



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**  
**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE**  
**LA EDUCACIÓN**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“COMPARACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN UN  
GRUPO DE JÓVENES ENTRE 15 Y 24 AÑOS, CON Y SIN  
INTENTO DE SUICIDIO, EN LA CIUDAD DE CUENCA”

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
**PSICÓLOGO CLÍNICO**

**AUTORES:**

PAOLA CORONEL ABAD  
ANTONIO MOYANO ULLOA

**DIRECTOR:**

MAGÍSTER ALBERTO ASTUDILLO PESÁNTEZ

CUENCA - ECUADOR

2015

## **DEDICATORIA**

Después de una ardua tarea que se realiza con dedicación y perseverancia se puede observar el fruto de ese gran esfuerzo, y es hoy, que un sueño se ha convertido en realidad.

Quiero dedicar este trabajo a mis padres, quienes han sido la luz en mí camino, porque gracias a ellos y a su enseñanza soy la persona que soy.  
A mi hija, Luciana Ordóñez, eres mi más grande motivación para seguir adelante.  
A mi esposo, Ing. Esteban Ordóñez por su amor y apoyo incondicional.  
A mis hermanos y demás familiares que estuvieron siempre a mi lado impulsándome en cada momento.

**Paola Coronel**

Dedico este trabajo a mis padres y hermanos, por haberme brindado el apoyo incondicional para poder cumplir uno de mis más grandes anhelos.  
A Verónica Isabel Jaramillo Tenorio, por su amor, paciencia y apoyo durante la elaboración de este trabajo.  
Y a todos quienes de una u otra manera estuvieron a mi lado apoyándome en todo momento.

**Antonio Moyano**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por permitirnos culminar esta etapa con sabiduría, conocimiento y capacidad para entender la gran responsabilidad y sacrificio que significa el estudio.

A nuestros padres, por ser los seres que han velado por nosotros y que con esfuerzo nos han permitido llegar hasta aquí, brindándonos su amor y apoyo incondicional durante el camino de nuestra formación personal y académica.

A nuestra Universidad y profesores, por habernos abierto las puertas al conocimiento y a la vida.

A nuestro director de Tesis Magíster Alberto Astudillo, quien nos supo orientar y nos brindó su apoyo y confianza en todo momento.

A la Magister Yolanda Dávila Pontón, quien nos dio la luz para iniciar con este proyecto.

A los directores del Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” – C.R.A; Comunidad Terapéutica “Hacia Una Nueva Vida” y Comunidad Terapéutica del Austro “C.T.A”, y a los distintos profesionales en consulta privada.

A todos nuestros familiares y amigos, que de una u otra manera hicieron posible el cumplimiento de esta meta trazada.

Y un GRACIAS especial a los jóvenes quienes nos brindaron su colaboración para lograr nuestro propósito, por abrirnos su corazón y compartir con nosotros dejándonos una gran enseñanza de vida.

**Antonio Moyano**  
**Paola Coronel**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria .....	ii
Agradecimientos .....	iii
Índice de contenidos .....	iv
Índice de ilustraciones y tablas .....	viii
Índice de anexos .....	xi
Resumen .....	xii
Abstract .....	xiii
Introducción .....	1
Capítulo 1: Adolescencia y juventud .....	4
Introducción.....	4
1.1 Surgimiento del estudio .....	4
1.2 Definiciones .....	6
1.3 Cambios físicos .....	6
1.4 Desarrollo cognoscitivo.....	7
1.5 Cambios Psicosociales .....	9
Identidad sexual .....	10
Independencia vs dependencia .....	10
Aspecto emocional .....	11
1.6 Problemas de adaptación .....	12
Conclusión .....	14

Capítulo 2: Intento de suicidio.....	16
Introducción.....	16
2.1 Consideraciones generales .....	16
2.2 Definiciones.....	18
2.3 Clasificación del intento suicida .....	19
2.4 Aproximaciones teóricas de la conducta suicida.....	24
Teoría biológica del suicidio .....	24
Teoría genética .....	25
Teoría psicoanalítica .....	26
Teoría Cognitiva .....	27
2.5 Enfoque sociológico del intento suicida .....	27
2.6 Enfoque psiquiátrico del intento suicida.....	28
2.7 Enfoque sistémico del intento suicida .....	29
2.7.1 Modelo Circumplejo de Olson .....	30
2.8 Enfoque psicológico del intento suicida .....	33
Intervenciones cognitivas .....	35
Intervenciones conductuales .....	35
Intervenciones sociales o interpersonales .....	36
Conclusión.....	37
 Capítulo 3: Factores asociados al intento de suicidio.....	 39
Introducción.....	39
3.1 Factores de riesgo y protección.....	39
3.1.1 Factores de riesgo .....	39
Factores sociales.....	40
Factores psicológicos .....	40
Factores patológicos.....	40
Factores biológicos.....	40
Factores clínicos.....	40
Factores demográficos .....	41
Factores familiares .....	41
Consumo de drogas .....	43

Ideación suicida .....	43
Trastorno de ansiedad generalizada.....	43
Problemas de conducta .....	44
Baja autoestima.....	44
Cultura .....	47
3.1.2 Factores de protección.....	51
Factores personales .....	51
Factores medioambientales .....	52
Conclusión .....	53
Capítulo 4: Investigación de campo .....	55
Introducción.....	55
4.1 Diseño de la investigación .....	55
4.2 Planteamiento del problema .....	55
4.3 Objetivo general .....	56
4.4 Objetivos específicos.....	56
4.5 Hipótesis conceptual .....	56
4.6 Definición conceptual de las variables .....	57
4.7 Definición operacional de las variables.....	57
4.8 Población y muestra .....	58
Criterio de Inclusión para los casos .....	58
Criterio de exclusión para los casos.....	58
Criterio de inclusión para controles.....	59
Criterio de exclusión para los controles.....	59
4.9 Instrumentos.....	59
4.10 Procedimiento .....	60
Etapa 1: Acceso a la muestra .....	60
Etapa 2: Implementación de los instrumentos.....	60
Evaluación de la psicopatología.....	61
Escala de cohesión y adaptabilidad familiar Faces III .....	61
Instrumentos complementarios .....	62
FF-SIL.....	62

Cuestionario de variables multidimensionales culturales .....	63
Etapa 3: Procedimiento de análisis de datos .....	64
Análisis estadístico .....	65
Prevalencia del Intento suicida .....	65
Distribuciones estadísticas .....	65
Hipótesis de la distribución F .....	66
Distribuciones Chi cuadrado .....	67
Tabla de contingencia.....	68
Coeficiente de contingencia.....	68
Análisis Grafico .....	69
Funcionamiento familiar .....	71
Correlaciones .....	89
Relación entre el intento suicida y el ambiente familiar.....	98
Relación entre el Intento Suicida y Cultura .....	100
 Discusión y conclusiones.....	 117
 Referencias bibliográficas.....	 120
 Anexos .....	 125

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

### Ilustraciones

Ilustración a: Tipos de familias según el modelo de Olson.....	32
Ilustración 1: Hipótesis de la distribución F .....	66
Ilustración 2: Distribución Chi-Cuadrado.....	67
Ilustración 3: Tabla de contingencia.....	68
Ilustración 4: Porcentajes sexo .....	69
Ilustración 5: Porcentajes presencia de intento de suicidio .....	70
Ilustración 6: Porcentajes intento de suicidio y tipos de familia .....	71
Ilustración 7: Porcentajes sin intento de suicidio y tipos de familia.....	72
Ilustración 8: Porcentajes satisfacción con la ayuda familiar .....	75
Ilustración 9: Porcentajes comunicación familiar.....	76
Ilustración 10: Porcentajes toma de decisiones .....	77
Ilustración 11: Porcentajes tiempo en familia .....	78
Ilustración 12: Porcentajes demostración afectiva .....	79
Ilustración 13: Porcentajes deseos de vivir .....	80
Ilustración 14: Porcentajes deseos de morir .....	81
Ilustración 15: Porcentajes comparación vivir - morir .....	82
Ilustración 16: Porcentajes intento de suicidio .....	83
Ilustración 17: Porcentajes actitud ante ideas suicidas .....	84
Ilustración 18: Porcentajes control sobre ideación suicida .....	85
Ilustración 19: Porcentajes notas suicidas .....	86
Ilustración 20: Porcentajes trastornos de personalidad.....	87
Ilustración 21: Porcentajes alcohol – drogas .....	88
Ilustración 22: Escala IOS .....	112

## Tablas

### Capítulo I

Tabla 1: Piaget – Etapas del desarrollo cognoscitivo .....	8
--	---

### Capítulo IV

Tabla 2: Estadísticas de muestra única .....	73
Tabla: Correlaciones.....	74
Tabla 3: Correlaciones – tabla de contingencia encuesta .....	89
Tabla 4: Pruebas Chi – Cuadrado.....	90
Tabla 5: Medidas simétricas .....	90
Tabla 6: Tabla de contingencia encuesta.....	91
Tabla 7: Pruebas de Chi - cuadrado .....	92
Tabla 8: Medidas simétricas .....	92
Tabla 9: Tabla de contingencia encuesta.....	93
Tabla 10: Pruebas de Chi - cuadrado .....	93
Tabla 11: Medidas simétricas .....	94
Tabla 12: Correlaciones encuesta .....	95
Tabla 13: Correlaciones encuesta .....	96
Tabla 14: Tabla de contingencia .....	98
Tabla 15: Pruebas de Chi - cuadrado .....	99
Circunstancias relacionadas al intento de suicidio .....	101
Tabla Estadísticos descriptivos.....	101
Tabla: Correlaciones.....	101
Tabla: Correlaciones.....	101
CMVC	
Tabla: Estadísticas de muestra única .....	103
Tabla: Correlaciones.....	103
Tabla: Estadísticas de muestra única .....	103
Tabla: Correlaciones.....	104

SRIS

Tabla: Estadísticas de muestra única ..... 105  
Tabla: Correlaciones..... 105

SCS

Tabla: Estadísticas de muestra única ..... 106  
Tabla: Correlaciones..... 106  
Tabla: Estadísticas de muestra única ..... 106  
Tabla: Correlaciones..... 107  
Tabla: Estadísticas de muestra única ..... 107  
Tabla: Correlaciones..... 108  
Tabla: Estadísticas de muestra única ..... 108  
Tabla: Correlaciones..... 109  
Tabla: Estadísticas de muestra única ..... 109  
Tabla: Correlaciones..... 110  
Tabla: Estadísticas de muestra única ..... 110  
Tabla: Correlaciones..... 111

FF-SIL

Tabla: Estadísticas de muestra única ..... 113  
Tabla: Correlaciones..... 113  
Tabla: Estadísticas de muestra única ..... 114  
Tabla: Correlaciones..... 114  
Tabla: Estadísticas de muestra única ..... 115  
Tabla: Correlaciones..... 115

## ÍNDICE DE ANEXOS

Experiencia vivencial .....	126
Anexo A: Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES - III .....	128
Anexo B: Instrumentos complementarios .....	130
Prueba de percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL).....	130
Cuestionario Multidimensional de Variables Culturales (CMVC) .....	131
TLS .....	135
SRIS .....	137
SCS .....	139
Escala de Ideación Suicida de Pierce .....	143
Escala IOS .....	145
Anexo 1: Encuesta .....	146

## RESUMEN

El presente trabajo es el resultado de una investigación que busca aportar información acerca de la relación existente entre el funcionamiento familiar y el intento de suicidio, utilizando la metodología de casos y controles para comparar los resultados obtenidos en una muestra de 80 jóvenes en edades comprendidas entre los 15 y los 25 años de edad, de los cuales 40 han presentado intento de suicidio y 40 no lo han presentado.

Dentro de la corriente sistémica familiar, variables como cohesión, adaptación y comunicación, han sido estudiadas por varios autores ya que han permitido de una u otra manera establecer un marco de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, los resultados obtenidos muestran que en las familias en las que existe un miembro con intento de suicidio estas variables están en los extremos, mientras que en las que no se ha dado un intento de suicidio están en niveles equilibrados.

Es así que podemos afirmar que la relación existente entre los miembros de una familia y su funcionamiento en sí, podrían ser una de las causas que llevan a una persona a un intento de suicidio, se espera que la información obtenida con este estudio sea un aporte para que se puedan implementar estrategias de prevención con el fin de que este fenómeno tan común en la actualidad, disminuya su incidencia.

## ABSTRACT

This work is the result of an investigation that seeks to provide information about the relationship between family functioning and suicide attempt. We used case-control methodology to compare the results obtained in a sample of 80 young people aged 15 to 24, of which 40 have attempted suicide and 40 have not.

Within the systemic family approach, variables such as cohesion, adaptability and communication have been studied by several authors, which have allowed in some way to establish a family functionality or dysfunction framework. The results show that in families in which there is a member who has attempted suicide these variables are at the most extreme, while in the ones where there have not been a suicide attempt, the levels are balanced.

Therefore, we can affirm that the relationship between family members and their interaction could be one of the causes that lead a person to a suicide attempt. It is expected that the information obtained from this study is a contribution, so that prevention strategies can be implemented with the objective of decreasing the incidence of this common current phenomena.



Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## INTRODUCCIÓN

Nuestro tema de investigación nace como colaboración en el proyecto de tesis: “El funcionamiento familiar en jóvenes que presentan intento de suicidio, estudio transcultural Chile – Ecuador” previa a la obtención del Doctorado en Psicoterapia de la Magister Yolanda Dávila, docente de nuestra Universidad. Al realizar la recolección de datos se evidencia la alta tasa de intento de suicidio en nuestro medio, por lo que nace la inquietud de comparar el funcionamiento familiar en un grupo específico de jóvenes con y sin intento de suicidio de nuestra ciudad, con el fin de aportar información para el entendimiento de esta problemática que tiene implicaciones individuales, familiares y sociales.

Se ha evidenciado que el incremento en el intento de suicidio en jóvenes representa actualmente un problema de salud pública (OMS, 2004) se encuentra asociado a determinadas características de la familia (Casullo, 2004) y de la cultura. (Durkheim, 1987). El suicidio es la tercera causa de muerte a nivel mundial entre los 15 y 45 años, y la segunda en el grupo de 10 a 24 años (OMS, 2012), en Estados Unidos el suicidio constituye la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años. (INNFA-MIES, 2012-2013).

En el Ecuador según el INEC desde el año 2000 al 2005 los suicidios aumentaron en un 73.5%. (INEC, 2013). Estos datos estadísticos revelan la importancia de obtener información acerca de los factores que intervienen en el intento de suicidio, este trabajo se centra en identificar el funcionamiento familiar en jóvenes con y sin intento de suicidio en nuestra ciudad, conocer las características, similitudes y diferencias de dicho funcionamiento para aportar a la poca información relacionada con este fenómeno.

En la Teoría Sistémica Familiar se considera a la familia como un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, regulados por reglas y funciones dinámicas entre sí y con el exterior. (Minuchin, 1986). En nuestro contexto se considera que una conducta suicida en uno de sus miembros, podría ser el resultado de alteraciones en las interrelaciones familiares, planteándose como hipótesis que: en las familias con un joven que presenta intento de suicidio existe poca cohesión, dificultades en la adaptación y problemas en la comunicación, en comparación con las familias donde no hay de intento de suicidio.

