Moos y Trickett citados por Isaza y Henao, 2011).

Adolescencia: La adolescencia empieza desde la inmadurez infantil hasta la madurez física, periodo por el cual, el ser humano pasa por una serie de cambios y crecimiento, en tres niveles biológico, psicológico y social, conocido también como proceso de transición (Antona, Madrid y Aláez, 2003). Por consiguiente vendría ser un punto crítico en el desarrollo integral del ser humano (Mafla, 2008).

3.5. Hipótesis de la investigación

3.5.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre el clima social familiar e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016.

3.5.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa entre el clima social familiar de Relaciones familiares e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este.
- Existe relación significativa entre el clima social familiar de Desarrollo familiar e ideación suicida en los estudiantes suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este.
- Existe relación significativa entre el clima social familiar de Estabilidad familiar e ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

Hernández, Fernández y Baptista (2006) mencionan que este estudio es de enfoque cuantitativo y de un diseño no experimental porque no se manipulan las variables. Asimismo, es de corte transversal porque la recolección de datos se efectuó en un solo momento y de alcance correlacional porque se buscó hallar la relación entre dichas variables.

2. Variables de la investigación

2.1. Definición operacional de las variables.

2.1.1. *Clima social familiar*

Moos y Trickett (1997) definen a la familia como la primera institución socializadora, a medida que padres y hermanos ayudan a cada individuo a desarrollar un área emocional y social positiva. Siendo así el ambiente familiar donde se obtienen los significados fundamentales para la vida, la confianza, el amor, la aceptación, etc. Siendo en la familia, en lugar en la que el hijo percibe las ideas, costumbres, mitos y adquiere mucho de los valores de los padres.

2.1.2. Ideación suicida

“La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados” (Beck, Kovacs y Weissman, 1979, p. 344).

2.2. Operacionalización de las variables

A continuación, se presenta la operacionalización de las variables de la presente investigación.

Tabla 1

Cuadro de operacionalización de la variable Clima Social Familiar

Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Categoría de respuesta
El índice de Clima Social Familiar se mide a través del instrumento Escala de Clima Social Familiar y se obtendrá la puntuación estándar por cada dimensión. Que se medirá de la siguiente manera. Relación: 0-17: Bajo 18-19: Moderado 20-27: Alto Desarrollo: 0-25: Bajo 26-28: Moderado 29-45: Alto Estabilidad: 0-10: Bajo 11-12: Moderado 13-18: Alto	Relaciones	Cohesión	1,11,21,31,41,51,61,71,81.	0 = Falso 1= Verdadero
		Expresividad	2,12,22,32,42,52,62,72,82.	
		Conflictos	3,13,23,33,43,53,63,73,83.	
		Autonomía	4,14,24,34,44,54,64,74,84.	
	Desarrollo	Actuación	5,15,25,35,45,55,65,75,85.	
		Intelectual-cultural	6,16,26,36,46,56,66,76,86.	
		Social-recreativo	7,17,27,37,47,57,67,77,87.	
	Estabilidad	Moralidad-religioso	8,18,28,38,48,58,68,78,88.	
		Organización	9,19,29,39,49,59,69,79,89.	
			Control	

Tabla 2

Cuadro de operacionalización de la variable de Ideación Suicida

Definición operacional	Dimensiones	Sub dimensión	Ítems	Categoría de respuesta
El índice de Ideación Suicida se mide a través del instrumento Escala de Ideación Suicida y se obtendrá de la suma de las 4 dimensiones y se convertirá según la puntuación estándar compuesta. Que se medirá de la siguiente manera. Bajo: 00 – 17 Medio: 18 –30 Alto: 31 – 36	Actitud hacia la vida/muerte		1,2,3,4,5.	
	Pensamientos o deseos suicidas		6,7,8,9.	
	Proyecto de Intento Suicida		10,11,12,13.	1 = Si 0 = No
	Desesperanza		14,15,16,17,18.	

3. Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación comenzó en marzo del 2015 y tuvo una extensión hasta inicio del mes de febrero del 2016, llevándose a cabo en el Hospital José Agurto Tello y en el Centro de Rehabilitación de Chosica, ambos establecimientos de Salud ubicados en el distrito de Lurigancho Chosica, provincia y departamento de Lima.

4. Participantes

Para este estudio se ha considerado una muestra de 50 pacientes de dos establecimientos de salud en Lima este, con edades entre 13 a 21 años de ambos sexos, seleccionado a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

4.1. Criterios de inclusión y exclusión

4.1.1. Criterios de inclusión

- Pacientes entre las edades de 13 – 21 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016.
- Pacientes que den su consentimiento para participar en la investigación.
- Pacientes que conviven con sus familiares.
- Pacientes con grados de instrucción mínimo primaria.
- Pacientes con conflicto familiar.

4.1.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con más del 10% de preguntas omitidas en algunas pruebas
- Pacientes que invaliden los cuestionarios respondiendo al azar.

4.2. Características de los participantes

En la tabla 3 se presentan las características sociodemográficas de los participantes en cuanto al sexo, edad, lugar de procedencia, religión y grado de instrucción.

Tabla 3

Datos sociodemográficos de los participantes

		n	%
Sexo	Masculino	19	38
	Femenino	31	62
Edad	13 – 18	28	55
	19 – 21	22	45
Lugar de procedencia	Costa	25	50
	Sierra	13	26
	Selva	12	24
Religión	Católico	23	46
	Adventista	12	24
	Otros	15	30
Grado de instrucción	Secundaria	23	46
	Técnico	11	22
	Universitario	16	32

Se puede observar que el 62% de los participantes es de sexo femenino y el 55% se encuentran en la adolescencia media (13 – 18). Asimismo, el 50% de entrevistados son de la costa del Perú, profesan la fe católica 46%; en su mayoría son estudiantes de educación secundaria o con estudios secundarios culminados.

5. Técnica e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de los cuestionarios: Escala de Clima Social Familiar de Moos y Tricheet; así como Escala de Ideación Suicida de Beck.

5.1. Escala de Ideación suicida (SSI)

La Escala de Ideación Suicida (SSI, por sus siglas en inglés, *Scale for Suicide Ideation*) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck, Kovacs y Weissman en 1979. Contiene 21 ítems con una escala de respuesta tipo Likert.

La administración es individual que puede ser resuelto de 5 a 10 minutos. Se hace la entrega de la escala y se leen las instrucciones: “Señale con un aspa (x) en la respuesta que se adecue a su situación, ya sea al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado”. El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad-seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida.

En cuanto a la adaptación de SSI se encontró que:

La literatura reporta la utilización de la versión en lengua española de la SSI en el estudio de Eugenio y Zelada (2011) aplicaron una prueba piloto de la escala a 105 pacientes en 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 manera:

- Nivel Bajo de 0 a 17: es indicativo de una probabilidad de riesgo de suicidio.
- Nivel Medio de 18 a 30: es indicativo de riesgo suicida.
- Nivel Alto de 31 a 36: indicativo de alto riesgo suicida.

Para la Validez del instrumento Eugenio y Zelada, 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.

Para la confiabilidad de su investigación 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 fue confiable.

Sin embargo, para la adaptación de esta investigación se hizo uso del Índice de Consistencia Interna Alpha de Cronbach (mediante el método de las varianzas de los ítems), obteniendo 0.886 (anexo 1), lo que coincide con Beck (2004).

Asimismo, la adaptación y el análisis de contenido respecto a la Escala de Ideación Suicida en Lima este, se obtuvo mediante el criterio de expertos. El grupo de jueces estuvo conformada por: un terapeuta y una psicóloga especialista en neuropsicología, dos psicólogos clínico especialista en diagnóstico y una psicóloga especialista en docencia e investigación. Escurra (1998) menciona que los reactivos cuyos valores sean mayores o iguales a 0.80 se consideran válidos para el test. De esta manera se procedió a calcular los coeficientes mediante el método de validez V de Aiken para el test, siendo esta dimensional. Se observa que el ítem 8 presenta observaciones por parte de uno o más jueces (0.60), en cuanto a la claridad de los ítems (ver anexo 1). Considerando las observaciones la pregunta del ítem 8 “Actitud hacia el pensamiento / deseo” fue modificada por “¿Tiene pensamiento suicida con frecuencia?”. Los demás ítems no presentan coeficientes por debajo de 0.80, lo cual indica que no presenta dificultad en el enunciado de los ítems, teniendo relación con el constructo, sus palabras son usuales para nuestro contexto y evalúa específicamente el test T.

El contenido de validez V para el análisis de contenido respecto al Test de Ideación Suicida presenta valores mayores de 0.40 (ver anexo 1), indicando el consenso que se

debería mejorar en cuanto a la forma de aplicación y estructura de la prueba, por otro lado, las palabras son usuales para nuestro contexto y evalúa específicamente el test, obteniendo la validez del contenido del instrumento.

5.2. Escala de Clima social familiar (FES)

La escala de Clima Social Familiar fue diseñada y elaborada por Rudolf Moos y Trickett en 8 en el laboratorio de Ecología Social de la Universidad de Stanford (California). Cuenta con 90 ítems cuyas opciones de respuestas son dicotómicas, respondidas a través de la técnica de “elección forzada” (Verdadero o Falso) marcando para tal efecto con un aspa (x) sobre la opción que el sujeto cree conveniente, además, tiene un rango de puntuación total de 0 a 90.

Está compuesto por 3 dimensiones las cuales son:

- Relaciones: Evalúa el grado y el estilo de comunicación así como el nivel de conflicto que se da en la familia.
- Desarrollo: Evalúa la importancia que se da a ciertos procesos de desarrollo personal dentro de la familia.
- Estabilidad: Cuantifica el grado en que la familia se estructura y organiza, así como el grado de control que se ejerce sobre los miembros de la familia.

Para la estandarización en Lima, usando el método de Consistencia Interna, los coeficientes de fiabilidad van de 0.88 a 0.91 con una medida de 0.89 para el examen individual, siendo las áreas Cohesión, Intelectual – Cultural, Expresión y Autonomía, las más altas (La muestra usada en este estudio de confiabilidad fue de 139 jóvenes con promedio de edad 17 años). En el Test-retest con dos meses de lapso, los coeficientes eran de 0.86 en promedio (variando de 3 a 6 puntos).

Instrucciones para la calificación:

Para la calificación del FES, colocar la parrilla sobre la hoja de respuestas, contar de manera lineal la V (verdadero) y F (Falso) que coinciden con la parrilla. Colocar la subescala que evalúa, y anotar el puntaje bajo la columna de PD. Recuerde que cada coincidencia equivale a un (1) punto. En cada fila no puede haber más de 9 puntos.

Posteriormente, transfiera los puntajes obtenidos al Perfil del FES, clasificado el puntaje de acuerdo a las categorías que se indica:

De acuerdo a la adaptación que se llevó a cabo con la muestra de estudio, se realizó un corte de percentiles para los baremos por cada dimensión de la escala de clima social familiar, de manera que los resultados fueron:

Relación:	0-17	Bajo
	18-19	Moderado
	20-27	Alto
Desarrollo:	0-25	Bajo
	26-28	Moderado
	29-45	Alto
Estabilidad:	0-10	Bajo
	11-12	Moderado
	13-18	Alto

Finalmente, para la confiabilidad del instrumento en la investigación, se utilizó el índice de consistencia interna alpha de Cronbach, obteniendo 0.902 (anexo 2), lo que coincide con Ruiz y Guerra (1993). De igual manera se encuentra consistencia interna por dimensiones. Por lo tanto, el instrumento es confiable. Asimismo, para la validez se utilizó el análisis subtest-subtest de correlación Producto-Momento de Pearson (r), lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo (anexo 2).

6. Proceso de recolección de datos

En esta investigación se realizará con el objetivo de conocer si existe relación entre clima social familiar e ideación suicida en Lima, este. Para ello se realizará el estudio con una muestra de 50 pacientes, haciendo uso de la escala de Ideación Suicida (SSI) y la Escala de Clima Social Familiar. Asimismo, serán atendidos de forma individual, en cada entrevista se realizará la historia personal y se le explicará el motivo e importancia de la investigación juntamente con ello se entregara el consentimiento informado para ambas pruebas.

7. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico SPSS para Windows versión 20, aplicado a las ciencias sociales. Una vez recolectada la información se transfirió a la matriz de datos del software estadístico para su respectivo análisis. Los resultados que se obtuvieron fueron ordenados en tablas para su respectiva interpretación que permitió evaluar y verificar las hipótesis planteadas. Para ello, primero, se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para precisar la distribución de la muestra. Segundo, se utilizó la prueba estadística r de Pearson para determinar si existe relación directa, estrecha y significativa entre las variables de Clima Social familiar e ideación suicida en los pacientes evaluados. Asimismo, se utilizó la r de Pearson para determinar la correlación entre las dimensiones de la variable.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1. Análisis descriptivo de las variables de estudio

1.1.1. Clima social familiar

A continuación en la tabla 4 se presentan los resultados por dimensiones de clima social familiar.

Tabla 4

Dimensiones de clima social familiar de los participante

Dimensiones	Niveles	n	%
Relaciones	Bajo	39	78
	Medio	8	16
	Alto	3	6
Desarrollo	Bajo	37	74
	Medio	6	12
	Alto	7	14
Estabilidad	Bajo	35	70
	Medio	9	18
	Alto	6	12

En la tabla 4 se aprecia, el 78% de los participantes obtienen nivel bajo en la dimensión de Relaciones, se puede deducir que existe carencia de seguridad en cada miembro de la familia, y carencia de libre expresión y el grado de interacción conflictiva, se ven descuidados. El 74% de los participantes presentan nivel bajo en la dimensión de desarrollo, se puede inferir que el grado de autonomía, de actividades de colegio o trabajo, el grado intelectual-cultural, la moralidad y la religiosidad presenta dificultades. Y en la

dimensión de Estabilidad, el 70% de los participantes tienen niveles bajos, lo que significa una falta de organización, escasa planificación de actividades, responsabilidades de la familia y el poco control que ejercen los padres sobre los hijos.

1.1.2. Nivel de clima social familiar según datos sociodemográficos

Niveles de clima social familiar según sexo de los participantes

En la tabla 5 se puede apreciar el nivel de las dimensiones de clima social familiar según el sexo de los participantes.

Tabla 5

Niveles de clima social familiar según sexo de los participantes

Dimensiones	Niveles	Masculino		Femenino	
		n	%	n	%
Relaciones	Bajo	14	73.7	25	80.6
	Medio	4	21.1	4	12.9
	Alto	1	5.3	2	6.5
Desarrollo	Bajo	11	57.9	26	83.9
	Medio	3	15.8	3	9.7
	Alto	5	26.3	2	6.5
Estabilidad	Bajo	12	63.2	23	74.2
	Medio	3	15.8	6	19.4
	Alto	4	21.1	2	6.5

En la tabla 5 se observa que el 80.6% del género femenino obtienen niveles bajos en la dimensión de Relaciones, a comparación del género masculino (73.7%), por lo que se infiere que la comunicación entre los miembros de la familia que perciben las mujeres, así como en la resolución de conflictos familiares presentan dificultades. Del mismo modo, el género femenino presenta niveles bajos en las dimensiones Desarrollo y Estabilidad (83.9%; 74.2% respectivamente) en comparación con los varones (57.9%; 63.2% respectivamente), de este modo, se infiere que son las mujeres quienes presentan menor

autonomía, falta de una buena estructura familiar, de intereses en actividades político-cultural, social moral y de religiosidad. Por otro lado, el género masculino son quienes presentan una mejor organización y un adecuado control sobre las responsabilidades de la familia.

Niveles de clima social familiar según religión

Seguidamente, en la tabla 6 se perciben los niveles de las dimensiones del clima social familiar según la religión de los participantes.