Para cumplir con los objetivos propuestos y comprobar la hipótesis planteada, se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, analítico de casos y controles, transversal no experimental. El uso de la metodología cuantitativa tiene como finalidad describir, identificar y cuantificar el funcionamiento familiar de jóvenes que presentan intento de suicidio. Se utiliza el diseño de casos y controles para establecer las asociaciones entre las variables y los grupos.

# **CAPÍTULO I**

## **“ADOLESCENCIA Y JUVENTUD”**

*“Ser normal durante la adolescencia es, en sí mismo  
anormal”*

*Ana Freud (1950)*

## **ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

### **Introducción**

La adolescencia ha sido considerada como un periodo de transición de la niñez a la vida adulta, es una etapa compleja por los múltiples cambios que se presentan, en cuanto al aspecto físico, biológico, cognitivo, psicológico y social, influenciados por el medio en el que se desenvuelven y por la cultura a la que pertenecen. Es importante que se tenga un conocimiento acerca de los procesos que se dan durante la adolescencia, pues es la única forma de lograr una comprensión acerca de la compleja conducta juvenil.

La Organización Mundial de la Salud, en el año 2000, en su documento La Salud de los Jóvenes: Un desafío para la sociedad, considera como juventud al rango de edad comprendido entre los 10 y 24 años, propone una escala de edades con el fin de estratificar la adolescencia y la juventud, quedando de esta manera: juventud inicial (10-14 años); juventud media (15–19 años) y juventud plena (20–24años). En nuestra investigación el término juventud será utilizado para referirnos al rango de edad entre 15 a 24 años considerado como base en el presente estudio. El propósito del presente capítulo es brindar los conocimientos necesarios en relación a los cambios biológicos, cognoscitivos, psicosociales y los factores relacionados con cada uno de ellos.

### **1.1 Surgimiento del estudio**

La OMS considera a la juventud como el periodo comprendido entre los 10 y los 24 años de edad, con fines prácticos categoriza a este grupo en: juventud temprana o pubertad que inicia a los 10 años hasta los 14 años, juventud media o adolescencia desde los 15 a 19 años y la juventud plena de 20 a 24 años, cada una influenciada por factores diferentes y en las que se asumen características distintas. (OMS, 2013).

Dentro del marco evolutivo, se considera como un periodo de transición hacia la edad adulta en donde se presentan nuevas tareas y actividades, como las relacionadas con la capacidad de establecer compromisos en las relaciones personales, en el ámbito vocacional, la aceptación progresiva de mayores responsabilidades y una modificación en su comportamiento que le permita responder adecuadamente a las exigencias de la sociedad.

Es importante además, dar atención a este segmento de personas que conforman una población de riesgo, pues los cambios a los que se enfrentan en relación a varios factores (plan de vida, determinación de su sexualidad e identidad, desarrollo físico y cognitivo, autoestima, criterio, etc.) y la presión que ejercen en ellos el entorno social, familiar y cultural generan cierto estado de vulnerabilidad. Los acontecimientos estresantes, y el modo en que estos son percibidos o exagerados por el joven, pueden ser resultado de un trastorno psiquiátrico subyacente. Los más habituales son los del estado de ánimo, de ansiedad, de consumo y trastornos de la personalidad. (OMS, 2014)

Cuando estos aspectos son percibidos de manera distorsionada es común que se presenten en los jóvenes pensamientos suicidas, por lo que es indispensable que sientan apoyo de un adulto, con el que puedan discutir sus problemas y sentirse apoyados y orientados correctamente. Estos pensamientos se tornan anormales cuando su realización se presenta como única alternativa para superar las necesidades; convirtiéndose en un severo riesgo de intento de suicidio o suicidio en sí, es en este momento en donde se evidencia la falta de intervención de las instituciones educativas y el personal de salud que están llamados a la formación humana y no únicamente la académica, ellos también están implicados en la orientación de los jóvenes. (Campo, 2012).

La información que podamos obtener estamos seguros que nos permitirá tener un acertado tratamiento y disminuir el riesgo de suicidio.

## **1.2 Definiciones**

El estudio de la adolescencia ha estado presente desde tiempos remotos, sin embargo es tomada como una etapa dentro del ciclo de la vida al final del siglo XIX. Ha sido catalogada como un periodo de confusiones, conflictivo y bastante estresante, hoy en día se busca cambiar esta orientación teórica centrándose en los aspectos positivos. Definir a la adolescencia y la juventud es muy complejo pues son etapas muy subjetivas dentro del desarrollo, existen diferentes formas de abordarlas, hasta el momento no se ha planteado una teoría única, sin embargo en la mayoría de textos se consideran adolescentes aquellas personas que se encuentran en un rango de edad entre los 11 años en el caso de las mujeres y 13 años en el caso de los varones hasta los 18 años de edad, estos individuos se caracterizan por encontrarse en una fase de transformaciones a nivel biológico, psicológico, cognitivo y social. (Hoffman, 1996).

Actualmente autores han llegado a un consenso respecto a que la adolescencia y la juventud son momentos claves en cuanto a la socialización; de manera independiente a los fundamentos de cada una de sus teorías; consideran que la edad cronológica no debería ser el criterio que rijan su delimitación. Muchos autores proponen límites de edad para clasificarlas como etapas, se debe considerar que tanto la adolescencia como la juventud son “edades psicológicas”, se debe tomar en cuenta al desarrollo como un proceso que no está determinado únicamente por la maduración del organismo, sino que tiene ante todo una determinación histórico social. (Asociación Oaxaqueña de Psicología, 2008)

## **1.3 Cambios físicos**

En la juventud, se producen cambios físicos y emocionales de mucha importancia; en la etapa inicial, la pubertad, que es la fase en la que madura el aparato reproductor y el cuerpo se prepara para tener un hijo, se presentan cambios físicos que marcan mayor diferencia entre hombres y mujeres. En los hombres se da el desarrollo del pene y los testículos; la aparición de vello en la zona púbica y axilas, aparece la barba y bigote; se da un ensanchamiento de la espalda; ocurre un cambio en la voz mientras que en las mujeres se desarrollan los senos; de igual manera aparece

vellosidad en la zona púbica y axilas, se da su primer periodo menstrual o menarquia y sus caderas tienen un crecimiento. Los cambios físicos de la adolescencia, traen consigo también cambios psicológicos y sociales que serán desarrollados más adelante.

#### **1.4 Desarrollo cognoscitivo**

En los últimos años, se han efectuado estudios sobre el funcionamiento cognoscitivo o intelectual de los jóvenes y estos señalan dos puntos. El primero se refiere a la medición de las capacidades que se han desarrollado, (Orientación juvenil, 2011). Anteriormente se denominaban test de inteligencia, a las pruebas utilizadas para determinar las fuerzas cognoscitivas de las personas, pero actualmente, estos han cambiado por: test de rendimiento, de inteligencia y aptitud. El segundo punto se relaciona al cambio de la niñez a la juventud. Esta etapa se caracteriza por el desarrollo intelectual en la que el organismo es ya capaz de enfrentarse al ambiente y a sí mismo, siendo estos factores de gran importancia en el estudio de la juventud, no únicamente como fenómenos del desarrollo, sino porque el nivel de intelecto en un individuo, constituye un factor que le limita evaluar su capacidad.

Existen varias teorías acerca de los cambios en el aspecto cognitivo que se da en los jóvenes, entre las teorías, la más relevante es la planteada por Jean Piaget (1896 - 1980), la misma que afirma que los individuos pasan a través de etapas específicas según su intelecto y capacidad de percibir las relaciones; cada una de las cuales representa la transición a una forma más compleja y abstracta de conocer:

Tabla 1: Piaget – Etapas del desarrollo cognoscitivo

EDAD	ETAPA	CARACTERÍSTICAS
0 – 2 años	Sensoriomotora	El niño construye un mundo comprensible coordinando sus experiencias sensoriales con acciones físicas, progresa de la acción refleja e instintiva del nacimiento al conocimiento del pensamiento
2 – 7 años	Preoperacional	El niño empieza a representar el mundo con imágenes y palabras. Estas reflejan un creciente pensamiento simbólico.
7 – 10 años	Operaciones concretas	El niño puede razonar lógicamente acerca de eventos concretos y clasificar objetos dentro de conjuntos diferentes.
11 – edad adulta	Operaciones formales	El joven razona de forma abstracta, lógica e idealista.

Fuente: Página electrónica de Máster en Paidopsiquiatría, Universidad Autónoma de Barcelona, Aurelia Rafael Linares.

Elaborado por: Autores

Respecto a los jóvenes Piaget afirma que los cambios están asociados con el desarrollo del pensamiento operacional, en el que aparece la capacidad de razonamiento abstracto, pensamiento hipotético y lógica formal, lo que hace que los adolescentes puedan razonar de manera abstracta, entendiendo las conductas dentro de un contexto social, puedan contemplar alternativas y consecuencias de sus decisiones, puedan discernir la información, puedan controlar sus impulsos etc. Según Piaget en su obra Epistemología genética “las operaciones formales se caracterizan por la posibilidad de razonar sobre hipótesis distinguiendo la necesidad de conexiones debidas a la forma y a la verdad de los contenidos” (Rivera Perez, Forteza Cáceres, & Rivera Pérez, 2007).

Al inicio de la adolescencia los jóvenes se caracterizan por un pensamiento egocéntrico, en el que todo gira en torno a ellos, fantasean, se plantean metas que no son del todo reales, tienden a maximizar sus problemas, se sienten incomprendidos y buscan estar solos. Cuando inician el pensamiento abstracto tienen la capacidad de tomar decisiones y conductas saludables para ellos, pueden asimilar el tiempo histórico y el espacio; usar símbolos para representarlos; aprender álgebra y cálculo; se preocupan por lo que podrían llegar a ser, conjeturan eventualidades y someten hipótesis, etc. Los adultos juegan un papel muy importante, pues deben propiciar espacios de experiencia y aprendizaje que les permita entrenarse para situaciones futuras, esto logrará que los jóvenes tengan herramientas para resistir presiones, resolver conflictos, relacionarse adecuadamente y sobretodo actuar según sus valores y creencias.

### **1.5 Cambios psicosociales**

Los cambios biológicos y cognitivos son involuntarios, mientras que las modificaciones en el aspecto psicosocial dependen en gran medida de la percepción que cada individuo tiene de sí mismo en relación con el ambiente en el que se desenvuelve. Los cambios psicosociales están influenciados por el desarrollo de la identidad sexual, moral, ética y espiritual; por la lucha entre la dependencia e independencia y la influencia de los padres.

Las relaciones afectivas establecidas antes de la adolescencia influyen en gran medida en la forma en la que ellos van a afrontar los cambios en esta etapa, cuando los padres han mantenido una buena relación basada en comunicación con sus hijos, la imagen que estos tengan de sí mismos en un futuro será positiva, su funcionamiento en el ámbito social se desarrollará sin mayores dificultades.

En cuanto al aspecto social, los adolescentes desarrollan nuevos comportamientos, los padres que hasta hace poco fueron los protagonistas de sus vidas dejan de ser su prioridad para volcarla por completo a su círculo social, del cual buscan ser aprobados probando diferentes conductas que les permitan encajar entre sus pares y ser

atractivos para ellos, sin duda para los adolescentes esto les genera un conflicto interno entre satisfacer sus necesidades y satisfacer las exigencias de los demás. (Universidad Pedagógica Nacional, 2010). Dentro del ámbito psicosocial existen dos factores principalmente importantes: la identidad sexual y la búsqueda de independencia.

- **Identidad sexual:** A partir de los 10, hasta los 17 años de edad, se consolida la identidad de género observando los roles de los adultos que los rodean, desarrollan sus propias concepciones acerca de la masculinidad o feminidad que obedecen a estereotipos establecidos en la sociedad. La identidad de género se refiere al proceso en el que una persona se reconoce y hace conciencia acerca del ser hombre o mujer, interiorizando las funciones y responsabilidades de pertenecer a ese género. Tener un auto concepto sexual, implica una reflexión acerca de los sentimientos y conductas sexuales, hacer conciencia de cuáles son sus atracciones e intereses, si bien la mayoría de personas tienen definida su identidad sexual antes de la pubertad, es en esta etapa en donde se consolida, relacionándola de manera más consciente con los adultos de su género.
- **Independencia vs dependencia:** Se da entre los 15 y los 19 años de edad, en esta etapa los jóvenes buscan reafirmar su independencia al alejarse de padres y adultos, no aceptan consejos o críticas de ellos y afianzan su unión con personas de su edad. Las influencias sociales pueden hacer de esta una conducta constructiva o destructiva. Al hablar de una conducta constructiva se hace referencia a aquellos adolescentes que luchan por una independencia pero se involucran en el estilo de vida de los adultos. Conductas destructivas como actividad sexual prematura, consumo de drogas, etc. son comunes en adolescentes a quienes les faltó el apoyo y la atención paterna.

## **Aspecto Emocional:**

Bajo aspecto emocional se engloba un sin número de factores importantes para la consolidación y afirmación de su identidad y autonomía como son:

- **Autoimagen:** Es un factor de especial relevancia en esta etapa del desarrollo, entendemos por autoimagen a la visión que cada persona tiene de su propia apariencia física y de cómo es percibida y valorada por los demás. Durante la adolescencia la preocupación principal gira en torno a la imagen corporal por lo que puede influir drásticamente en la autoestima de los individuos.
- **Autoestima:** Se define como autoestima a la manera en la que las personas se valoran a sí mismas, es el resultado del autoconocimiento, de la aceptación o del rechazo a sí mismos y del quererse o no, por lo tanto ésta puede ser positiva o negativa. La autoestima se ha convertido en un tema de estudio actual por su estrecha relación con variables como rendimiento académico, relaciones sociales, aspiraciones personales y laborales, resolución de conflictos, entre otras. Por lo que está considerada como un recurso personal importante pues su potenciación podría determinar un mejor ajuste psicosocial del individuo. (Comisión de Psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, 2009)
- **Independencia y confianza:** En la adolescencia se genera principalmente un conflicto en cuanto a la dependencia familiar y a la necesidad de independencia que surge en los adolescentes con respecto a tener autonomía en su modo de vida, en la distribución y organización de su tiempo, en el manejo de sus relaciones sociales, normas, etc.

Las relaciones sociales durante la adolescencia cobran mayor importancia pues son el medio por el cual los adolescentes experimentarían aceptación, estima y apoyo de personas diferentes a su círculo familiar, también pueden ser perjudiciales pues generan estrés, miedo al rechazo, a ser diferente; es por ello que los jóvenes

recurren a varias personas para complementar el tipo de apoyo que reciben de unos y de otros. Del desarrollo de independencia y confianza dependerá que él o la joven puedan alcanzar relaciones afectivas maduras, logren un sentimiento de identidad y el planteamiento de metas realistas. (Comisión de Psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, 2009)

## **1.6 PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN**

En psicología, el término adaptación hace referencia al equilibrio emocional y de personalidad de los seres humanos, hace alusión a la exigencia de un individuo por conseguir un arreglo entre sus propias particularidades, incluidos sus requerimientos y las demandas del entorno en el que se desarrolla. Una persona equilibrada, demuestra sentimientos positivos, sabe que es competente, exitosa, demuestra independencia en sus actos, es enérgica, hábil, puede mantener relaciones sociales estables, disfruta de su vida y no le agobian los problemas. Para el joven, el caso es diferente, por cuanto su adaptación se basa en el entorno familiar y de su lugar de estudios, el medio en el que se desenvuelven sus actividades regulares.