Tabla 6

Niveles de clima social familiar según religión de los adolescentes

Dimensiones	Niveles	Católico		Adventista		Otros	
		n	%	n	%	N	%
Relaciones	Bajo	19	82.6	8	66.7	12	80.0
	Medio	3	13.0	2	16.7	3	20.0
	Alto	1	4.3	2	16.7	0	0
Desarrollo	Bajo	19	82.6	7	58.3	11	73.3
	Medio	2	8.7	2	16.7	2	13.3
	Alto	2	8.7	3	25.0	2	13.3
Estabilidad	Bajo	16	69.6	11	91.4	8	53.3
	Medio	5	21.7	0	0	4	26.7
	Alto	2	8.7	1	8.3	3	20.0

En la tabla 6 se puede apreciar que el 82.6% de los participantes que pertenecen a la religión católica presentan niveles bajos en la dimensión de Relaciones y en la dimensión de Desarrollo; el cual indica un bajo grado de cohesión, expresividad y grado de interacción conflictiva entre los miembros. Asimismo, se evidencia la carencia de autonomía, de interés hacia las actividades políticos-culturales y hacia la religiosidad. Sin embargo, en la dimensión de Estabilidad, el 91.4% de los participantes adventistas obtienen niveles bajos en comparación a los participantes católicos (69.6%) y de otras

religiones (53.3%), lo cual se infiere que son los participantes adventistas quienes tienen un bajo control de reglas y cumplimiento de las responsabilidades de sus miembros.

Niveles de clima social familiar según edades

En la tabla 7, se observa los niveles de las dimensiones relación, desarrollo y estabilidad del clima social familiar según la edad que tienen los participantes.

Tabla 7

Niveles de clima social familiar según edades de los participantes

Dimensiones	Niveles	Edad			
		13-18		19-21	
		n	%	N	%
Relaciones	Bajo	23	81.5	17	77.3
	Medio	3	11.1	4	18.2
	Alto	2	7.4	1	4.5
Desarrollo	Bajo	22	77.8	16	72.7
	Medio	3	11.1	3	13.6
	Alto	3	11.1	3	13.6
Estabilidad	Bajo	21	74.1	15	68.2
	Medio	3	11.1	5	22.7
	Alto	4	14.8	2	9.1

En la tabla 7, permite apreciar que los adolescentes que se encuentran entre las edades de 13- 18 años presentan bajos niveles en las dimensiones de Relaciones (81.5%), Desarrollo (77.8%) y Estabilidad (74.1%); al igual que el grupo de participantes que se ubican entre las edades de 19-21 (77.3%, 72.7% y 68.2% respectivamente). Frente a ello, solo el 14.8% de los adolescentes pertenecientes a las edades de 13 - 18 presentan nivel alto en la dimensión estabilidad, infiriendo que este grupo tiende a considerar un clima familiar organizado, estructurado, planificado, con responsabilidades en su grupo familiar y con un grado de control adecuado que ejercen sus padres sobre ellos.

1.1.3. Niveles de ideación suicida

Seguidamente se presentan los resultados sobre la ideación suicida en los participantes.

La tabla 8 muestra los datos sobre los pensamientos suicidas que presentan los participantes.

Tabla 8

Niveles de ideación suicida en los participantes

	Niveles	n	%
Ideación Suicida	Bajo	18	36
	Medio	19	38
	Alto	13	26

Se observa en la tabla 8 que un 38% de los participantes presentan indicativa de riesgo de suicidio, seguido de un 36% de participantes con una baja probabilidad de riesgo suicidio. Cabe señalar que existe un 26% que presentan un alto indicativo de riesgo suicida.

1.1.4. Niveles de ideación suicida según datos sociodemográficos

Niveles de ideación suicida según el sexo de los adolescentes

En la tabla 9 se presenta las ideaciones suicidas según el sexo de los participantes.

Tabla 9

Niveles de ideación suicida según el sexo de los adolescentes

Niveles de Ideación Suicida	Masculino		Femenino	
	n	%	N	%
Bajo	8	42.1	10	32.3
Medio	6	31.6	13	41.9
Alto	5	26.3	8	25.8

Se observa, en la tabla 9, el 41.9% de las mujeres tienden a manifestar mayor índice de riesgo de suicidio, a diferencia de los varones (31.6%) que presentan un menor índice de haber formulado el tipo de muerte que podrían tener. Asimismo, la baja probabilidad de riesgo suicidio lo poseen los varones con un 42.1%, a comparación de las mujeres (32.3%), que presentan ideas de muerte con mayor frecuencia que lo varones.

Niveles de ideación suicida según religión de los participantes

En la tabla 10 se presenta el nivel la ideación suicida según la entidad religiosa de los pacientes.

Tabla 10

Niveles de ideación suicida según religión de los participantes

	Católica		Adventista		Otros	
	N	%	n	%	n	%
Bajo	8	34.8	4	33.3	6	40.0
Medio	10	43.5	4	33.3	5	33.3
Alto	5	21.7	4	33.3	4	26.7

En la tabla 10 se percibe que los participantes que pertenecen a otras religiones presentan nivel bajo de riesgo de ideación suicida a diferencia de la religión católica (34.8%) y adventista (33.3%). Asimismo, un 43.5% de participantes pertenecientes a la religión católica presentan un moderado nivel de riesgo suicida en comparación con el 33.3% de participantes de la religión adventista y simpatizantes de otras religiones; por lo que se infiere, que los participantes de la religión católica presentan mayor frecuencia de pensamientos o ideaciones suicidas.

Niveles de ideación suicida en edades de los participantes

Siguiendo con la descripción de los resultados, en la tabla 11, se muestra el nivel de ideación suicida según la edad de los participantes.

Tabla 11

Niveles de ideación suicida en edades de los participantes

Niveles	13 – 18		19 – 21	
	n	%	n	%
Bajo	11	37.0	7	31.8
Medio	10	37.0	9	40.9
Alto	7	25.9	6	27.3

En la tabla 11 se aprecia que un 37.0% de los participantes que se ubican dentro de las edades de 13-18 años, presentan un bajo nivel de riesgo suicida. Asimismo, las edades de 19 – 21 son quienes presentan un mayor porcentaje (27.3%) de alta incidencia de riesgo suicida en comparación con los participantes que se ubican dentro de las edades de 13-18 años (25.9%).

1.2. Pruebas de normalidad

Con la intención de verificar los análisis comparativos y contrastar las hipótesis trazadas, se ha procedido primero a realizar la prueba de bondad de ajuste de kolmogorov-Smirnov (K-S) para precisar si las variables presentan una distribución normal. En este sentido, la tabla 12 muestra que las variables de estudio presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p > 0.05$). Por tanto, para los análisis estadísticos correspondientes se empleará estadísticas paramétricas.

Tabla 12

Análisis de ajuste a la curva normal de las variables de estudio

Instrumentos	Dimensiones	Media	D.S.	K-S	P
Ideación Suicida		25.82	5.078	1.215	.104
	Relaciones	13.28	4.638	.654	.785
Clima Social Familiar	Desarrollo	20.56	6.840	.683	.739
	Estabilidad	7.52	4.097	.760	.610

1.3. Análisis de correlación de las variables de estudio

A continuación, en la tabla 13 se presenta el análisis de correlación entre las variables de estudio.

Tabla 13

Análisis de correlación de las variables de estudio Clima Social Familiar e Ideación Suicida

Clima Social familiar	Ideación Suicida	
	R	P
Relaciones	-.560**	.000
Desarrollo	-.408**	.003
Estabilidad	-.349*	.013

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

En la tabla 13 se puede apreciar mediante la estadística r de Pearson para medir la correlación entre las dimensiones de la variable de Clima Social Familiar e Ideación suicida. Por lo tanto, se encontró que existe correlación significativa inversa.

2. Discusión

A continuación se presentará el análisis de la relación en el clima social familiar y la ideación suicida.

En cuanto a la relación entre clima social familiar e ideación suicida en los pacientes de dos establecimientos públicos de salud de Lima este, se encontró que existe relación entre ambas variables, ya que la ideación suicida se encuentra moderadamente relacionada con cada una de las dimensiones del clima social familiar. En este sentido, un clima social familiar favorable disminuirá el riesgo de ideación suicida en los pacientes debido a que donde exista comunicación entre los miembros, apoyo moral, afecto mutuo o vínculos afectivos, los pacientes disminuirán el riesgo de ideación suicida, pues el adolescente puede recurrir a su familia en sus problemas afectivos encontrando el apoyo y soporte emocional que previenen la ideación suicida. Como se evidencia en las siguientes afirmaciones “las personas de mi familia nos apoyamos siempre”, “para mi familia es importante aprender algo nuevo o diferente” y “en las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor”. De esta manera Larraguibel (2000) menciona que la falta de calidez en relaciones fraternales, una familia aislada o demasiada rígida, son características que favorecen al incremento del riesgo suicida en los adolescentes, por lo que se determina que la dinámica familiar es un factor decisivo para el incremento o reducción de la ideación suicida en estos pacientes.

El cuanto a la dimensión relaciones e ideación suicida, existe relación significativa inversa ($r = -.560$, $p = 0.00$), es decir, a mayor relacionamiento familiar, menor es la

ideación suicida. Entendiendo que las relaciones familiares se caracterizan por la comunicación entre los miembros, manejo de conflictos en la familia, expresividad e integración, esto se hace evidente a través de afirmaciones como: “en mi familia estamos fuertemente unidos” y “realmente nos llevamos bien unos con otros”. En este sentido, es importante comprender que el apoyo y comunicación de los padres favorecen un estilo de vida sano en el paciente, de lo contrario la falta de comunicación de los progenitores, las altas expectativas y conflictos familiares aumentan la vulnerabilidad para que se presente una ideación suicida. Dado que este riesgo emerge cuando en la familia no se ha integrado dinámicas de comunicación y comprensión por parte de los padres. (Rodrigo, *et.al*, 2004; Daniel y Goldston, 2009; Andrade, 2012).

Respecto a la dimensión desarrollo y la ideación suicida, se encontró una correlación significativa inversa ($r = -.408$, $p < 0.01$), lo que significa que los pacientes que presentan menor desarrollo, muestran falta de seguridad de sí mismo, falta de actividades que lo orienten a acciones positivas y valores de tipo ético y religioso, son más propensos a tener alta ideación suicida. El desarrollo familiar se entiende por el grado en que los miembros fomentan seguridad de sí mismos, generar el interés por el logro y el involucramiento hacia actividades intelectuales o lúdicas, la expresión abierta de cólera y solución de problema; esto se hace evidente a través de afirmaciones como: “salimos con frecuencia a excursiones y paseos”, “para mi familia es muy importante triunfar en la vida” y “nos esforzamos por hacer las cosas mejor”. Lo que indica que cuando el clima en la familia es positivo el adolescente no piensa en suicidio, de igual modo, se puede observar que cuando en la familia reina el estrés, la discordia, la agresión intrafamiliar, etc. generando un clima negativo la familia y demás miembros, tienen alta probabilidad de pensar en el suicidio como una forma de escapar de ese ambiente, por lo que no desarrollan las habilidades de solución de problemas y de estrategias de afrontamiento desarrolladas en el hogar. Está

relacionada con las relaciones intrafamiliares, para que de esta manera afronten de forma adecuada los problemas. A esto, Taha, Florenzano, Sieverson, Aspillaga y Alliende (2011) confirman que la religiosidad y espiritualidad influyen en la salud y bienestar en general ya sea mental y físico, para controlar los riesgos suicidas.

Referente a la dimensión Estabilidad, también se encontró que existe correlación significativa inversa ($r = -.349$, $p = 0.01$) con la ideación suicida, lo que indica que a mayor estabilidad familiar, menor presencia de ideación suicida. La estabilidad familiar se basa en la estructura y formación de la familia de acuerdo al control que se ejerce entre sus miembros, es decir, el interés que presentan los miembros de la familia por el cumplimiento de las reglas del hogar, la planificación de las actividades y responsabilidades. Esto se hace evidente a través de expresiones como: “las actividades familiares se planifican con cuidado”, “en mi familia no cambian los planes con frecuencia” y “en la toma de decisiones las opiniones de todos tienen el mismo valor”. En tal sentido, los factores negativos externos como los pensamientos suicidas no tendrán mayor predominio para cualquiera de los miembros. Respecto a esto Rios (2007) señala como factor ligado a la ideación suicida, es el deterioro de estabilidad familiar, es decir, exceso de autoridad o la permisividad, indiferencia y hostilidad.

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

En el presente trabajo de investigación sobre clima social familiar e ideación suicida en pacientes de establecimientos de salud de Lima este, de acuerdo a los datos y resultados obtenidos, se menciona las siguientes conclusiones:

- En relación al objetivo general, se halló que el clima social familiar se relaciona significativamente con la ideación suicida, en los pacientes de establecimientos de salud de Lima este. Por ello, se concluye que un adecuado clima social familiar que experimentan los pacientes, reduce la presencia de ideas o deseos de acabar con su vida.
- Respecto al primer objetivo específico, se encontró que la dimensión de relaciones tiene una relación significativa inversa con la ideación suicida ($r = -.560$, $p = .000$), en los pacientes pertenecientes a los establecimientos de salud de Lima este. Dado que la integración de los miembros de la familia ayuda a la motivación para la vida.
- Siguiendo con el segundo objetivo específico de la investigación, los resultados confirmaron que la dimensión de desarrollo presenta relación significativa inversa ($r = -.408$, $p = .003$) con la ideación suicida. Por lo que se concluye que los pacientes que tengan una familia autónoma, segura de sí misma, con buen grado de actividades lúdicas, intelectuales y culturales, no presentarán pensamientos o deseo hacia la muerte.
- Finalmente, respecto al tercer objetivo específico, se encontró que la dimensión de estabilidad presenta una relación significativa inversa ($r = -.349$, $p = .013$) con la ideación suicida. De esta manera, se comprende que los pacientes con un

inadecuado control de sus responsabilidades, con exceso de permisividad o autoridad tienen una mayor probabilidad de idealizar con frecuencia ideación suicida.

2. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se hace las siguientes recomendaciones:

- Instaurar en los establecimientos de salud programas preventivos para los pacientes con sus respectivas familias para que se mejore su clima social familiar, de manera que se evite o disminuya la ideación suicida.
- Realizar un seguimiento a los pacientes quienes presentaron un alto nivel de ideación suicida para la intervención y tratamiento de este, pues son personas que ya tienen formulada el cómo quitarse la vida y son más propensos a realizar dicha acción a diferencia de los otros que aún no formulan su acto de muerte.
- Se recomienda seguir realizando investigaciones con otras variables psicológicas con la ideación suicida, por ejemplo: habilidades sociales, estrategia de afrontamiento, resiliencia, entre otras.
- Ampliar la muestra de manera que se puede generalizar los resultados para una mejor confiabilidad.
- Utilizar poblaciones no clínicas. Es importante investigar en áreas diferentes tales como estudiantes, personas independientes y otros.
- Realizar una adaptación de la Escala de Ideación Suicida a la población peruana con el objetivo de ampliar la muestra en nuestro país.

Referencias

- Alcántar Escaleta, M. I. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperado de:
http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_isabel_alcantar.pdf
- Andrade, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Izatacala*, 15(2), 688-721. Recuperado de:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/32373>
- Antona, A., Madrid, J. y Aláez, M. (2003). Adolescencia y Salud. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 45-53. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808405.pdf>
- Arango, R. y Martínez, J. (2012) Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Revista Colombiana de ciencias sociales*, 4(1). 60-82. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5123810.pdf>
- Baggio, L., Palazzo, L. y Ganzo, D. (2009). Planteamiento suicida entre adolescentes escolares: prevalencia e factores asociados. *Intervención Psicosocial*, 25(1), 142-150. Recuperado de: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X2009000100015&pid>
- Barato, S. (1985). *Familia y comunidad*. Bogotá: Editorial Usta.
- Bastías Escobar O. (2007) Indicios que surgen de las conductas Pre-Suicida. Universidad del Aconcagua Facultad de Psicología (tesis de la Tesina, Universidad del Aconcagua Facultad de Psicología). Recuperado de:
http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/26/tesis-3372-protocolo.pdf
- Beck, A. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. Recuperado de:

[https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=6rigtdo0u2UC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Beck,+A.+\(1967\).+Depression:+clinical,+experimental,+and+theoretical+aspects.++Recuperado+de&ots=T26iOaF34E&sig=yvBEAeLhvJpukMypN3CHDvsPppc#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=6rigtdo0u2UC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Beck,+A.+(1967).+Depression:+clinical,+experimental,+and+theoretical+aspects.++Recuperado+de&ots=T26iOaF34E&sig=yvBEAeLhvJpukMypN3CHDvsPppc#v=onepage&q&f=false)

Beck, A., Kovacs, M. y Wiessman, M. (1979). Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352

Recuperado de:

<https://msrc.fsu.edu/system/files/Beck%20et%20al%201979%20Assessment%20of%20suicidal%20intention--%20the%20Scale%20for%20Suicide%20Ideation.pdf>

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Gary, E. (1979) *Terapia Cognitiva de la Depresión*.