Es por lo tanto muy importante considerar estos aspectos dentro del ajuste psicológico de los jóvenes. Su eje de adaptación, es el tipo de relación que mantiene en su entorno familiar y la clase de vínculo que mantiene con los amigos frecuentes. En un estudio que se realizó al respecto, se determinó que existe una relación entre la adhesión paternal y la de los amigos con el ajuste de un joven. Para la muestra, intervinieron 89 jóvenes que respondieron al cuestionario referente, incluida agresión, depresión, ansiedad, empatía. (Orientación juvenil, 2011)

Se conformaron cuatro grupos de acuerdo a los puntajes de apego que son:

- Alto en padres y en amigos,
- Bajo en padres y amigos,
- Alto en amigos y bajo en padres,
- Alto en padres y bajo en amigos.

Los resultados demostraron que existe un apego paterno y a los amigos muy similares, sin embargo, los que presentaron alto apego a ambos, fueron los mejores ajustados, esto significa que se presentan con menor agresividad y depresión y más empáticos. Los menos adaptados fueron los de bajo apego a ambos. (Aragón Borja, 2012)

## **Conclusión**

La adolescencia es un periodo crucial en la vida de un ser humano, conlleva procesos complejos en el que se ven implicados los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es una etapa de vulnerabilidad a la que se debe prestar atención para evitar complicaciones en la vida futura. Durante esta fase de desarrollo se presentan preocupaciones que para el adolescente son de vital importancia, su aspecto físico y el grado de aceptación que puedan tener dentro del medio social en el que se desenvuelven generan cierto nivel de tensión.

En cuanto a los cambios cognoscitivos en los jóvenes se genera una reorganización progresiva de los procesos mentales, como consecuencia de la maduración biológica y la experiencia que obtiene del medio, lo que les permite ver la vida de manera diferente, desarrollan una nueva forma de pensamiento que les permite prestar mayor atención a sus decisiones y tomarlas con mayor responsabilidad, facilitando su adaptación al mundo de los adultos.

# **CAPÍTULO II**

## **“INTENTO DE SUICIDIO”**

*“Abandonarse al dolor sin resistir, suicidarse para sustraerse de él, es abandonar el campo de batalla sin haber luchado un poco”.*

*Marlene Dietrich*

# INTENTO DE SUICIDIO

## Introducción

El suicidio es un tema que genera mucho interés, tanto por ser una problemática de preocupación actual como por el afán de descubrir cuáles son las razones por las que éste se da, el intento de suicidio está relacionado a varios factores tanto psicológicos como sociales y otros de los que no se conoce a ciencia cierta el nivel de relación. En este capítulo se abordarán las definiciones necesarias para el estudio del mismo así como las diversas clasificaciones y variedad de enfoques.

### 2.1 Consideraciones generales

El suicidio ha estado presente desde el inicio de la humanidad, en algunas épocas se lo ha castigado y perseguido en otras ha sido tolerado, las sociedades han mantenido actitudes variadas en función de sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales (Bobes García, González Seijo y Saiz Martínez, 1997). En la Biblia ya se mencionan conductas suicidas como las de Abimelec, que herido de muerte le pide a su escudero que le mate. (Jueces: 9, 54).

El rey Saúl, quien se quitó la vida (1 Samuel 31:4-6) y su escudero que lo vió, se atravesó con su espada y murió con su rey o el caso de Judas que después de traicionar a Jesús se ahorcó. (Salmos 41:9; Jn 13:18). En la tradición maya, el suicidio era considerado una manera extremadamente honorable de morir, en Grecia y Roma se ha considerado al suicidio como un acto heroico o patriota.

Existen variedad de opiniones en cuanto a la terminología adecuada que debe utilizarse para referirse al intento de suicidio o suicidio como tal, es necesario que para el entendimiento de este capítulo nos relacionemos con términos que aparecen con frecuencia al hablar de este tema como son:

- **Comportamiento suicida mortal o acto suicida:** esta terminología es utilizada para referirse a los casos en los que un individuo se causa una lesión o provoca su muerte.
- **Comportamiento suicida no mortal, intento de suicidio o parasuicidio:** son términos que hacen referencia a aquellos casos en los que la intencionalidad de muerte fracasa.
- **Ideación suicida:** entendemos por ideación suicida a la presencia de pensamientos, deseos, o planes acerca de cometer un suicidio, la misma se presenta con intensidad y complejidad diferente, están presentes por lo general en niños y adolescentes, puede estar o no asociada a otras psicopatologías. (Psiquiatría, 2010)
- **Automutilación:** se refiere a una destrucción o alteración directa y premeditada de una o varias partes del cuerpo sin intención de cometer un suicidio. Es considerada una emergencia psiquiátrica por su efecto amenazante y perturbador tanto para el individuo como para el entorno.
- **Riesgo de suicidio:** dentro de este término se incluye toda forma de pensamiento y comportamiento que mediante el comportamiento busca la muerte.
- **Presión de conducta:** se entiende por presión de conducta a la posibilidad de riesgo inminente de transformar una idea de suicidio en un acto concreto. (Baader, Urra, Millán , & Yáñez, 2011)

- **Suicida:** se conoce bajo este término a un individuo que piensa, intenta o comete suicidio, tanto en tiempo pasado como en presente

## 2.2 Definiciones

Se conoce al suicidio como el acto por el cual el individuo se provoca la muerte, existiendo factores de riesgo predisponentes como: sexo, edad, nivel socioeconómico, entorno familiar (violencia familiar, migración, etc.), entorno social y factores individuales (consumo de drogas, alcohol, psicológicos: ansiedad, depresión, entre otros). (Ayala Espinosa, Martí Lloret, & Rodes Lloret, 2005). Esta variedad de factores permiten entender la conducta suicida considerando diversos puntos de vista, se cree que lo esencial sería considerar todas las definiciones posibles para que se pueda tener una apreciación completa de la conducta suicida, integrando todos los conocimientos se podrá intervenir de mejor manera, puesto que es un fenómeno multicausal que requiere un trabajo interdisciplinario.

El intento suicida o para suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud, "*como un acto con una consecuencia no fatal, en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará auto-daño, o ingiere una sustancia superior a las dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte*". (OMS, 2013)

Para definir el suicidio, debe diferenciarse entre: intento, ideación y suicidio en sí. El intento de suicidio: es una acción frustrada de quitarse la vida y que no llega a su término por acción médica a tiempo, ayuda de otra persona, falla del método escogido, etc. La ideación suicida hace referencia a un sinnúmero de ideas de privarse de la vida y van aumentando su intensidad, se puede presentar de manera escrita, verbal, mediante personas que se encuentran en el entorno, programas televisivos, etc. que son del interés de quien tiene en mente suicidarse. (González, 2011,págs. 22-23). El suicidio en sí, es cuando el individuo toma la firme

determinación de cometer este acto y prepara el escenario perfectamente, asegurándose que nada le falle, y que el método para hacerlo sea efectivo.

### 2.3 Clasificación del intento suicida

El suicidio tiene varias clasificaciones, basadas en diversas orientaciones y puntos de vista teóricos de cada autor:

Se conocen tres tipos de suicidio: altruista, egoísta y anómico, esta clasificación se basa en la relación existente entre las normas sociales vigentes y el individuo y no en un simple individualismo. (González Serrano, Jara Segura, & San Miguel, 2001).

- **Suicidio altruista:** Con respecto al suicidio altruista en su mayoría se ubica en sociedades de exigencia moral rigurosa, en la que muchas veces están obligados a obedecer este código de exigencia social con la incomodidad que esto ocasiona. Un claro ejemplo es el ocurrido en Brasil en 1998 con los Hijos del Sol, que fue un suicidio colectivo por fanatismo religioso, las personas no buscan la muerte porque lo deseen más bien consideran que es su deber.
- **Suicidio egoísta:** por lo general se presenta en las sociedades modernas en las que el individuo no está integrado o carece de un grupo social, piensan en sí mismos, lo que produce una alienación sin sentido de pertenencia a la sociedad. El individuo está totalmente desubicado del entorno social, una característica de este tipo de suicidio es la apatía. Dentro de esta clasificación se encuentran por lo general los casos de ruptura amorosa repentina, teniendo este hecho como salida; el estudiante que fracasa y el hijo que siente que ha defraudado académicamente a sus padres; por lo general el deseo de quitarse la vida resulta de un sentimiento de vacío existencial. (Shahún,2005)

- **Suicidio anómico:** es el más común en la sociedad actual, en la que existe una gran competencia entre los individuos por las exigencias de su entorno, Durkheim refiere que se da una alienación o pérdida de identidad, un individuo sigue un camino aislado sin conexión con los demás, con los valores o normas de la sociedad en la que se desenvuelve, etc.

Según su naturaleza el suicidio ha sido clasificado como no patológico y patológico:

- **Suicidio no patológico:** Pueden ubicarse dentro de esta clasificación a las personas que sacrifican su vida por un deber social o religioso o un ideal. Un sujeto toma esta determinación porque considera que es la única alternativa ante alguna situación, se puede incluir dentro de este grupo a los enfermos que al saber que no tienen cura de manera voluntaria quieren acelerar su fin, a pesar de que esto vaya en contra de creencias, religión o sociedad, se considera que la idea que los lleva a tal decisión es normal, es decir no delirante.
- **Suicidio patológico:** Se consideran dentro de esta clasificación a las ideas de suicidio originadas por una grave perturbación en la afectividad, por la presencia de alucinaciones, por obsesión intelectual, el intento de suicidio es en algunas ocasiones una muestra de un estado patológico subyacente. La afectividad se puede ver alterada de diferente forma, intensidad y duración. El individuo no es capaz de dominar sus actos, pueden encontrarse dentro de este grupo a personas en estados pasionales o melancólicos.

La clasificación según el método utilizado refiere:

- Suicidio por procedimientos impulsivos o rígidos (arma, estrangulación, asfixia, precipitación).

- Suicidio por procedimientos pacíficos o leves (por injerencia de psicofármacos, anilina, etc.).

Según la forma clínica, Amaro González (2011,págs. 22-23) establece la siguiente clasificación:

- Suicidio ampliado. Es el que lleva a la muerte a otra persona que no quiere morir. Por ejemplo: una madre que sufre depresión nihilista y asesina a su hijo para que no sufra los problemas de la vida.
- Suicidio por desesperación. ocurre en el marco de una situación con gran resonancia afectiva en personas que no toleran las frustraciones. Esto se da en casos amorosos o pérdida de un ser querido.
- Suicidio por miedo. Trata de impedir situaciones de temor. Por ejemplo: cuando un niño o joven pierde la virginidad y pertenece a una familia muy moralista.
- Suicidio por venganza o chantaje. El suicida, se quita la vida para castigar a otros. Una persona histérica que deja una nota inculpando a su amante y luego se quita la vida.
- Suicidio por sacrificio. muerte con una finalidad política, religiosa. Por ejemplo: El líder ortodoxo, Eduardo Chibás, se quitó la vida en un programa de radio, cuando hacía una denuncia de corrupción administrativa del régimen de la época.

## Otras Clasificaciones:

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el suicidio y las lesiones auto infligidas están anexadas a otras categorías producidas por causas externas de mortalidad. (González, 2011,págs. 22-23). Podemos mencionar:

- *(X60) Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos.*
- *(X61) Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, anti parkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte*
- *(X62) Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte*
- *(X63) Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo*
- *(X64) Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados*
- *(X65) Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición al alcohol*
- *(X66) Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores*
- *(X67) Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores*

- *(X68) Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas*
- *(X69) Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados*
- *(X70) Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación*
- *(X71) Lesión auto infligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión*
- *(X72) Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de arma corta*
- *(X73) Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta, y arma larga*
- *(X74) Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas*
- *(X75) Lesión auto infligida intencionalmente por material explosivo*
- *(X76) Lesión auto infligida intencionalmente por humo, fuego y llamas*
- *(X77) Lesión auto infligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes*
- *(X78) Lesión auto infligida intencionalmente por objeto cortante*
- *(X79) Lesión auto infligida intencionalmente por objeto romo o sin filo*
- *(X80) Lesión auto infligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado.*
- *(X81) Lesión auto infligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento*

- *(X82) Lesión auto infligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor*
- *(X83) Lesión auto infligida intencionalmente por otros medios especificados*
- *(X84) Lesión auto infligida intencionalmente por medios no especificados.*

## **2.4 Aproximaciones teóricas de la conducta suicida**

Para muchos investigadores es indispensable que exista ideación suicida para que se presenten las acciones suicidas, dicha ideación suicida puede iniciar de acuerdo a cada persona y hechos que va viviendo, existiendo predisposición por aquellos que presentan factores de riesgo asociados. Los suicidios a nivel mundial representan más de un millón de muertes, es decir el 1,8 % del total de muertes. La OMS ha catalogado al suicidio como la décima causa de muerte, se conoce que al día se presentan a nivel mundial entre 8000 a 10000 intentos de suicidio de los cuales 1000 logran su objetivo. (OMS, 2013).

### **Teoría biológica del suicidio**

Algunos de los comportamientos cuyo factor es una perturbación, tales como la impulsividad, el homicidio y una conducta suicida, están asociadas con la neurotransmisión serotoninérgica y las funciones endócrinas, especialmente la secreción de tirotrófina y cortisol. (Barrera, 2008). Los suicidas poseen bajas concentraciones de serotonina en determinadas zonas del cerebro y la sangre presentan colesterol bajo y grupo sanguíneo tipo O preferentemente.

Estos hallazgos (no indiscutibles) revelan en el comportamiento suicida una baja actividad de la enzima monoamino-oxidasa plaquetaria, se relaciona al comportamiento suicida con el eje hipotálamo-hipófisis- suprarrenal, por hallarse un aumento de la excreción de cortisol de manera anormal pre-intento de suicidio y un

test de supresión de dexametasona anormal en el 60% de los deprimidos suicidas, comparando con los no suicidas pero igualmente deprimidos.

El eje hipotálamo-hipófisis-tiroides igualmente se ha implicado en la conducta autodestructiva, así como otras hormonas, informándose un notorio descenso de la testosterona en pacientes que se suicidaron violentamente. (González Serrano, Jara Segura, & San Miguel, 2001)

### **Teoría genética (hereditaria) del suicidio**

La relación entre la herencia y el suicidio también es un tema que genera mucha controversia, han existido casos de suicidios o intentos presentes en varias generaciones de una familia por lo que se piensa que podría existir una predisposición familiar o transmisión multigeneracional de pautas familiares en la que modelos implícitos del funcionamiento se hacen presentes en generaciones posteriores.