Bilbao: Desclée De Brouwer, Biblioteca de psicología

Benítez, L. (1997). Tipos de familia, habilidades, sociales y autoestima en un grupo de

Adolescentes en situación de Riesgo. *Revista de Cultura UPSMP*, 12(1).Recuperado

de: <http://www.revistacultura.com.pe/publicaciones/>

Buendía, J., Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, J. (2004). El suicidio en adolescentes:

factores implicados en el comportamiento suicida. Murcia:Nausícaa Edición

electrónica, S. L. Recuperado de:

https://books.google.com.pe/books?id=PLVv4WJEUyKc&pg=PR3&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false

Cantoral, D. y Betancourt, D. (2011). Intento de suicidio y ambiente familiar en

adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Revista de educación y desarrollo*, 19(1),

59-66. Recuperado de:

http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/19/019_Cantoral.pdf

- Cañón, S. (2011). Factores de riesgos asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(1), 62 – 67. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434005.pdf>
- Carvajal, G. y Caro, C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Colombia Médica*, 42(2), 45-56.
Recuperado de: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11039>
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo: Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Casullo, M. (2004). Ideaciones y Comportamientos Suicidas en Adolescentes: Una Urgencia Social. *Facultad de Psicología – UBA*, 1(1), 173 – 182. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a17.pdf>
- Chan, L. (2004). Reseña de la “Metodología de la Investigación”. *Persona* 7(1), 169-170.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147117764008>
- Collins, S. (1967). *Problemas de la vida familiar y su solución*. México: Publicaciones Interamericanas
- Contreras, R. (2013). Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Leonor Saavedra, S.J.M. (Tesis para el grado de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3528/1/Contreras_gr.pdf
- Cuadra, A., Ochoa de la Meza, O., Cornejo, M. y Barrera, R. (2009). Test de Rorschach: Respuestas diferenciales entre pacientes con y sin intento suicida. *Revista de Psicología*. 21(3). 475-486. Recuperado de:
<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v21n3/04.pdf>
- Chuquimajo, S. (2014). Personalidad y clima social familiar en adolescentes de familia nuclear biparental y monoparental. (Tesis para optar por el grado de Magister,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/3821/Chuquimajo_hs.pdf?sequence=1

Daniel, S. y Goldston, D. (2009) Interventions for Suicidal Youth: A Review of the Literature and Developmental Considerations. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 39(3), 252. Recuperado de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819305/>

De la fuente, R. (1997). *La patología mental y su terapéutica*. México: Fondo de Cultura

Deshaies, G. (1951) *Psicología del suicidio*. Roma: Astrolabio

Diekstra, R. y Garnefski, N. (1995) On the nature, Magnitude, and Causality of suicidal Behaviors: an international perspective. *The american Association of Suicidology*, 1(25), 36-57. Recuperado de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7631374

Doménech, E. (2005) *Actualizaciones en Psicología y Psicopatología de la adolescencia*. Barcelona: Servei de Publicacions

Dughi, P. Macher, E. Mendoza, A. y Nuñez, C. (1995) *Salud mental, infancia y familia: Criterios de atención para niños y familias víctimas de la violencia armada*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos

Durkheim, E. (1897). *On Suicide*. London: Penguin Books. Recuperado de:

https://books.google.com.pe/books?id=Dk31PO6cLW4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Espina, A. y Pumar, B. (1996). *Terapia Familiar Sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid: Editorial Fundamentos colección ciencia.

Freedman, G. (1980). *Family and Envioment: an Ecosustem Perspectiva*. Minneapolis: Burgess Publishing Co.

- García, C. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 11(11), 63-74. Recuperado de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2750694>
- Goldney, R., Winefield, A., Tiggeman, M., Winefield, H. y Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Pubmed*, 79(5), 481-489.
<http://www.scielo.org.ar/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1851-1686200500010001700023&lng=es&pid=S1851-16862005000100017>
- Guerrero Narbajo, Y. (2014). *Clima Social Familiar, inteligencia emocional y rendimiento académico de los alumnos de quinto de secundaria de las instituciones educativas públicas de ventanilla*. (Tesis para el grado de Magister, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3889/1/Guerrero_ny.pdf
- Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2011). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31(4), 820-821. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000400018&script=sci_arttext
- Guibert, R. W. (2002). Enfrentamiento especializado del paciente suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2). Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252002000200008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Gunnell, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R. y Lewis, G. (2004). Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population: Cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 185(1), 385-393.
<http://bjp.rcpsych.org/content/185/5/385.full-text.pdf+html>
- Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Medigraphic*, 29(05), 66-74. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi->

- Guzmán, R. y Pacheco, M. (2014). Comunicación familiar y desempeño académico en estudiantes universitarios. *Zona Próxima*, 20(1), 79-91. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/853/85331022008.pdf>
- Henao, G. y García, M. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista latinoamericana de ciencias sociales niñez y juvenil*, 7(2), 785-802. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2009000200009
- Hernández, R., Fernández- Collado, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación. 4ta.ed.* México: McGraw Hill
- Isaza, L. y Henao, G. (2011) Relaciones entre el Clima social familiar y el desempeño en habilidades sociales en niños y niñas entre dos o tres años de edad. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1), 19-30. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/798/79822602003.pdf>
- Jaramillo, M., Silva, C., Rojas, B. y Medina, O. (2015). Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 44(2), 100-105. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015000074>
- Jiménez, M. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 1(4), 5-17. Recuperado de:
<http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2008010403.pdf>
- Kemper, S. (2000). "Influencia de la práctica religiosa (Activa - No Activa) y del género de la familia sobre el Clima Social Familiar". Lima. UNMSM. Tesis de Maestría.

- Konick, L. y Gutierrez, P. (2005) Testing a Model of Suicide Ideation in College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(2), 181-192. Recuperado de:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1521/suli.35.2.181.62875/pdf>
- LaiKwok, S. Y., y Shek, D. T. (2008). Hopelessness, Family Functioning and Suicidal Ideation Among Chinese Adolescents in Hong Kong. *The Open Family Studies Journal*, 1(1), 49-55. Recuperado de:
<http://www.benthamopen.com/contents/pdf/TOFAMSJ/TOFAMSJ-1-49.pdf>
- Larraguibel, M., González, M., Martínez V. y Valenzuela R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 183–191. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002
- Ley del trabajo del psicólogo (Octubre, 2004). Ley N° 28369, aprobado por el Congreso de la República. Recuperado de:
http://www.mintra.gob.pe/contenidos/archivos/prodlab/legislacion/LEY_28369.pdf
- Mafla, A. (2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. *Colombia Médica* 39(1), 41-57. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/283/28339106.pdf>
- Mardomingo, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: Métodos, fundamentos y síndromes*. Madrid: Diaz de Sanroa, S.A
- Martínez, A. y Guinsberg, E. (2009). Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. *Revista Nacional de Salud Pública*, 27(1), 32-38. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12027106.pdf>
- Metalinares, M., Arenas, C., Sotelo, L., Diaz, G., Dioses, A., Yuringaño, J., Muratta, R., Pareja, C. y Tipacti, R. (2010). Clima Familiar y agresividad en estudiantes de secundaria de lima metropolitana. *Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM*,

13(1), 109-128. Recuperado de:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v13_n1/pdf/a06.pdf

Merani (1976). *Psicología de la edad evolutiva*. Barcelona: Grijaldo.

Michelson, L. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento*.
Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Mikulic, I., Cassullo, A., Crespi, M. y Marconi, A. (2009). Escala de Desesperanza BHS
(A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la
Adaptación Argentina. *Anuario de investigaciones*, 16(1), 365-373. Recuperado de:
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-
16862009000100035&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862009000100035&script=sci_arttext)

Mingote, J., Jiménez, M., Osorio, R. y Palomo, T. (2004). *Suicidio. Asistencia Clínica*.
Guía práctica de Psicquiatría Médica. Madrid: Díaz de Santos.