Según indagaciones efectuadas por diferentes equipos de especialistas franceses y suizos, representantes de instituciones y universidades de dichos países, revelan la existencia probable de elementos genéticos que podrían persuadir a instintos suicidas en ciertas personas. En uno de los estudios se establece que la regulación de la neurotransmisión de la serotonina es un componente clave para esta debilidad. Los científicos han investigado el papel del gen que codifica el triptofan hidroxilasa (TPH), la enzima que limita el ritmo en la biosíntesis de la serotonina, en la tendencia genética al suicidio. Sus creadores han efectuado un estudio de siete polimorfismos del gen TPH: en 231 habían pretendido suicidarse y en otras 281 personas que no lo intentaron, se aprovecharon como un grupo de control. (Psychiatry, 2001, páginas 338-341 ).

Se hallaron vínculos significativos entre variantes de este gen (en especial de la variante "3'part" o región 3 no codificadora) y las tentativas de suicidio. Estas

variantes se presentaban mayormente en personas que intentaron suicidarse por métodos violentos y con un historial depresivo. (Psychiatry, 2001, páginas 338-341 )

### **Teoría psicoanalítica**

Sigmund Freud (1917), fue el primer autor en otorgar explicaciones psicológicas relacionadas al suicidio, si bien dentro de sus obras no se encuentran ideas concretas referentes al tema, el brindó aportes que abrieron paso para un estudio futuro, el consideraba que las razones que motivan el suicidio eran intrapsíquicas, relacionándolas con el impulso de muerte y a la fuerza suicida con cargas tanáticas guiadas contra el propio Yo, en donde la persona no es generalmente consciente de sus actuaciones. Así su negatividad es usada como mecanismo de defensa y constituye una manera de escapar de los problemas y de la vida. Estas teorías las desarrolló en su obra "*Duelo y Melancolía*". (Ayala Espinosa, Martí Lloret, & Rodes Lloret, 2005). Entre las ideas fundamentales encontradas en su teoría tenemos:

- **Suicidio como parte del homicidio:** dentro de este enfoque explica que el suicidio no está relacionado a un fenómeno social, sino más bien que depende de un pensamiento individual.
- **Ambivalencia amor y odio:** presente en la dinámica de todo suicida
- **Asociación de agresividad y suicidio:** como manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente su ejecución encuentra al suicidio como medio, estas manifestaciones de la pulsión de muerte pueden darse en dos modalidades: las que se dirigen hacia un objeto externo y las que se dirigen hacia el propio yo; en esta última es en donde ocurren los suicidios.

## **Teoría cognitiva**

De acuerdo al modelo cognitivo, de Beck, las variaciones aparecen en individuos que tienen un enfoque distorsionado de la realidad. Esta visión equivocada se fundamenta en presupuestos que se adhieren y condicionan su concepto de lo real. Poseen ideas deformados de la realidad que se activa con facilidad cuando se presentan acontecimientos estresantes. Además, estos orientan y canalizan la impresión de la realidad generando lo que se denomina la triada cognitiva y producen emociones indeseables. (Sirvent, 2009).

El motivo de una depresión, generalmente son pensamientos o ideas específicas generalmente sobre el futuro y sobre sí mismos. Si la persona se traza objetivos difíciles de alcanzarlos y más aún cuando su mentalidad es negativa, asimila estos objetivos como un defecto insuperable y profundo, que termina sumiéndole en una tristeza y depresión tan profunda e implacable que termina muchas veces, siendo la causa de un suicidio. Beck mantiene su teoría de que la depresión no se considera un trastorno emocional, sino cognitivo. (Beck, Shaw, Rush, & Emery, 2012)

### **2.5 Enfoque sociológico del intento de suicidio**

Son tres los métodos de autoeliminación de los seres humanos: suicidio egoísta, altruista y anómico. El primero (el suicidio egoísta), caracteriza a las sociedades que están desintegradas y en las que predomina el individualismo sobre la personalidad de todos y sus propósitos en común. (Sirvent, 2009). Al mismo tiempo subdivide en suicidio melancólico, que se caracteriza por un estado de desánimo y falta de interés por todo lo que le rodea, ocupándose únicamente de sí mismo y el epicúreo que le permite mantener sangre fría al momento de tomar acción sobre su vida.

El segundo caso correspondiente al suicida altruista, se refiere a las personas que están vinculadas fuertemente a la sociedad, y admite tres subclases: el obligatorio, que se efectúa en cumplimiento de sus obligaciones impuestas por la sociedad, el

facultativo, cometido en casos de no estar obligado a ningún deber y el agudo en el que el individuo se quita la vida por simple placer de hacer un sacrificio. En el suicidio anómico, depende en forma exclusiva del poder que regula la sociedad. Aparece en tiempos de dificultad y está enraizado con cólera y depresión.

Es muy importante enfatizar una aseveración del máximo exponente de este punto de vista: *“cada suicida da a su acto un sello personal que expresa su temperamento y las condiciones especiales en que se encuentra y que, por consiguiente, no puede explicarse por las causas sociales y generales del fenómeno. Pero éstas, a su vez, tienen que imprimir en los suicidios que determinan una tonalidad sui generis, una marca especial que las exprese”*. (Durkheim, 1985)

## **2.6 Enfoque psiquiátrico del intento de suicidio**

Una relevante cantidad de estudios, inclusive el de la OMS, hacen referencia a uno o más diagnósticos psiquiátricos en la mayor parte de jóvenes que presentan intento de suicidio, a pesar de las discrepancias al momento de hacer una valoración de la psicopatología asociada a este. Dichos estudios refieren elevadas tasas de Trastornos del estado de ánimo, constituyendo el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV) el que mayormente se presenta. La asociación a Trastornos de Personalidad (límite o antisocial) y la relevancia de la dependencia o abuso de drogas y alcohol tienen también protagonismo al respecto.

Algunos estudios acerca del intento de suicidio no llegan a dar ningún diagnóstico clínico, si se evalúa desde un enfoque del funcionamiento mental: *“Esta aproximación cuantitativa no permite ir más allá de la constatación del carácter transnosográfico de la conducta suicida y captar características del funcionamiento mental susceptibles de ser operantes sobre organizaciones o estructuras psíquicas diferentes desde la neurosis a la psicosis pasando por todas las organizaciones intermedias”*.(González Serrano, Jara Segura, & San Miguel, 2001)

La salud en mal estado, dolores abdominales o dorsales, problemas de sueño, fatiga, quejas somáticas múltiples y las constantes consultas médicas se observa mayormente en los jóvenes con problemas, relacionando estas características por los aspectos depresivos subyacentes. Igualmente en el adulto, existe una predisposición genética y también intervienen factores biológicos ligados generalmente al metabolismo de la serotonina, que unidos a los otros factores de forma viable, irán directamente o por vía de los problemas psíquicos mencionados en los que influye el suicidio. (González Serrano, Jara Segura, & San Miguel, 2001)

## **2.7 ENFOQUE SISTÉMICO DEL INTENTO DE SUICIDIO**

Se puede resumir en los modelos existentes, principios y leyes que pueden generalizarse mediante sistemas, sus elementos y la vinculación entre ellos. La integración y la separación representan dos aspectos fundamentalmente diferentes. Desde el punto de vista sistémico, esta es una aplicación teórica general de sistemas que existen en cualquier disciplina. (Psychiatry, 2001, páginas 338-341 ). En tanto ejemplo científico, esta teoría se identifica por su contingencia holística e integradora, en donde lo relevante constituye los vínculos que emergen a partir de ellas. Sus objetivos son los siguientes: (Psychiatry, 2001, páginas 338-341 )

- Promover el progreso de unos términos generales que permitan representar las particularidades, funciones y conductas sistémicas.
- Empezar un grupo de leyes y reglamentos que se apliquen a todas estas conductas.
- Empezar una formalización (matemática) de estas leyes.

El biólogo Ludwig von Bertalanffy fue quien en 1936 formuló la teoría general de sistemas, que debía formar parte de un mecanismo integracional de las ciencias sociales y naturales. Esta teoría aparece como contestación al cansancio y la falta de aplicación del punto de vista analítico y se basa en la necesidad del

conocimiento de la totalidad orgánica: *“La integración y la separación representan dos aspectos fundamentalmente diferentes de la misma realidad, en el momento en que se rompe el todo se pierde alguna de sus propiedades vitales “.* (Psychiatry, 2001,páginas 338-341)

### **2.7.1 Modelo Circumplejo de Olson**

Para abordar la disfuncionalidad familiar, nuestro trabajo se basa en el Modelo Circumplejo de Olson, éste es uno de los modelos más reconocidos en el estudio del funcionamiento familiar, pues establece una tipología para clasificar y manejar distintos perfiles a través de dimensiones como son: cohesión, adaptabilidad y comunicación, la combinación de dichas dimensiones permite obtener dieciséis tipos de sistemas de relación familiar.

**Cohesión:** Ha sido definida como la proximidad, vínculo o lazo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. Al hablar de cohesión se deben considerar indicadores como: vinculación emocional, independencia, límites, coaliciones, tiempo, entre otros. (OLSON, RUSSELL, & SPRENKLE, 1989)

La cohesión puede establecer cuatro tipos de familias:

- Desligadas (niveles muy bajos de cohesión)
- Separadas (cohesión baja a moderada)
- Unidas (cohesión moderada a alta)
- Aglutinadas (cohesión muy alta)

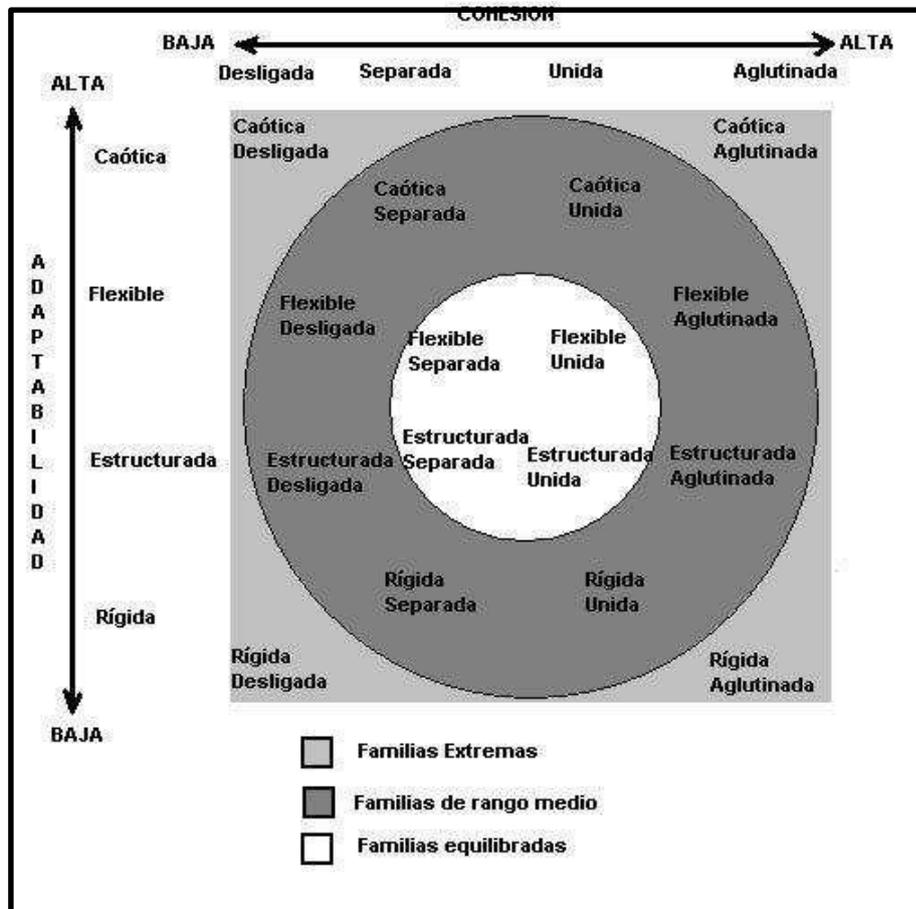
Familias desligadas y separadas: favorecen un alto grado de autonomía y cada persona actúa libremente con escaso apego o compromiso con su familia, los individuos logran tener equilibrio entre la independencia y la unión.

Familias unidas y aglutinadas: se caracterizan por una sobre identificación con la familia, en el sentido de una fusión psicológica y emocional, y con exigencia de lealtad y consenso que frenan la independencia, individuación o diferenciación de sus miembros.

**Adaptabilidad:** también conocida como flexibilidad, se refiere a la capacidad del sistema para cambiar su estructura de poder, hace referencia también a la dinámica que existe entre los roles y reglas de la familia como respuesta a estresores. Al hablar de adaptabilidad se deben considerar factores como: poder, control, disciplina, formas de negociación, modificación de roles y normas, entre otros. Los tipos de familia que pueden establecerse en relación a la adaptabilidad son:

- Rígida (adaptabilidad muy baja)
- Estructurada (adaptabilidad baja a moderada)
- Flexible (adaptabilidad moderada alta)
- Caótica (adaptabilidad muy alta)

Ilustración a: Tipos de familias según el Modelo de Olson



**Fuente:** página electrónica de Máster en Paidopsiquiatría, Universidad Autónoma de Barcelona

Un sistema equilibrado significa que la familia puede actuar conforme a los extremos de la dimensión cuando sea apropiado, pero no permanecerá en esos patrones por largos períodos de tiempo, las familias equilibradas tienen un repertorio más amplio de conductas y mayor capacidad de cambio que las familias extremas.

En el modelo planteado por Olson, de los dieciséis tipos de familias, cuatro puntúan en los niveles centrales reflejando niveles moderados en ambas dimensiones y que se consideran las más funcionales para el desarrollo individual y familiar. Cuatro tienen puntuaciones extremas en las dos dimensiones y se entienden como los más disfuncionales para el bienestar de los miembros de la familia. Ocho tipos de familias, se sitúan en un rango medio, al tener puntuaciones extremas en una sola dimensión, siendo menos comunes que las equilibradas y las familias extremas.

## **2.8 Enfoque psicológico del intento de suicidio**

La orientación psicológica también ha dado explicaciones a dicha conducta. En ella se encuentra el enfoque fenomenológico, cuyo principal exponente es Shneidman 1988, quien señala algunos componentes del suicidio. Estos son: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Además, presenta ciertas características comunes a todo acto suicida. (Toro & Yopez, 2007) Estas características son:

- 1) El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- 2) El objetivo común es el cese de la conciencia, del contenido insufrible de la muerte.
- 3) El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
- 4) La emoción común en el suicidio es la indefensión-desesperanza.
- 5) El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.

6) El estado perceptual común en el suicidio es la constricción. La persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas.

7) La acción común es el escape.

8) El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.

9) El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida. (Toro & Yopez, 2007)

Los constructos de las personas suicidas y depresivas se caracterizan por:

- Anticipación del fracaso,
- Autoconstrucción negativa,
- Construcción polarizada,
- Aislamiento interpersonal.

Además de estas características comunes con los individuos deprimidos, los suicidas presentan dos características más:

- Constricción en el contenido y la aplicación de constructos.
- Desorganización del sistema de constructos

## **Intervenciones cognitivas**

- Ayudar a identificar y debatir patrones de pensamientos negativos y distorsionados que precipitan y mantienen la ideación suicida.
- Enseñar a utilizar el diálogo positivo interno para aumentar su enfoque en los aspectos positivos de su vida y su capacidad para mejorar.
- Hacer una lista de los pensamientos dañinos o distorsionados de las personas y una lista de pensamientos positivos alternos pueda llevarse consigo para cuando le vengan los pensamientos negativos.