Ministerio de Salud (10 de septiembre del 2014). El suicidio es el desenlace fatal de un
proceso de enfermedad mental y se puede prevenir tratando la depresión. *Sala de
Prensa*, pp 38-39. Recuperado de:
<http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/038.html>

Ministerio de Salud (2011) *Guía Práctica de consejería para adolescentes y jóvenes*.
Orientaciones generales dirigidas a los equipos de atención primaria. Chile.
Recuperado de:

<http://www.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f365a745e04001011e011120.pdf>

Ministerio de Salud pública (2006) *Guías de prevención y detección de factores de riesgo
de conductas suicidas*. Uruguay. Recuperado de:
<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Guia%20de%20prevenci%C3%B3n%20y%20detecci%C3%B3n%20de%20factores%20de%20riesgo%20conductas%20suicidas.pdf>

- Moos, R. (1974). *Health and the social environment*. Lexington, MA: D. C. Heath.
- Moos, R. & Trickett, F. (1997). *Escala del Clima Social Escolar*. España: Editorial TEA
- Morales Nebuay, D. (2000). *Relación del desarrollo cognoscitivo con el Clima Familiar y el Estrés de la crianza*. (Tesis de licenciatura, Universidad de Sonora). Recuperado de:
<http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/Tesis%20asesoradas/Licenciatura/25.pdf>
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N. y Perales, A. (2006) Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud pública*, 4(23), 239-246. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323402>
- Negredo, L., Melis, F. y Herrero, O. (2010). Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. Barcelona: Ministerio del interior Recuperado de:
http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Segund_Accxsit_2010.pdf
- Núñez, A., Tobon, S., Arias, D., Hidalgo, C., Santoyo, F., Hidalgo, A. y Rasmussen, B. (2010) Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas Psicológicas* 1, 13(1), 11-28. Recuperado de:
http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista13/Calidad_de%20vida_salud_y_factores_psicologicos_asociados.pdf
- Núñez, C. (noviembre, 2005). Habilidades sociales, clima social familiar, rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 11(1), 63-74. Recuperado de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2750694>

Organización Mundial de la Salud (2015). Suicidio. *Centro de Prensa*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Prado, S. (2012). *Ideación suicida y Clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo en el 2011*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mocrovejo). Recuperado de:

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/313/1/TL_Santiago_Prado_Arnold.pdf

Perasso, V. (23, septiembre de 2015). El tabú que agrava el riesgo del suicidio en adolescentes. *BBC Mundo*. Recuperado de:

http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150923_salud_suicidio_adolescentes_ing

Pérez, A., Uribe, I., Vianchá, M., Bahamón, M., Verdugo, J., y Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*. 30(3), 551-568.

Pérez, I., Téllez, D., Vélez, A. e Ibáñez, M., (2012). Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 26-47. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014600676>

Pérez, S. (2009). *La adolescencia y el comportamiento suicida*. Argentina: El Cid Editor

Pfeffer, C., Zuckerman, S. y Plutchik, R. (1979) Suicidal behavior in latency age children: An empirical study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1(19), 679-692. Recuperado de:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002713809622159>

Pierre, M. (1992) *El suicidio*. México: publicaciones Cruz O. S.A.

- Pulido, F., de Rivera, J., Revuelta, R., y de Oca Hernández, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11(1), 374-380. Recuperado de:
http://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12.pdf
- Quintamar, F. (2007) *Comportamiento suicida: Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México: Editorial Pax
- Ricart, Q., Bonetti, J. y Artagaveytia, L. (junio, 2006). Adolescencia y participación: Palabras y Juegos. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *UNICEF*, 1(1), 23-29. Recuperado de: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/GUIA_1.pdf
- Rios, J. (2007). Funcionamiento familiar y riesgo suicida en estudiantes que acuden a Clínica universitaria de la Ciudad de Huancayo. (Tesis para de magister, Universidad nacional mayor de San Marcos. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3653/1/Rios_pj.pdf
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de:
https://books.google.com.pe/books/about/Terapia_cognitiva_fundamentos_te%C3%B3ricos.html?id=-Tfrv49F81AC
- Roberts, R., C. Roberts, y Chen, R. (1998). Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 37(12), 1294-1300. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199812000-00013>
- Rodrigo, J., Marquéz, L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. y Martín, J. (2004) Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210. Recuperado de:
<http://www.psycothema.com/psycothema.asp?id=1183>
- Rosales, J. y Córdova, M. (2011). Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista*

Intercontinental de Psicología y Educación, 13(2), 9-30. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/802/80220774002.pdf>

Rosselli, M., Jurado, M. y Matute, E. (2008). Las funciones ejecutivas a través de la vida.

Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 8(1), 23-46.

Recuperado de:

<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CC8QFjAD&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3987451.pdf&ei=mt0VYbEEcayyASUm4HABg&usg=AFQjCNFQ7uFvuPPW9fjO3jYgNo79ucd4KA&bvm=bv.91665533,d.aWw>

Salazar, J., Bonilla, L. y Valencia, Z. (2010) Factores Protectores de la ideación suicida en

50 mujeres del Centro Penitenciario: “Villa Cristina” Armenia – Quindío

(Colombia). *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 6(17), 6-32. Recuperado

de: <http://www.redalyc.org/pdf/709/70916424002.pdf>

Salvo, L. y Melipillán, R. (julio, 2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes.

Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica, 46(2), 115-123. Recuperado de:

<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v46n2/art05.pdf>

Sánchez, J., Villarreal, M., Musitu, G. y Martínez, B. (2010). Ideación suicida en

Adolescentes: Un análisis psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287

.Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113205592010000300008&script=sci_arttext

Sarmiento, C. y Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación

suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(1), 25. Recuperado de:

<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Carolina-Sarmiento-Silva.pdf>

- Siabato, E. y Salamanca, Y. (junio, 2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 9(1), pp. 71-81. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297233780005.pdf>
- Sierra, R. y Duque, H. (2001). *Las relaciones familiares en la vida familiar*. Bogotá: San Pablo
- Simón, A. y Sanchis, F. (2010). Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica. *Revista: Apuntes de Psicología*, 28 (3), 443-455.
- Taha, N., Florenzano, U., Sieverson, R., y Aspillaga, H. (2011) La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*, 49(4), 347-360. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3315/331527727006.pdf>
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F. y Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista Médica Chile*, 143(1), 320-328. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n3/art06.pdf>
- Vallverdú, J. y Casacuberta, D. (2009). *Handbook of Research on Synthetic Emotions and Sociable Robotics: New Applications in Affective Computing and Artificial Intelligence*. Hershey. Information Sciencia. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=nFbuerzcJcYC&pg=PA141&lpg=PA141&dq=Plutchik+\(2004&source=bl&ots=JDpbMP5xas&sig=DOiWFZwQo1I3scLo8NDAULCJXWU&hl=es&sa=X&ved=0CBoQ6AEwAGoVChMIkan4_sfNyAIVxJANCh1amAdk#v=onepage&q=Plutchik%20\(2004&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=nFbuerzcJcYC&pg=PA141&lpg=PA141&dq=Plutchik+(2004&source=bl&ots=JDpbMP5xas&sig=DOiWFZwQo1I3scLo8NDAULCJXWU&hl=es&sa=X&ved=0CBoQ6AEwAGoVChMIkan4_sfNyAIVxJANCh1amAdk#v=onepage&q=Plutchik%20(2004&f=false)
- Vargas, R. y Jael, A. (2009). Percepción de Clima Social familiar y actitudes ante situaciones de agravio en la adolescencia tardía. *Interdisciplinaria. Buenos Aires*, 26(2), 289-316. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/180/18011827007.pdf>

- Vargas, H. y Saavedra J. (2012) Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología* 3(16), 01-11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203125431005>
- Venceslá, J. y Moriana, J. (2002). Conducta autolítica y para suicida. Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 84(1) 49-64. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000400004
- Vera, J., Morales, D. y Vera, C. (2005). Relación del desarrollo cognitivo en el clima familiar y el estrés de la crianza. *Psico-USF*, 10(2), 161-168 Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v10n2/v10n2a07.pdf>
- Villalobos-Galvis, F. (abril, 2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 32(2), 165-171. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n2/v32n2a9.pdf>
- Villardón, L. (2009). *El pensamiento del suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto. Recuperado de: <http://books.google.com.pe/books?id=aGT8y7P56IYC&pg=PA118&dq=clima+familiar+y+la+ideacion+suicida&hl=en&sa=X&ei=yS8SUvaQCZL88QS5loHQBQ&ved=0CCgQ6AEwAA#v=onepage&q=clima%20familiar%20y%20la%20ideacion%20suicida&f=false>
- White, E. (1952). *El hogar cristiano*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana
- White, E. (1970). *Conflicto y Valor*. Recuperado de: http://www.amazon.com/Conflicto-Valor-Spanish-Elena-White/dp/1505621518/ref=sr_1_1?s=books&ie=UTF8&qid=1444703600&sr=1-1&keywords=Conflicto+y+Valor+white

White, E. (1989). *Mente carácter y personalidad*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana

White, E. (2005). *Consejo para jóvenes*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana

White, E. (2007). *El deseado de todas las gentes*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana

White, E. (2007). *Patriarcas y profetas*. Florida: Asociación Casa Editora Sudamericana

White, E. (2014). *Testimonios selectos*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana

Youngberg, J. y M. (1997). *El círculo inviolable*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.