## **Intervenciones conductuales**

- Hacer un contrato de acción preventiva para momentos en que se agudicen los pensamientos suicidas que incluya: una lista de personas de apoyo (profesional de la salud, familiar, amigo cercano) para llamar y formas de comunicarse con ellas, números de teléfono de líneas de crisis, y una lista de estrategias de manejo alternas que pueda llevar a cabo para lidiar con los pensamientos (ej. hacer ejercicios, llamar un amigo, escuchar música, etc.)
- Diseñar un plan para remover cualquier medio letal que tenga accesible para hacerse daño (ej. medicamentos).
- Enseñar a las personas estrategias de respiración profunda y relajación para el manejo de las emociones negativas.

- Hacer una lista de las razones para quitarse la vida y las razones para no hacerlo, y discutir la misma.
- Hacer una lista de las fortalezas de las personas y los logros que ha obtenido.
- Se puede hacer un programa semanal estructurado para que él se planifique su tiempo de forma que evite o prevenga estímulos que puedan precipitar la ideación suicida y a su vez aumentar sentido de control sobre su vida. (Orientación juvenil, 2011)

### **Intervenciones sociales o interpersonales**

- Llevar a cabo intervenciones con la familia y/o amistades para: identificar factores familiares que contribuyen a la ideación suicida, ofrecer información psico-educativa sobre la ideación suicida, su manejo y prevención, y explorar formas en que pueden dar apoyo.
- Ayudar a identificar oportunidades para expandir su red de apoyo social (ej. actividades, clubes, organizaciones)
- Enseñar destrezas de comunicación asertiva.
- Referir a grupos de apoyo para personas con depresión.

## **Conclusión**

Se puede concluir que el intento de suicidio es una conducta no habitual con amenaza de muerte, la misma que sin la intervención de otros causará auto daño. Existen varios enfoques sobre esta conducta, la teoría biológica como la genética y de la conducta suicida. La teoría psicoanalítica afirma que la conducta suicida obedece a causas intrapsíquicas yendo por la misma línea el enfoque cognitivo quienes consideran que es una distorsión de la realidad como la causa de esta conducta. Dentro de los enfoques la teoría psiquiátrica considera tanto la parte biológica como la mental, centrándose en trastornos que podrían ocasionar este tipo de conducta.

## **CAPÍTULO III**

# **FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO**

*¿Qué mundos tengo dentro del alma que hace tiempo vengo pidiendo  
medios para volar?*

*Alfonsina Storni*

## **FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO**

### **Introducción**

El intento de suicidio es una problemática compleja, no se ha llegado a encontrar determinantes absolutos, sin embargo se conocen varios factores relacionados al mismo, como son: trastornos psiquiátricos, sexo de la persona, ambiente familiar, antecedentes familiares de suicidio o intento de suicidio, consumo de drogas, autoestima, entre otros. En este capítulo se describirán los factores que en el medio han tenido mayor relación con la conducta suicida siendo el más relevante el aspecto familiar. Un modelo familiar, caracterizado por conflictos constantes, particularmente separaciones, divorcios y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres, abuso o violencia hacia el joven. De igual forma se ha visto que la integración social, la religión, buenas relaciones entre compañeros, son factores culturales y socio demográficos protectores. (Aragón Borja, 2012)

### **3.1 Factores de riesgo y protección**

#### **3.1.1 Factores de riesgo**

La Organización Mundial de la Salud, define al intento de suicidio como al comportamiento autodestructivo que fracasa en el logro de quitarse la vida. Se han encontrado datos que indican un grave aumento en los intentos de suicidio desde el año 1950 hasta la fecha. Con respecto a la frecuencia, la OMS informó que se da un intento de suicidio cada cinco segundos; se estima que se producen entre 10 y 50 intentos por cada suicidio. (Lolas, 1988). La edad más frecuente está en el rango comprendido de los 15 a los 24 años. (OMS, 2013)

Como se ha mencionado el intento de suicidio no tiene una sola causa específica, se conoce la existencia de factores que podrían desencadenarla. (Montoya, 2008) entre los que podemos mencionar:

- **Factores sociales:** el estilo de vida de nuestra sociedad ha cambiado, hoy en día se puede notar que existe falta de valores, las figuras de autoridad ya no son respetadas, existe gran cantidad de disolución familiar, la manipulación y la agresividad se han vuelto elementos presentes en el día a día.
- **Factores psicológicos:** cada ser humano es único e irrepetible y las experiencias a lo largo de la vida afectan en diferente medida a cada persona, existen quienes su personalidad los vuelve más vulnerables, personas impulsivas, con poca tolerancia a la frustración, dependientes, ambiciosos, etc.
- **Factores patológicos:** Cerca del 90% de los pacientes que realizan una tentativa suicida presentan un trastorno psiquiátrico. (González, 2011,págs. 22-23). Los más relacionados con el tema son los trastornos del estado de ánimo (depresión, enfermedad bipolar, distimia), trastornos psicóticos, obsesivo-compulsivo, trastorno límite, entre otros. (Psychiatry, 2001,páginas 338-341 )
- **Factores biológicos:** como trastorno cerebral neuroquímico.
- **Factores clínicos:** el padecer una enfermedad terminal, cirugías sin éxito, deformaciones, amputaciones, etc.

- **Factores demográficos:** en este apartado se incluyen edad; sexo; estado civil; ocupación; raza, grupo social, religión, época del año entre otros.
  - **Edad:** diferentes estudios han demostrado que las edades de mayor prevalencia de intento de suicidio se encuentra en el rango comprendido entre 15 y 25 años, se conoce que también que el riesgo aumenta con la edad. (Campo, 2012).
  - **Sexo:** El género es considerado como una variable muy relevante en el contexto del intento de suicidio, existe una mayor tasa de ideación suicida en mujeres en comparación con los hombres, la proporción es de 3 a 1 en todas las edades, sin embargo la tasa de suicidio como tal es mayor en hombres, estos a su vez utilizan medios de suicidio más violentos que los usados por las mujeres. (Psychiatry, 2001,páginas 338-341). G. Ayala Espinosa, JB. Martí Lloret y F. Rodes Lloret en un estudio transversal efectuado, observaron que el 68,48% del total de personas que cometieron suicidio en esa región eran hombres y 31,52% fueron mujeres, marcando una relación de 2,17:1. (Ayala Espinosa, Martí Lloret, & Rodes Lloret, 2005)
- **Factores familiares:** La familia al ser reconocida como la base de la sociedad y al ser el ejemplo de ambiente en el cual se desenvuelve el individuo juega un papel fundamental en la personalidad y conducta que éste tendrá en un futuro, por lo que una disfunción familiar ocasiona sentimientos de frustración y falta de aceptación, pesimismo y una visión de la vida con baja autoestima hacia sí mismo. La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior. (Aragón Borja, 2012)

Se define a la familia “*como un grupo natural que en el transcurso del tiempo genera pautas o patrones de interacción*”. (CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, 2009. Pág. 67). Es de gran importancia que se identifique el estadio de la familia en el ciclo vital, de manera que se pueda entender su comportamiento y los acontecimientos que lo desencadenan.

La disfuncionalidad es un término que en la actualidad se utiliza para referirse al estado o funcionamiento familiar, ha sido definida como un patrón de conductas desadaptativas presentes de manera permanente en uno o varios de sus miembros, por lo general en una familia la disfuncionalidad genera patologías. (CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, 2009. Pág. 67). El funcionamiento familiar está sin duda vinculado con el intento de suicidio, existe mayor riesgo en hogares en los que existe un clima caótico en donde prima la mala comunicación, poca adaptación, poca afectividad, roles indefinidos, hogares en los que existen historia de enfermedad psiquiátrica, alcoholismo, violencia física o psicológica, etc.

De la misma manera se puede afirmar que la interacción familiar es un factor que debe ser abordado, se ha visto que el intento de suicidio está presente en individuos provenientes de un sistema cerrado, en el que existe muy poca capacidad de comunicación entre los miembros de la familia y con el mundo exterior, los miembros de estas familias desarrollan un sentimiento de aislamiento tanto dentro como fuera de su casa. En las familias de los jóvenes que tienen inclinaciones suicidas suele existir agresión en sus relaciones, sus emociones, sentimientos u opiniones no pueden ser expresadas sin miedo, lo que genera una tendencia depresiva en sus integrantes.

Haciendo referencia a la familia y su posible herencia, se ha comprobado que si ha existido un suicidio anteriormente en el ambiente cercano al entorno familiar, este puede contribuir para un nuevo caso, considerando que si se trata de un trastorno psiquiátrico existe la probabilidad de heredarlo, sobre todo, cuando el cuadro presenta falta de afectividad en las

relaciones familiares. Sin embargo, este antecedente constituye un riesgo adicional al diagnóstico del paciente, puesto que lo más susceptible de heredar es la posibilidad de trastornos depresivos que no son exactamente de predisposición al suicidio. (Toro & Yépez, 2007)

- **Consumo de drogas:** Actualmente existe un patrón de consumo de sustancias psicoactivas, que llevan a su dependencia, ocasionando trastornos clínicos.
  
- **Ideación suicida:** Pensar en el suicidio puede interpretarse como un deseo extremo de evadir circunstancias o problemas que aparentemente son insuperables o intolerables. También se determina el concepto de “*desesperanza*” como un sistema cognoscitivo acerca de perspectivas negativas para el futuro. El paciente joven alimenta pensamientos suicidas cuando siente que está viviendo una situación hostil.
  
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Este trastorno, cuyas siglas son TAG, se caracteriza por una ansiedad cognitiva en exceso con señales físicas persistentes, se manifiesta por temores exagerados o preocupación relacionada con la salud, economía, trabajo, familia, etc., frecuentemente con anticipada angustia. Toro & Yépez (2007) señalan que estas expectativas aprehensivas están asociadas en varias (3 por lo menos) de estos seis síntomas:
  - Ansiedad o nerviosidad motora
  
  - Facilidad para fatigarse
  
  - Dificultad de concentración (tienen la mente en blanco)

- Facilidad para irritarse
- Rigidez muscular
- Alteraciones del sueño (no pueden conciliarlo, mantenerlo, o sueño intranquilo poco reparador).

La tensión motora suele provocar alergias, dificultad de relajamiento y hasta temblor corporal. La ansiedad generalmente produce hiperactividad autonómica y produce problemas respiratorios, mareos, sudor excesivo, náuseas o diarrea. Aproximadamente la mitad de pacientes anotan que su mal se inició en la niñez o adolescencia, otra parte inició en la adultez temprana.

- **Problemas de conducta:** Este trastorno tiene como característica un patrón repetitivo y persistente mal comportamiento. Existen cuatro tipos de conducta: agresiva hacia gente y animales, destructiva con la propiedad, actos vandálicos de robo e infracción de las reglas. Los problemas de comportamiento (conducta) se relacionan básicamente al incumplimiento de normas que la sociedad establece, demostrando una conducta opositora que lo conduce a serios problemas sociales, laborales y familiares, por lo tanto, personales. Quienes presentan este tipo de problemas, generalmente se sienten relegados por su comportamiento y falta de control a sus instintos agresivos, por lo que resulta difícil su adaptación en los distintos ámbitos y como consecuencia, genera vacíos en esa persona y lo lleva a alejarse de sí mismo, de la sociedad, seguido por el instinto erróneo del suicidio.
- **Baja autoestima:** La consecuencia del maltrato o violencia física y verbal, es primeramente la pérdida de la autoestima de los jóvenes y por lo tanto, una baja en todos los aspectos de la vida. De acuerdo a la clase de maltrato que padece cada persona, las circunstancias, frecuencia, tiempo, edad de la víctima, su carácter y muchos factores adicionalmente, influyen a que su

autoestima baja a niveles tan inferiores que la persona afectada considere como única alternativa, el suicidio. La autoestima baja, constituye un grave problema, ya que el joven se considera inferior a quienes le rodean, siente desprecio por sí mismo, no reconoce sus logros, se decepciona por todo, no se siente capaz de tomar buenas decisiones, cree estar sola y en total abandono, por lo tanto, crea únicamente ideas negativas acerca de su personalidad, se aleja de sus problemas porque no cree poder enfrentarlos. (Carvajal Cuji & Saad de Janón, 2001).

La baja autoestima en los jóvenes puede ser originada por:

- Maltrato de padres y otros adultos.
- Las lesiones psicológicas que marcan a una persona.
- El desprecio de los mayores a las personas jóvenes.
- Falta de comunicación entre compañeros.
- Falta de preocupación de padres y tutores cuando el niño solicita ayuda.
- La discriminación étnica

Lo que más perjudica la autoestima de niños/as y jóvenes es la violencia en cualquier forma. El personal de INFA realizó una investigación al respecto, según se detalla a continuación. (INNFA-MIES, 2012-2013)

Para obtener la información, los investigadores efectuaron encuestas a jóvenes, padres de familia y maestros de colegios y universidades. Estos últimos anotaron en las encuestas, que los alumnos reciben maltrato en sus hogares y esto repercute en forma directa en su rendimiento y personalidad. Estos jóvenes presentan en clase un comportamiento muy especial, según se detalla: concentración muy baja, inseguridad, desmotivación, tristeza, indiferencia, temor. (ORELLANA & ARÉVALO, 2005)

- No hacen ningún esfuerzo por ser mejores, se complacen con lo que son.
- No tienen interés en el estudio, por dedicarse a trabajar a edades tempranas.
- No asisten regularmente a clases, no llevan tareas, carecen del material de estudio y llegan atrasados.
- Entre jóvenes se convierten en enemigos y no amigos solidarios como debería ser.
- Incide en su relación con los compañeros, falta de concentración, desconfían de todos los que están a su alrededor.
- Son personas tímidas, son jóvenes preocupados por lo que sus padres opinen si llevan malas notas.
- La inseguridad y nerviosismo registrado en niños/as que son maltratados, producen desconcentración, inseguridad e indecisión, sienten que no son útiles, pierden su empeño en el estudio, bajan su rendimiento y hasta pierden los años.

- Los jóvenes que padecen de autoestima baja, tienden a padecer de depresiones ya que continuamente sufren por su falta de aceptación a ellos mismos, por temor a no ser como realmente anhelan o piensan para un futuro y la inseguridad de ser aceptados por el resto de personas.
  
- **Cultura:** es el conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad se manifiesta. Incluye el idioma, vestimenta, religión, rituales y costumbres, códigos, normas, reglas, creencias, prácticas y rituales, etc. La cultura es toda la información y habilidades que posee el ser humano. (Cerbino, S.f.). El auto-concepto es un tema relacionado puesto que se lo ha definido como el sentido del yo en relación a los demás. Las transformaciones que se dan en la sociedad hace que esta pierda su función integradora, reguladora y de contención, produciendo un quiebre en la cohesión del grupo, se pierde la influencia de la religión, decaen los ideales, las normas, los objetivos comunes, debilitándose el sentido de la vida y las acciones reguladoras de la sociedad. (Cerbino, S.f.)

El cuadro epidemiológico asociado a esto, se relaciona con las elevadas tasas de suicidio e intento de suicidio; por lo tanto no se trata de un acto individual, sino social. La cultura ecuatoriana se encuentra en un proceso de transición, en donde la concepción tradicional de la autoridad, el conservadurismo ideológico, el dominio patriarcal evidencian la herencia colonial, marcando una sociedad profundamente machista e inequitativa. (Derechoecuador, 2013).