Zavala García, G. (2001). *El clima familiar, su relación con los intereses vocacionales y los tipos caracterológicos de los alumnos del 5to año de secundaria de los colegios nacionales del distrito del Rimac*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/zavala_g_g/t_completo.pdf

ANEXO 1

Propiedades Psicométricas de La Escala De Ideación Suicida

Tabla 1

Dimensiones de la Escala de ideación suicida

Dimensiones	n° de Ítems	Alfa de Cronbach
Actitud hacia la vida/muerte	4	,755
Pensamientos o deseos suicidas	5	,532
Proyecto de intento suicida	4	,613
Desesperanza	5	,670
Condiciones de Ideación Suicida	18	,886

Como se observa en la tabla 1 mediante el método de las varianzas de los ítems, se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach general de .886, en cuanto a las dimensiones, se obtuvo .755 de consistencia interna en la dimensión de Actitud hacia la vida/muerte, asimismo, en la dimensión de Pensamientos o deseos suicidas se obtuvo una consistencia interna de .532 del mismo modo, en la dimensión de Proyecto de intento suicida se obtuvo una consistencia interna de .613 y finalmente, en la dimensión de Desesperanza una consistencia interna de .886.

Tabla 2

Análisis de validez de la Escala de Ideación Suicida

Test	Ítems	V(Cla)	V(Cong)	V(Cont)	V(Dcons)
Ideación Suicida	1	1.00	1.00	0.80	0.80
	2	1.00	1.00	0.80	0.80
	3	1.00	1.00	0.80	0.80
	4	0.80	1.00	0.80	0.80
	5	0.80	1.00	0.80	0.60
	6	0.80	0.80	0.80	0.80
	7	0.80	0.80	0.80	0.80
	8	0.60	0.80	1.00	0.80
	9	0.80	0.80	0.80	0.60
	10	1.00	1.00	0.80	0.80
	11	0.80	0.80	0.80	0.60
	12	1.00	1.00	0.80	0.80
	13	1.00	0.80	0.80	0.80
	14	0.80	1.00	0.80	0.80

15	0.80	1.00	0.80	0.80
16	1.00	1.00	0.80	0.80
17	1.00	1.00	0.80	0.80
18	1.00	1.00	0.80	0.80

En la tabla 2, se procedió a calcular los coeficientes mediante el método de validez V de Aiken para el test. Se observa que el ítem 8 presenta observaciones por parte de uno o más jueces (0.60), en cuanto a la claridad de los ítems. Considerando las observaciones, la pregunta del ítem 8 fue modificado. Los demás ítems, no presentan coeficientes por debajo de 0.80, lo cual indica que son válidos para para escala, que no presenta dificultad en el enunciado de los ítems, teniendo relación con el constructo, sus palabras son usuales para nuestro contexto y evalúa específicamente el test T.

Tabla 3

Análisis del contenido del instrumento

Test	V
Forma correcta de aplicación y estructura	0.4
Orden de las preguntas establecido adecuadamente	1
Contiene el test preguntas difíciles de entender	0.8
Contiene el test palabras difíciles de entender	1
Las opciones de respuestas son pertinentes y están suficientemente graduados	0.6
Jueces: 5	

En la tabla 3, el análisis de contenido de validez V, respecto al Test de Ideación Suicida presenta valores mayores de 0.4, indicando el consenso que se debería mejorar en cuanto a la forma de aplicación y estructura de la prueba, por otro lado, las palabras son usuales para nuestro contexto y evalúa específicamente el test, obteniendo la validez del contenido del instrumento

ANEXO 2

Propiedades psicométricas de la escala de clima social familiar

Tabla 1.

Coefficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de las dimensiones de Clima Social Familiar

Dimensiones	N° de Ítems	Alfa de Cronbach
Relaciones	27	,719
Desarrollo	45	,788
Estabilidad	18	,811
Condiciones de Clima Social Familiar	90	,902

Como se observa en la tabla 1 mediante el método de las varianzas de los ítems, se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach general de .902, en cuanto a las dimensiones, se obtuvo .719 de consistencia interna en la dimensión de Relaciones, asimismo, en la dimensión de Desarrollo se obtuvo una consistencia interna de .788 y finalmente, en la dimensión de Estabilidad una consistencia interna de .811.

Validez de constructo sub-test- sub test de la escala de Clima Social Familiar

Tabla 2.

Análisis de validez de constructo subtest-subtest

Dimensiones	Desarrollo		Estabilidad	
	R	P	R	p
Relaciones	.740**	.000	.697**	.000
Desarrollo			.648**	.000

Como se observa en la tabla 2 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual, confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de las dimensiones y el constructo en su globalidad son altos, además de ser altamente significativos

ANEXO 3

Instrumentos utilizados

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES) DE R.H. MOOS

Sexo: Masculino () Femenino ()

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una serie de frases, que usted tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia. Si usted cree que respecto a su familia, la frase es VERDADERA o casi siempre VERDADERA marcará con una (X) en el espacio correspondiente a la V (verdadero) Si usted cree que respecto a su familia, la frase es FALSA o casi siempre FALSA marcará con una (X) en el espacio correspondiente a la F (falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría. Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la hoja de respuestas para evitar equivocaciones. Recuerde que se pretende conocer lo que piensa usted sobre su familia no intente reflejar la opinión de los demás miembros de esta.

- | | | | | | |
|-----|--|---|-----|---|-----|
| 1. | En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros | F | () | V | () |
| 2. | Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos | F | () | V | () |
| 3. | En nuestra familia peleamos mucho. | F | () | V | () |
| 4. | En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta. | F | () | V | () |
| 5. | Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos. | F | () | V | () |
| 6. | A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia. | F | () | V | () |
| 7. | Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre. | F | () | V | () |
| 8. | Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia. | F | () | V | () |
| 9. | Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado | F | () | V | () |
| 10. | En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces. | F | () | V | () |
| 11. | Muchas veces da la impresión que en casa solo estamos “pasando el rato”. | F | () | V | () |
| 12. | En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos. | F | () | V | () |
| 13. | En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos. | F | () | V | () |
| 14. | En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno. | F | () | V | () |
| 15. | Para mi familia es muy importante triunfar en la vida. | F | () | V | () |
| 16. | Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc). | F | () | V | () |
| 17. | Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa. | F | () | V | () |
| 18. | En mi casa no rezamos en familia. | F | () | V | () |