Analizados todos estos factores, por lo general se han identificado síntomas característicos o comunes que están presentes cuando un individuo está a punto de cometer un suicidio:

- Baja autoestima
- Agitación extrema: Una persona se encuentra con un nivel muy alto de tensión que no le permite discernir claramente, ocasionando una toma impulsiva de decisiones.
- Visión en túnel: la muerte es la única salida, no consideran otra posibilidad para solucionar sus dificultades

Una conducta suicida se hace presente por lo general luego de acontecimientos que han precipitado su presencia (Pinos & Morocho, ABRIL 2009, pág. 56). Entre los que podemos mencionar:

- Acontecimientos vitales estresantes (dificultades conyugales, familiares, entre otros)
- Rechazo
- Pérdidas (financieras, académicas, muertes)
- Factores psicológicos personales
- Problemas financieros (pérdida de trabajo, jubilación)

Todos estos factores relacionados pueden combinarse; estar presentes solos o en conjunto; en mayor o menor medida; de manera que potencien la conducta suicida. En la mayoría de los casos y en orden de frecuencia se encuentra primeramente la

alteración del estado de ánimo; la depresión y los cuadros psicóticos, maniaco depresivo y demencia como factores claramente vinculados con los intentos de suicidio. En lo referente al consumo de sustancias el alcoholismo es un factor influyente, en menor proporción se encuentra la cocaína y los opiáceos. Todo intento de suicidio se convierte de una u otra manera en una forma de información. Es una manifestación de desesperación por cambiar una relación que hasta el momento había sido deficiente.

En el año 2003, Overholser hace referencia a un estudio realizado por Boergers, en el que se determinaron las razones más frecuentes referidas por jóvenes que intentaron suicidarse, siendo estas: el deseo de morir, obtener alivio y escapar. (Aragón Borja, 2012). Pero no solo existen conductas de riesgo ligadas al intento de suicidio, se han podido identificar una serie de factores protectores muy importantes, que están asociados al apoyo y buenas relaciones familiares. En un estudio realizado por McKeown en 1998, se demostró que el aumento de la cohesión familiar fue un factor protector para los jóvenes que intentaron suicidarse; por otro lado, identificó que el deterioro de la calidad de las relaciones familiares conforman factores de riesgo en la conducta suicida en jóvenes. (Masalto, 2013)

Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental. En la mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidan, se asocian trastornos del eje I, como depresión, abuso de sustancias o las dos y esta asociación es mayor en los trastornos de personalidad tipo B (border-line, antisocial, narcisista, histriónica). En el estudio de Harris y Barraclough, los trastornos de personalidad (no especifican), aumentan 6 veces el riesgo de suicidio. (Toro & Yopez, 2007)

El estudio que se realiza, parte de la concepción teórica del individuo como un sistema con elementos interactuantes, como la familia. El abordaje de la conducta suicida se realizará partiendo de las modalidades de interacción como son:

Desligamiento, adaptabilidad caótica, descalificación y desconfirmación y triangulación perversa. (Psychiatry, 2001,páginas 338-341 ) Se puede dividir en frecuentes o usuales e infrecuentes o insólitos; los primeros generalmente no varían de un país a otro. En 1948 se estableció para el suicidio vernáculo y foráneo (Psychiatry, 2001,páginas 338-341 ), el siguiente porcentaje:

- Asfixia por ahorcadura: 36%
- Asfixia por sumersión: 28%
- Armas de fuego: 17,30%
- Asfixia por óxido de carbono: 6,20%
- Arrojo al paso de un vehículo: 3%
- Defenestración; precipitación: 3%
- Armas blancas: 2%
- Intoxicación por venenos: 2,10%
- Intoxicación por alcohol etílico: 1,00%
- Otras causas: 1,40%

### 3.1.2 Factores de protección

Con respecto a los factores de protección no existe información suficiente, las investigaciones actuales están dirigidas al estudio de dichos factores pues serán la fuente para implementar sistemas de prevención más efectivos.

#### **Factores personales:**

- **Habilidades sociales:** El desarrollo de las habilidades sociales constituye un factor de protección importante, pues un facilitará al individuo el integrarse a los grupos del medio en el que se desenvuelven, podrá desarrollar un sentido de pertenencia, una identidad propia y estable.
- **Resiliencia:** permitirá desarrollar las habilidades para enfrentarse a distintas situaciones considerando sus capacidades, de manera que podrá evitar eventos de los que probablemente pueda salir lastimado.
- **Autocontrol:** posibilita un dominio de sus actividades, un sentido de personalidad, persistencia y perseverancia, el estado de ánimo será calidad, aumentarán los niveles de actividad pero sobre todo estará preparado para renunciar cuando tenga que hacerlo.
- **Aceptar y buscar ayuda:** desarrollar la capacidad de acudir a sus seres queridos o personas de confianza para solicitar ayuda fortalecerá su personalidad, aceptar el consejo, aprender sus experiencias, contemplar alternativas de solución posibilitará una mejor toma de decisiones.
- **Tiempo de ocio:** organizar adecuadamente sus actividades posibilitará tener tiempo libre que pueda ser bien utilizado evitando el consumo de sustancias adictivas.

- **Gratificaciones:** al desarrollar la capacidad de obtener gratificaciones a largo plazo en lugar de las inmediatas, el individuo encontrará resultados duraderos.
- **Aprender a expresar:** a personas en las que se tenga confianza sus pensamientos más desagradables o dolorosos, permitirá encontrar puntos de apoyo.

**Factores medioambientales:** El contar con un adecuado apoyo y soporte de la familia, amistades, situación económica estable, ocupación estimulante, prestigio social, etc. Son factores que protegen al individuo. Este tema invitaría a hacer un discurso sobre los sistemas sociales inequitativos e injustos, pero la evidencia científica existente hasta ahora no muestra diferencias claras entre los diferentes sistemas políticos y económicos. (Pinos & Morocho, ABRIL 2009, pág. 57 y 58)

## **Conclusión**

En este capítulo se han abordado los factores relacionados al intento del suicidio, estableciendo la presencia de factores de riesgo entre los cuales se consideran la edad, el sexo y el funcionamiento familiar, es evidente que la interacción entre los miembros de una familia pueden desencadenar varios precipitantes de esta conducta. La disfuncionalidad familiar puede entenderse como un patrón desadaptativo que impide la aparición de relaciones afectivas, que bloquea la comunicación entre sus miembros, que impide la identificación de roles, etc. lo que genera inestabilidad en sus miembros, que de no ser atendida y corregida a tiempo podría desencadenar el intento de suicidio de uno de ellos.

La funcionalidad familiar sería entonces un factor de protección, una atmósfera de estabilidad, de comunicación, afectividad, normas y reglas establecidas adecuadamente, propician el desarrollo de capacidades personales que fortalecen la personalidad, dando la capacidad a un individuo de encontrar estrategias positivas de afrontamiento a las dificultades de la vida.

# CAPÍTULO IV

## INVESTIGACIÓN DE CAMPO

*“El suicidio, lejos de negar la voluntad, la afirma enérgicamente. Pues la negación no consiste en aborrecer el dolor, sino los goces de la vida. El suicida ama la vida; lo único que pasa es que no acepta las condiciones en que se le ofrece.”*

*Arthur Schopenhauer*

# INVESTIGACIÓN DE CAMPO

## Introducción

Con respecto al problema del suicidio, no existen datos suficientes publicados, por lo que se considera necesario aportar a una mejor comprensión del fenómeno, tomando en cuenta las variables familiares y culturales influyentes, además, una perspectiva que permita acercarse a la dinámica funcional de las familias con un joven que han intentado suicidarse, en comparación con aquellas en las que ningún miembro ha pretendido suicidarse.

En este capítulo se analizarán los resultados obtenidos de la investigación de campo, realizada con el fin de comprobar la hipótesis propuesta, a continuación se detallarán los criterios utilizados para la selección de la muestra, los instrumentos utilizados, el procedimiento y las distintas etapas metodológicas de investigación.

### 4.1 Diseño de la investigación

El diseño general de la presente investigación es cuantitativo, descriptivo, analítico de casos y controles, transversal, no experimental. El tipo de muestreo es no probabilístico; la selección de la muestra es accidental, debido a que ingresarán aquellos sujetos que voluntariamente deseen participar.

### 4.2 Planteamiento del problema

La tasa de mortalidad debido al suicidio está aumentando día a día. Basile, informa que, el intento de suicidio entre los jóvenes se ha incrementado desde el año 1950 hasta el año en que se realizó el estudio, por lo que se ha convertido en un verdadero problema de salud pública, éste tiene implicaciones individuales,

familiares y sociales. (OMS, 2013). El INNFA (Instituto Nacional del Niño y la Familia en el Ecuador), reportó una prevalencia del 8% de muertes por suicidio en jóvenes de entre 15 y 24 años. Al considerar que se calcula que la tasa de intentos de suicidio es 5 veces más que los suicidios se puede identificar la verdadera magnitud del problema en la población de estudio. (INNFA-MIES, 2012-2013) Existen evidencias de que el intento de suicidio en jóvenes se encuentra asociado a determinadas características de la familia y de la cultura, que se han incrementado en la última década. (ORELLANA & ARÉVALO, 2005)

### **4.3 Objetivo general**

Identificar el funcionamiento familiar en jóvenes con y sin intento de suicidio de la muestra tomada, para inferir en el resto de la población cuencana.

### **4.4 Objetivos específicos**

- Identificar las características del funcionamiento familiar: cohesión, adaptación y comunicación, en jóvenes con y sin intento de suicidio del estudio.
- Determinar similitudes y diferencias en el funcionamiento familiar en la muestra tomada para estudio.

### **4.5 Hipótesis conceptual**

En las familias con un joven que presenta intento de suicidio existe poca cohesión, dificultades en la adaptación, problemas en la comunicación, en comparación con las familias donde no hay presencia de intento de suicidio.

#### **4.6 Definición conceptual de las variables**

**Variable independiente:** Es la variable que antecede a una variable dependiente, la que se presenta como causa y condición de la variable dependiente, es decir, son las condiciones manipuladas por el investigador a fin de producir ciertos efectos. (Ferrer, 2010)

**Variable dependiente:** Es la variable que se presenta como consecuencia de una variable antecedente. Es decir, que es el efecto producido por la variable que se considera independiente. (Ferrer, 2010)

#### **4.7 Definición operacional de las variables**

**Variable dependiente:**

Intento de suicidio

**Variable independiente:**

- Poca cohesión
- Dificultades en la adaptación
- Falta de comunicación
- Baja autoestima
- Consumo de drogas y alcohol

#### **4.8 Población y muestra**

El universo del estudio está conformado por 80 jóvenes que acudieron a consulta y/o que estuvieron hospitalizados por intento de suicidio u otras causas de origen psiquiátrico, excepto la personalidad limítrofe y patologías incapacitantes en los centros de estudio descritos más adelante. Los casos estarán integrados por 40 jóvenes que presenten intento de suicidio en cada grupo, los que se parearán en edad, sexo y nivel socioeconómico, con una relación de 1 a 1 y con una muestra similar de 40 jóvenes que no presenten intento de suicidio que acudan a los servicios del Centro de Reposo y Adicción (CRA); “*Comunidad Terapéutica Hacia Una Nueva Vida*”, “*Comunidad Terapéutica del Austro*” y a consultas particulares a nivel psiquiátrico y psicológico.

#### **Criterios de inclusión para los casos:**

Se incluyeron en el estudio a pacientes de las instituciones: Centro de Reposo y Adicción (CRA), “*Comunidad Terapéutica Hacia Una Nueva Vida*”, “*Comunidad Terapéutica del Austro*” y a personas que acudieron a consultas particulares a nivel psiquiátrico y psicológico, quienes accedieron de manera voluntaria al estudio. Hombres y mujeres en edades comprendidas entre los 15 a 24 años, que presentaron intento de suicidio. Se incluyeron los de nivel socioeconómico medio, medio alto y alto.

#### **Criterios de exclusión para los casos:**

No se consideraron en el estudio, jóvenes que se encuentren en tratamiento por otras patologías psiquiátricas graves que deterioran la comprensión y el sistema sensorial tales como: retardo mental, esquizofrenia y otras psicosis.

### **Criterios de inclusión para los controles:**

Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes hombres y mujeres que asistieron a los centros de estudio, en edades comprendidas entre los 15 a 24 años que presentaron diagnóstico de: trastornos de la personalidad (excepto personalidad límite), del estado del ánimo, trastornos de ansiedad y trastorno por consumo de sustancias.

### **Criterios de exclusión para los controles:**

Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaron: intento de suicidio, ideación suicida o que estuvieron en tratamiento por otras patologías psiquiátricas graves que deterioran la comprensión y el sistema sensorial tales como: retardo mental, esquizofrenia y otras psicosis.

## **4.9 Instrumentos**

Los instrumentos base utilizados para el presente estudio son:

- Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar-FACES III (Anexo A)
- Programa estadístico SPSS
- Instrumentos complementarios (Anexo B)

#### **4.10 Procedimiento**

##### **Etapa uno: Acceso a la muestra**

Para el grupo de casos se incluyeron 40 jóvenes que presentaron intento de suicidio y que cumplen con los criterios de inclusión y para el grupo de control 40 jóvenes que cumplen los criterios de inclusión pero sin intento de suicidio. La selección se hizo a través de los diagnósticos psiquiátricos que se realizaron en reuniones clínicas con la presencia de uno o dos psiquiatras y psicólogos utilizando los criterios del DSM-IV-TR. Se seleccionaron a todos los/as jóvenes que cumplieron con los criterios de inclusión, que estaban en atención en los centros y que de manera voluntaria participaron en el estudio.

Paralelamente, se procedió a contactar a aquellos jóvenes que no presentaron intento de suicidio, pero que cumplían con los criterios de inclusión para el grupo de control.

##### **Etapa dos: Implementación de los instrumentos**

Para la implementación de los instrumentos, se procederá de la siguiente manera:

Se ha escogido los test descritos más adelante bajo las consideraciones de pertinencia, aplicabilidad y reproducibilidad, manteniendo de manera estricta las consignas de su aplicación. Se diseñó una encuesta basada en el APGAR Familiar de Smilkstein. (Anexo 1). Una vez escogidos los instrumentos a utilizar, se enviaron las solicitudes a los centros de estudio para la debida autorización. Recibiendo el visto bueno de los centros de estudio, se seleccionará a los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión; posteriormente, se les aplicará los test.

La aplicación de los instrumentos tiene una duración aproximada de 60 minutos en total y se aplicará luego de superado el episodio agudo de hospitalización o terminada la consulta, y en un solo tiempo. Cada test recoge información específica.

### **Evaluación de la Psicopatología**

La evaluación de la psicopatología de los pacientes se realizará a través de reuniones clínicas con la presencia de uno o dos psiquiatras y psicólogos, utilizando los criterios del DSM-IV-TR, para determinar el diagnóstico psiquiátrico.

### **Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III).**

Se trata de un cuestionario de 20 ítems diseñado para evaluar la percepción que tiene un miembro individual de la familia. Corresponde a una escala tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre), que está compuesta, además, por 2 subescalas (Anexo 2):

- *Cohesión familiar*, los ítems que corresponden a este factor son: Unión emocional: 11, 19. Apoyo o soporte: 1, 17. Límites familiares: 7, 5. Tiempo y amigos: 9, 3. Interés y recreación: 13, 15.
- *Adaptabilidad familiar* los ítems que corresponden a cada factor son: Liderazgo: 6,18. Control: 12, 2. Disciplina: 4, 10. Roles y reglas: 8, 16, 20, 14.

Zegers, Larraín, Polaino-Lorente, Trapp, Diez (2003), afirmaron que la escala de cohesión y adaptabilidad familiar (CAF) es válida desde el punto de vista de su contenido y estructura factorial. Los resultados relativos a la fiabilidad del instrumento son aceptables, puesto que se ha obtenido un alpha de Cronbach

estandarizado para la escala completa; según la estructura de dos factores es de 0,55; y valores de 0,64 y 0,46 para cada uno de ellos, todos estandarizados.

## **Instrumentos Complementarios**

### **Prueba de Evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL)**

Es un cuestionario de 14 ítems diseñado para evaluar las relaciones intrafamiliares y su funcionalidad a través de diferentes dimensiones, que resultan de utilidad para conocer la estructura y dinámica de los miembros de la familia. (Anexo 3). Las dimensiones que evalúa el instrumento son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad.

Corresponde a una escala tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre). El resultado que se obtiene por la suma de los ítems es: de 70 a 42, familia funcional; de 42 a 14, familia disfuncional. La prueba es efectiva desde el punto de vista de su contenido y consistencia interna. Los resultados relativos a la fiabilidad del instrumento son altos, puesto que se ha obtenido un alpha de Cronbach de 0,8. En cuanto a la validez interna el resultado alcanzado del coeficiente Kappa es de 0,75 que es también considerado alto. *Los siguientes instrumentos: Escala de Intención Suicida de PIERCE; Escala de Riesgo – Rescate (Weisman y Worden, 1972), Mini International Neuropsychiatric Interview para niños y jóvenes (M.I.N.I. KID), Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)* Fueron aplicados únicamente con el fin de verificar los criterios de inclusión y exclusión.

## Cuestionarios de Variables Multidimensionales Culturales

Esta batería se compone de tres escalas:

1. La ideología del rol sexual (SRIS) que mide las creencias acerca del comportamiento apropiado en el hombre y en la mujer (Freud, Zimmermann, Pfeiffer, Conradi, Hunge, Riedel, Boysen, Schwin, Rost, Cierpka & Kammerer, 2010). Esta escala fue desarrollada por Kalin & Tilby (1978). Se utilizó la versión abreviada de 9 ítems (Freund et al., 2010). En cada uno, los sujetos muestran su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación dada, usando un formato tipo Likert de 7 puntos (1=totalmente en desacuerdo; 7=totalmente de acuerdo). Los puntajes varían entre 9 y 63; los más bajos corresponden a ideologías tradicionales; y los altos dan cuenta de ideologías igualitarias, en relación a los roles sexuales. La consistencia interna de la escala mostró correlación y fiabilidad de los ítems (media  $r = .79$ ). La fiabilidad test-retest fue de ,87.
2. La escala de auto-concepto (SCS) que mide independencia e interdependencia (Singelis, 1994). Esta escala fue creada por Singelis (1994). Está compuesta por 30 ítems; de los cuales 15 miden independencia; y 15, interdependencia. En cada uno, los sujetos manifiestan su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación propuesta usando un formato tipo Likert de 7 puntos (1=totalmente en desacuerdo; 7=totalmente de acuerdo). Los puntajes varían entre 15 y 105 en cada subescala. Este instrumento mostró adecuadas propiedades psicométricas en su validación original, presentando valores de alpha de Cronbach de 0,70 y 0,74 para independencia e interdependencia, respectivamente (Singelis, 1994).
3. La escala sobre rigidez y flexibilidad (Tightness-looseness) que evalúa cómo las normas sociales son percibidas y el peso que se le da a las sanciones sociales. Elaborada por Gelfand et al. (2007), explora en 6 ítems la tightness o looseness con que las normas sociales son percibidas y el peso que se otorga a la sanción social. Los sujetos indican su grado de acuerdo o

desacuerdo con la afirmación que se expone usando un formato tipo Likert de 6 puntos (1=totalmente en desacuerdo; 6 =totalmente de acuerdo). Los puntajes en esta escala varían entre 6 y 36 puntos. El puntaje del ítem 4 que está redactado en la dirección looseness es revertido antes de obtener el total de la escala. Las puntuaciones más altas indican mayor tightness a las normas sociales.

4. Escala sobre rigidez y flexibilidad (TLS-F): Adaptada por Freund et al. (2010) es similar a la anterior, pero los ítems aluden a la percepción tightness o looseness de las normas y las sanciones al interior del grupo familiar. Cuenta con 6 ítems con las mismas opciones de respuesta y puntajes que la TLS-S. En el estudio de Freund et al (2010), la TLS-F presentó dos factores: el primero corresponde a la presencia de normas y sanciones, y agrupó los ítems 1, 2 y 5 con un alpha de Cronbach de ,73; el segundo, al grado de consenso en las normas familiares (ítems 3 y 6) y presentó un alpha de Cronbach de ,63.

Este instrumento se utilizó con la finalidad de obtener información adicional que pudiera ser importante para el estudio.

### **Etapa 3: Procedimiento de análisis de datos**

Luego de la aplicación de los instrumentos, los datos fueron sometidos en primera instancia a un análisis descriptivo con el fin de identificar principalmente: el tipo de familia (estructura y funcionamiento); diferencias y similitudes existentes entre las familias con un miembro con intento de suicidio con aquellas en las que no existe este antecedente; dejando abierta la posibilidad de encontrar aspectos significativos durante el análisis.

En un segundo momento se realizó un análisis de asociación de variables utilizando Chi cuadrado, con un nivel de significancia de 0,05. Para todos los análisis se utilizó el programa estadístico SPSS.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

### Prevalencia del intento suicida

Para determinar la prevalencia del intento suicida en un grupo de jóvenes cuyas edades están comprendidas entre los 15 a 24 años de edad, se realizó estudios estadísticos, de los casos que están integrados por 40 jóvenes que presenten intento de suicidio, los que se parearán en edad, sexo y nivel socioeconómico, con una relación de 1 a 1 a una muestra similar de 40 jóvenes que no presenten intento de suicidio que acudan a los servicios del Centro de Reposo y Adicción (CRA); “Comunidad Terapéutica Hacia Una Nueva Vida”, “Comunidad Terapéutica del Austro” y a consultas particulares a nivel psiquiátrico y psicológico

Para lo cual se determinan distribuciones estadísticas como la de Fisher Snedecor que permite ver las variables con las que se ha trabajado en la investigación, así como también la distribución Chi cuadrado, no paramétrica que permite identificar la relación entre las variables, con lo que se obtuvieron los siguientes resultados.

### Distribuciones Estadísticas

Distribución F (Fisher Snedecor): la distribución f es una distribución de probabilidad continua. También se le conoce como distribución f de snedecor (por George snedecor) o como distribución f de Fisher-snedecor. Una variable f se define como el cociente entre dos variables chi-cuadrado divididas por sus correspondientes grados de libertad. Una variable con distribución f es siempre positiva por lo tanto su campo de variación es 0 “f”, la distribución de la variable es asimétrica, pero su asimetría disminuye cuando aumentan los grados de libertad del numerador y denominador. Hay una distribución f por cada par de grados de libertad. Parámetros: grados de libertad asociados al numerador y denominador, una variable aleatoria de distribución f se construye como el siguiente cociente, donde: (Estadística-bligoo, 2012)

U1 y U2 siguen una distribución chi-cuadrado con d1 y d2 grados de libertad respectivamente, y U1 y U2 son estadísticamente independientes.

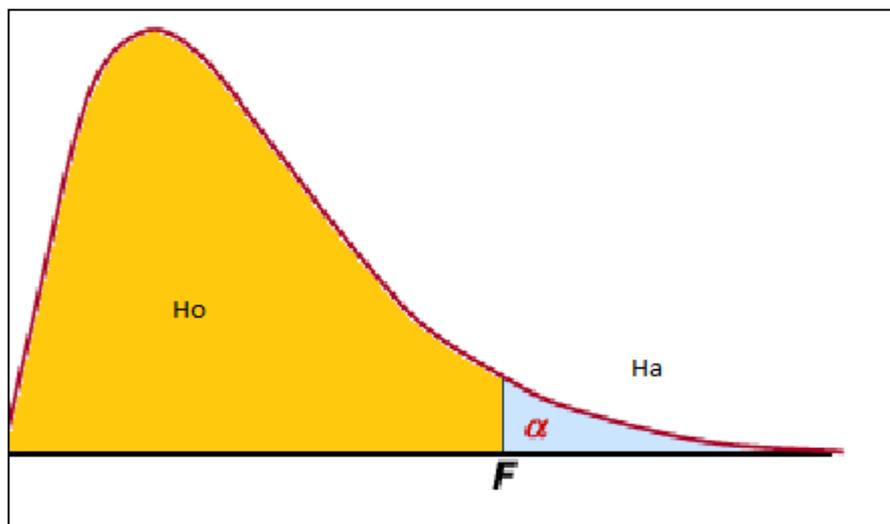
Esta distribución la utilizo para ver las características de las variables que se han trabajado.

### Hipótesis de la distribución F (Fisher Snedecor)

La fórmula es: (Galindo, 2010,Pág. 343 )

$$F = (SCR/k) / (SCE / (n-k-1)) \quad \begin{cases} H_0: \mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_n, p > \alpha = 0.05 \\ H_A: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \dots \neq \mu_n, p < \alpha = 0.05 \end{cases}$$

Ilustración 1. Hipótesis de la distribución F



Fuente: Pruebas Fisher Snedecor  
Elaborado por: Autores

La distribución F se aplica para ver si las variables cuantitativas como la Edad, cumple con la Hipótesis Nula o la Hipótesis Alternativa de poblaciones con iguales características o con distintas características

## Distribuciones Chi Cuadrado

Esta distribución de una prueba de hipótesis no paramétrica, se la utilizó para observar la independencia o dependencia de las variables, estas pueden ser cuantitativas o cualitativas, que se van a contrastar y analizar si estadísticamente tiene relación.

- La función Chi cuadrado es:  $f(x;v) = \frac{1}{(2^{n/2} \Gamma(n/2))} x^{(n/2-1)} e^{-x/2}; x \geq 0$
- La distribución Chi Cuadrado se relaciona con la Tabla de Contingencia de filas y columnas.
- Hipótesis de la distribución Chi cuadrado

$$\begin{cases} H_0: \text{Existe independencia entre las variables} & p > \alpha = 0.05 \\ H_A: \text{Existe dependencia entre las variables} & p < \alpha = 0.05 \end{cases}$$

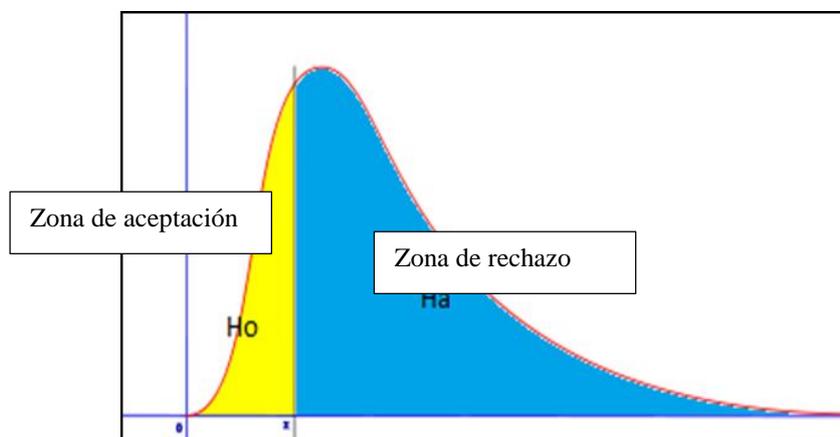
En la hipótesis nula significa que existe las variables analizadas no tienen relación mientras que la hipótesis alternativa muestra que existe la dependencia entre ellas.

La fórmula estadística es:

$$\chi^2_{\text{calculado}} = \sum_{i=1}^{i=n} \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

En la distribución Chi Cuadrado se analiza estadísticamente si las variables están o no relacionadas.

Ilustración 2. Distribución Chi-cuadrado



Fuente: Pruebas Chi cuadrado

Elaborado por: Autores

### Tabla de Contingencia.

La tabla de contingencia es una tabla de variables cruzadas, compuesta por filas y columnas para obtener el valor Chi cuadrado.

Ilustración 3. Tabla de Contingencia

Valores de y	$y_1$	$y_2$	...	$y_j$	...	$y_e$	Total
Valores de x							
$x_1$	$f_{11}$	$f_{12}$	...	$f_{1j}$	...	$y_{1e}$	$f_{1.}$
$x_2$	$f_{21}$	$f_{22}$	...	$f_{2j}$	...	$y_{2e}$	$f_{2.}$
.	.	.		.		.	.
.	.	.		.		.	.
$x_i$	$f_{i1}$	$f_{i2}$	...	$f_{ij}$	...	$y_{ie}$	$f_{i.}$
.	.	.		.		.	.
.	.	.		.		.	.
$x_k$	$f_{k1}$	$f_{k2}$	...	$f_{kj}$	...	$y_{ke}$	$f_{k.}$
Total	$f_{.1}$	$f_{.2}$	...	$f_{.j}$	...	$y_{.e}$	$n = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^e f_{ij}$

Fuente: Análisis Chi Cuadrado

Elaborado por: Autores

### Coefficiente de Contingencia.

El coeficiente de contingencia nos indica el grado de cohesión que tienen las variables.

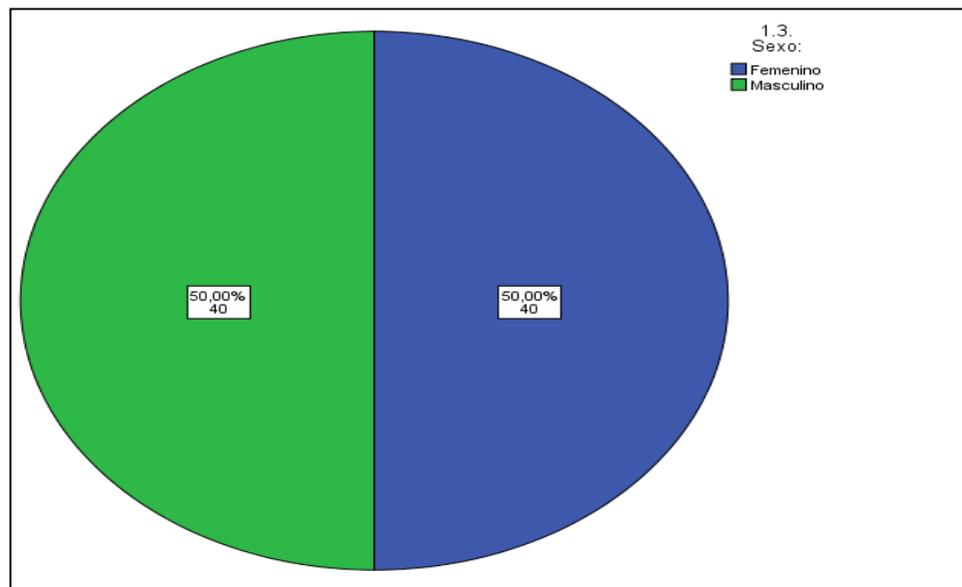
$$\left\{ \begin{array}{l} R^2 = 1, \text{ tiene un ajuste perfecto} \\ 0.50 \leq R^2 < 1 \text{ tiene un ajuste fuerte que es aceptable} \\ 0.00 < R^2 < 0.50 \text{ tiene un ajuste débil} \\ R^2 = 0, \text{ no existe ajuste} \end{array} \right.$$

## ANÁLISIS GRÁFICO

En primera instancia se encuentran los gráficos generales, que representan las características principales que debía tener la población de estudio, los resultados se obtuvieron luego de la tabulación de los datos.