- | | | | | | |
|-----|---|---|-----|---|-----|
| 20. | En mi casa somos muy ordenados y limpios. | F | () | V | () |
| 21. | En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir. | F | () | V | () |
| 22. | Todos no esforzamos mucho en lo que hacemos en casa. | F | () | V | () |
| 23. | En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos. | F | () | V | () |
| 24. | En la casa a veces nos molestamos que a veces golpeamos o rompemos algo. | F | () | V | () |
| 25. | En mi familia cada uno decide por sus propias cosas. | F | () | V | () |
| 26. | Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno. | F | () | V | () |
| 27. | En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente. | F | () | V | () |
| 28. | Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte. | F | () | V | () |
| 29. | A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Santa Rosa de Lima, etc. | F | () | V | () |
| 30. | En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos. | F | () | V | () |
| 31. | En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones. | F | () | V | () |
| 32. | En mi familia estamos fuertemente unidos. | F | () | V | () |
| 33. | En mi casa comentamos nuestros problemas personalmente. | F | () | V | () |
| 34. | Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera. | F | () | V | () |
| 35. | Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere. | F | () | V | () |
| 36. | Nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”. | F | () | V | () |
| 37. | Nos interesan poco las actividades culturales. | F | () | V | () |
| 38. | Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos. | F | () | V | () |
| 39. | No creemos en el cielo o en el infierno. | F | () | V | () |
| 40. | En mi familia la puntualidad es muy importante. | F | () | V | () |
| 41. | En la casa las cosas se hacen de una forma establecida. | F | () | V | () |
| 42. | Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario. | F | () | V | () |
| 43. | En la casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más. | F | () | V | () |
| 44. | Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras. | F | () | V | () |
| 45. | En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente. | F | () | V | () |
| 46. | Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor | F | () | V | () |
| 47. | En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales. | F | () | V | () |
| 48. | En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones. | F | () | V | () |
| 49. | Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal. | F | () | V | () |
| 50. | En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente. | F | () | V | () |
| 51. | En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas | F | () | V | () |
| 52. | Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras. | F | () | V | () |
| 53. | En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado | F | () | V | () |
| 54. | En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos. | F | () | V | () |

- | | | | | | |
|-----|---|---|-----|---|-----|
| 55. | Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema. | F | () | V | () |
| 56. | En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio. | F | () | V | () |
| 57. | Algunos de nosotros toca algún instrumento musical. | F | () | V | () |
| 58. | Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio. | F | () | V | () |
| 59. | Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener Fe. | F | () | V | () |
| 60. | En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados. | F | () | V | () |
| 61. | En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor. | F | () | V | () |
| 62. | En mi familia hay poco espíritu de grupo. | F | () | V | () |
| 63. | En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente. | F | () | V | () |
| 64. | Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz. | F | () | V | () |
| 65. | Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros, a defender sus propios derechos. | F | () | V | () |
| 66. | En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito | F | () | V | () |
| 67. | Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la Biblioteca o leemos obras literarias. | F | () | V | () |
| 68. | Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés. | F | () | V | () |
| 69. | En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo. | F | () | V | () |
| 70. | En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona. | F | () | V | () |
| 71. | En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera. | F | () | V | () |
| 72. | Realmente nos llevamos bien unos con otros. | F | () | V | () |
| 73. | Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos. | F | () | V | () |
| 74. | Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros. | F | () | V | () |
| 75. | En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás. | F | () | V | () |
| 76. | Primero es el trabajo, luego es la diversión” es una norma en mi familia. | F | () | V | () |
| 77. | En mi casa ver la televisión es más importante que leer. | F | () | V | () |
| 78. | Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos. | F | () | V | () |
| 79. | En mi casa, leer la Biblia es algo importante. | F | () | V | () |
| 80. | En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado. | F | () | V | () |
| 81. | En mi casa las normas son muy rígidas y “tienen” que cumplirse. | F | () | V | () |
| 82. | En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno. | F | () | V | () |
| 83. | En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo. | F | () | V | () |
| 84. | En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz. | F | () | V | () |
| 85. | En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se | F | () | V | () |

- piensa.
86. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio. F () V ()
87. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura. F () V ()
88. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio. F () V ()
89. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo. F () V ()
90. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer. F () V ()

¡COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES!

**ADAPTACIÓN ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES) DE
R.H. MOOS**

Sexo : Masculino () Femenino () Edad : _____

Lugar de procedencia : Costa () Sierra () Selva: ()

Religión : Católica () Adventista () Otros: _____

Grado de Instrucción : Secundaria () Técnico () Universitaria ()

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una serie de frases, que usted tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia. Si usted cree que respecto a su familia, la frase es VERDADERA o casi siempre VERDADERA marcará con una (X) en el espacio correspondiente a la V (verdadero) Si usted cree que respecto a su familia, la frase es FALSA o casi siempre FALSA marcará con una (X) en el espacio correspondiente a la F (falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría. Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la hoja de respuestas para evitar equivocaciones. Recuerde que se pretende conocer lo que piensa usted sobre su familia no intente reflejar la opinión de los demás miembros de esta.

Respuestas										Sub escala	PD
1	11	21	31	41	51	61	71	81			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
2	12	22	32	42	52	62	72	82			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
3	13	23	33	43	53	63	73	83			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
4	14	24	34	44	54	64	74	84			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
5	15	25	35	45	55	65	75	85			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
6	16	26	36	46	56	66	76	86			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
7	17	27	37	47	57	67	77	87			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
8	18	28	38	48	58	68	78	88			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
9	19	29	39	49	59	69	79	89			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		
10	20	30	40	50	60	70	80	90			
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F		

¡COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES!

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

Sexo : Masculino () Femenino () Edad : _____
 Familiar con algún problema patológico : Si () No () N° de Generación ()
 Lugar de procedencia : Costa () Sierra () Selva: ()
 Religión : Católica () Adventista () Otros: _____
 Grado de Instrucción : Secundaria () Técnico () Universitaria ()

INSTRUCCIONES:

Los siguientes ítems contienen una lista de preguntas las cuales tendrá que leer detenidamente y marcar con un aspa (x) la alternativa que crea conveniente. Trate de ser lo más honesto y serio al momento de responder las interrogantes. Recuerde Contestar todas las preguntas y sin emplear mucho tiempo en cada una de ellas.

Ejemplo: - ¿Tienes deseos de ser feliz? SI () NO ()

	SI	NO
1. ¿Tiene deseos de morir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Tiene razones para querer morir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Siente que su vida ha perdido sentido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Se siente útil en esta vida?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Tiene pensamiento suicida con frecuencia?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Logra resistir a esos pensamientos?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Ha pensado en algún método específico?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿El método es accesible a usted?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Ha realizado algún intento de suicidio?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Siente que tiene control sobre su vida?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Pierde las esperanzas cuando le pasa algo?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Piensa que su familia rara vez le toma en cuenta?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

Sexo : Masculino () Femenino () Edad :
 Familiar con algún problema patológico : Si () No () N° de Generación ()
 Lugar de procedencia : Costa () Sierra () Selva: ()
 Religión : Católica () Adventista () Otros: _____
 Grado de Instrucción : Primaria () Técnico () Universitaria ()
 Secundaria ()

INSTRUCCIONES:

Los siguientes ítems contienen una lista de preguntas las cuales tendrá que leer detenidamente y marcar con un aspa (x) la alternativa que crea conveniente. Trate de ser lo más honesto y serio al momento de responder las interrogantes. Recuerde Contestar todas las preguntas y sin emplear mucho tiempo en cada una de ellas.

HOJA DE RESPUESTAS

1		2		3		4		5	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6		7		8		9		10	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
11		12		13		14		15	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
16		17		18		19			
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		

ANEXO 4

Consentimiento Informado

Clima Social Familiar e Ideación suicida en pacientes de dos establecimientos de salud de Lima este, 2016.

Yo _____, he leído la hoja de información que me han entregado los investigadores Gabriela Rios Vasquez y Aracely Yazumy Yamamoto Chamorro, 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: _____

ANEXO 5

Carta de autorización

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE REHABILITACIÓN DE CHOSICA
"Año de la Consolidación del Niño"

Chosica, 22 de Diciembre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA ENCUESTAS

SEÑOR:
ROGER ACOSTA
DIRECTOR DEL CENTRO
PRESENTE.-

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarlo y conociendo su propuesta de aplicar una encuesta sobre el tema "**Clima social familiar e Ideación suicida**", patrocinado por la UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN, dirigidos a los pacientes del "Centro de Rehabilitación de Chosica" con el agrado de que al final de la investigación estaría alcanzando un informe de los resultados, considero que es conveniente y favorece el objeto de la institución a mi cargo.

Por lo que autorizo se ejecuta la encuesta programada bajo la coordinación de las fechas y horas que más convenga.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
OSMA IVARREZA ESTE
Dr. Roger Acosta Rios
CENTRO DE REHABILITACIÓN CHOSICA
MEDICO JEFE
C.M.A. 1211