### Sexo

Ilustración 4: Sexo

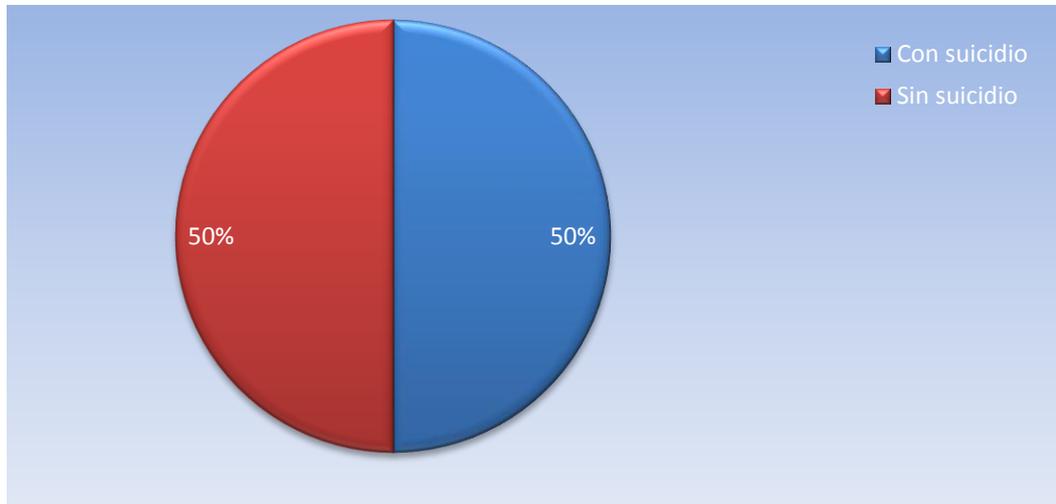


Elaborado por: Autores

En este gráfico podemos demostrar que del total de una muestra de 80 individuos, están pareados en relación 1 a 1 el sexo masculino con el femenino, representando cada uno el 50% de la población de estudio.

## Personas que han tenido o no un intento de suicidio

**Ilustración 5: Presencia de intento de suicidio**



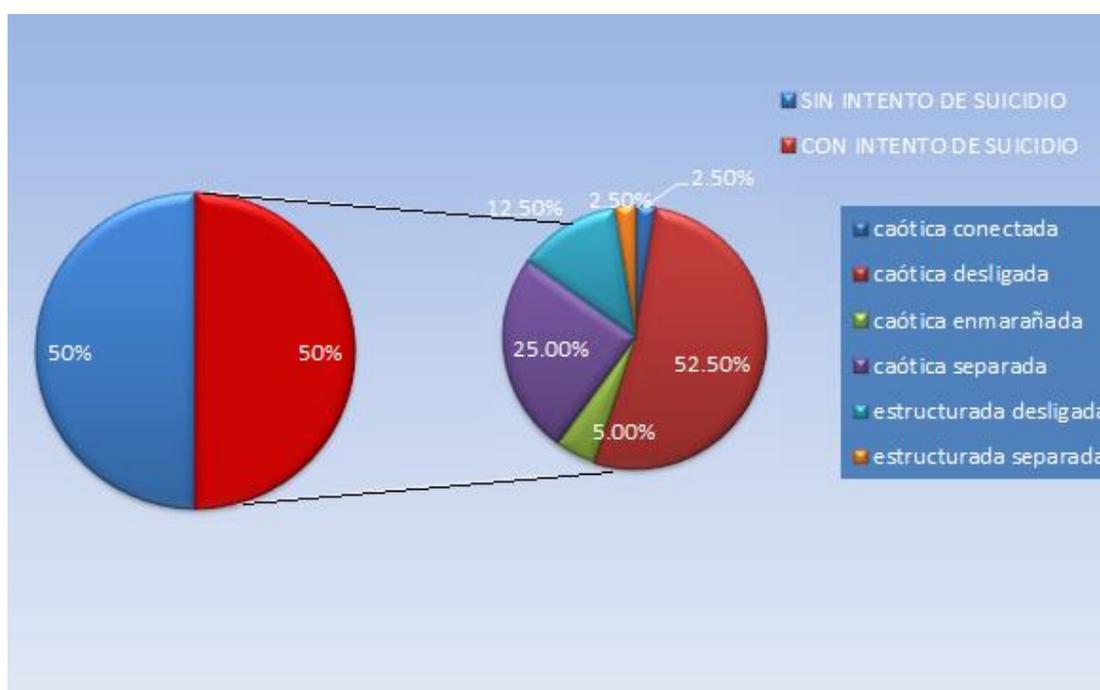
Elaborado por: Autores

Nuestra muestra está compuesta por 80 personas, 40 que han tenido un intento de suicidio y 40 que no han tenido intento de suicidio, en este gráfico está representado mediante porcentajes.

## Funcionamiento familiar

Los gráficos que se presentan a continuación representan los tipos de familia que se encontraron en la población de estudio, según el Modelo Circumplejo de Olson. Tanto para los casos como para los controles se tabularon los resultados obtenidos en la Escala de cohesión y adaptabilidad familiar – FACES III.

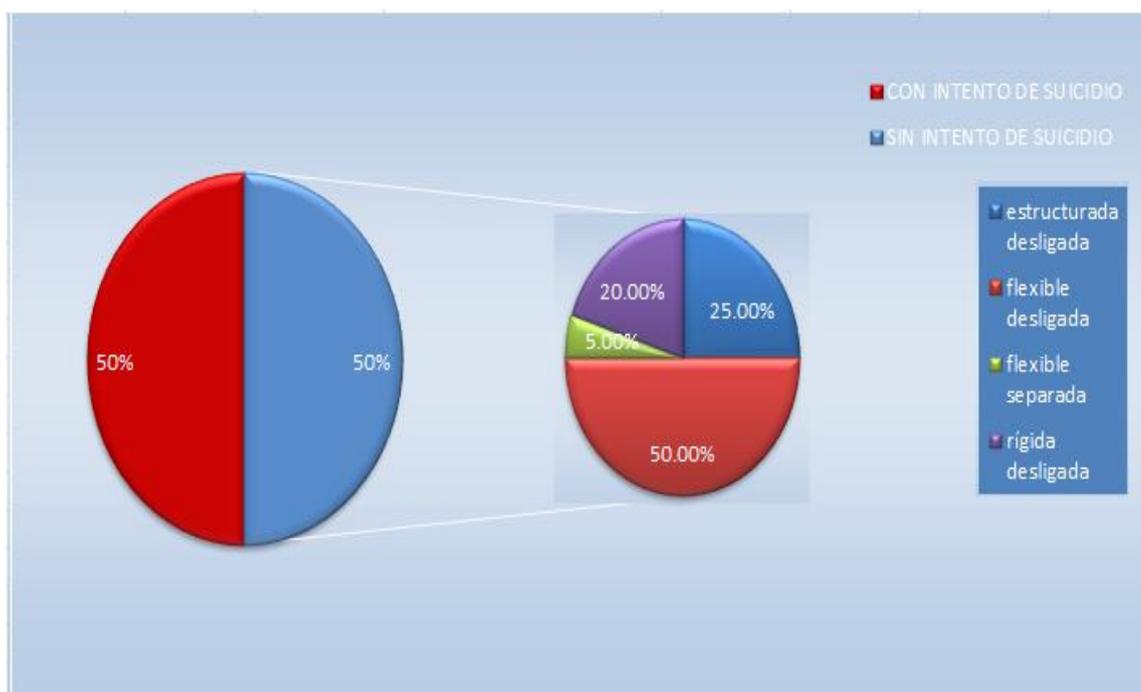
### Ilustración 6: Intento de Suicidio y tipos de familia



Elaborado por: Autores

Este gráfico corresponde a las 40 personas que tienen intento de suicidio, podemos observar en porcentajes los tipos de familia que se han identificado. El 52.50% recae en la categoría caótica desligada; el 25% caótica separada; el 12.50% estructurada desligada; el 5% caótica enmarañada y en igual porcentaje 2.50% estructurada separada y caótica conectada. Lo que revela que en las familias en las que un miembro ha intentado suicidarse existe dificultades en cuanto a cohesión y adaptación.

### Ilustración 7: Sin intento de suicidio y tipos de familia



Elaborado por: Autores

Este gráfico corresponde a las 40 personas que no tienen intento de suicidio, los porcentajes referentes a los tipos de familia son: 50% flexible desligada; 25% estructurada desligada; 20% rígida desligada y 5% flexible separada. Dichos tipos de familia están dentro de los niveles balanceados de funcionalidad.

Al realizar un análisis comparativo de los resultados obtenidos mediante la Escala FACES III, se puede afirmar que la hipótesis establecida se cumple debido a que en las familias con un joven que presenta intento de suicidio existe poca cohesión, dificultades en la adaptación, problemas en la comunicación, en comparación con las familias donde no hay presencia de intento de suicidio, evidenciándose que los niveles de cohesión y adaptabilidad que el adolescente perciba en su hogar son decisivos para tener un adecuado desarrollo emocional, en las familias con reglas muy flexibles y con poco control, o muy rígidas y severas en la disciplina, forman adolescentes con baja autoestima, inseguros e inmaduros para asumir responsabilidades, por lo cual suelen ser propensos a desencadenar un cuadro

depresivo. De igual forma, se observó que las familias en las que no existe un intento de suicidio tienen características correspondientes a una mayor cohesión, mayor satisfacción y adaptación, además de mejor uso de estrategias de reestructuración para afrontar los problemas y mayor orgullo de pertenecer a la familia.

### Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. FACES III

Tabla 2: Estadísticas de muestra única

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00001	40	2,8250	1,35661	,21450
VAR00002	40	2,5500	1,29990	,20553
VAR00003	40	2,7500	1,31559	,20801
VAR00004	40	2,4750	1,01242	,16008
VAR00005	40	2,9750	1,25038	,19770
VAR00006	40	2,4250	1,17424	,18566
VAR00007	40	2,7250	1,39574	,22069
VAR00008	40	2,4500	1,29990	,20553
VAR00009	40	2,5500	,71432	,11294
VAR00010	40	2,0500	,81492	,12885
VAR00011	40	1,8250	1,03497	,16364
VAR00012	40	2,5750	1,56709	,24778
VAR00013	40	2,3750	1,68990	,26720
VAR00014	40	1,9750	1,18727	,18772
VAR00015	40	2,2750	1,21924	,19278
VAR00016	40	2,7500	1,27601	,20176
VAR00017	40	2,5750	1,41217	,22328
VAR00018	40	2,2250	1,25038	,19770
VAR00019	40	2,0250	1,09749	,17353

Elaborado por: Autores

		Correlaciones																		
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014	VAR00015	VAR00016	VAR00017	VAR00018	VAR00019
VAR00001	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1	-.322*	.090	.230	-.199	-.290	-.134	-.100	-.136	.078	.288	-.120	.063	.156	-.032	-.041	.040	.024	.175
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00002	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.322*	1	.037	-.009	-.086	.061	-.070	-.029	-.086	.094	.073	.004	.044	-.406**	-.001	-.008	-.079	.032	-.190
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00003	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.090	.037	1	.111	.136	.054	.227	-.292	.068	-.108	.306	.109	-.084	-.250	-.068	.069	.052	-.121	-.120
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00004	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.230	-.009	.111	1	-.051	.085	-.196	-.128	-.016	-.123	.155	-.080	.043	.053	-.025	-.104	-.160	.116	.127
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00005	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.199	-.086	.136	-.051	1	.147	.143	-.356*	.217	-.150	.274	.021	-.275	-.035	.156	.221	.052	-.374*	.113
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00006	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.290	.061	.054	.085	.147	1	.261	-.078	-.041	-.157	-.085	-.053	-.018	-.139	.239	.056	-.027	.021	.091
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00007	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.134	-.070	.227	-.196	.143	.261	1	-.100	.053	.305	.001	-.008	.121	.027	.302	.047	.225	-.111	-.062
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00008	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.100	-.029	-.292	-.128	-.356*	-.078	-.100	1	-.163	.027	-.035	.109	.388*	.024	-.032	-.209	.065	.330*	-.296
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00009	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.136	-.086	.068	-.016	.217	-.041	.053	-.163	1	-.093	-.109	-.061	-.196	-.104	-.090	.127	.009	.001	.211
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00010	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.078	.094	-.108	-.123	-.150	-.157	.305	.027	-.093	1	-.050	-.023	.247	-.052	-.012	-.092	-.062	-.259	
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00011	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.288	.073	.306	.155	.274	-.085	.001	-.035	-.109	-.050	1	-.110	.024	-.212	.222	-.073	-.122	-.127	.004
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00012	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.120	.004	.109	-.080	.021	-.053	-.008	-.109	-.061	-.023	-.110	1	.013	-.006	-.004	-.426**	.148	.115	-.322*
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00013	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.063	.044	-.084	.043	-.275	-.018	.121	.388*	-.196	.247	.024	.013	1	.056	.135	.033	.090	.008	-.406**
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00014	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.156	-.406**	-.250	.053	-.035	-.139	.027	.024	-.104	-.052	-.212	-.006	.056	1	.093	-.072	-.328*	-.065	.119
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00015	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.032	-.001	-.068	-.025	.156	.239	.302	-.032	-.090	.192	.222	-.004	.135	.093	1	-.136	.025	.093	-.178
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00016	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.041	-.008	.069	-.104	.221	.056	.047	-.209	-.127	-.012	-.073	-.426**	.033	-.072	-.136	1	-.132	-.221	.078
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00017	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.040	-.079	.052	-.160	.052	-.027	.225	.065	.009	-.092	-.122	.148	.090	-.328*	.025	-.132	1	-.017	.073
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00018	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.024	.032	-.121	.116	-.374*	.021	-.111	.330*	.001	-.062	-.127	.115	.008	-.065	.093	-.221	-.017	1	-.004
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
VAR00019	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.175	-.190	-.120	.127	.113	.091	-.062	-.296	.211	-.259	.004	-.322*	-.406**	.119	-.178	.078	.073	-.004	1
		.043	.582	.153	.218	.069	.408	.541	.402	.634	.071	.460	.700	.335	.844	.803	.804	.884	.884	.279
		40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

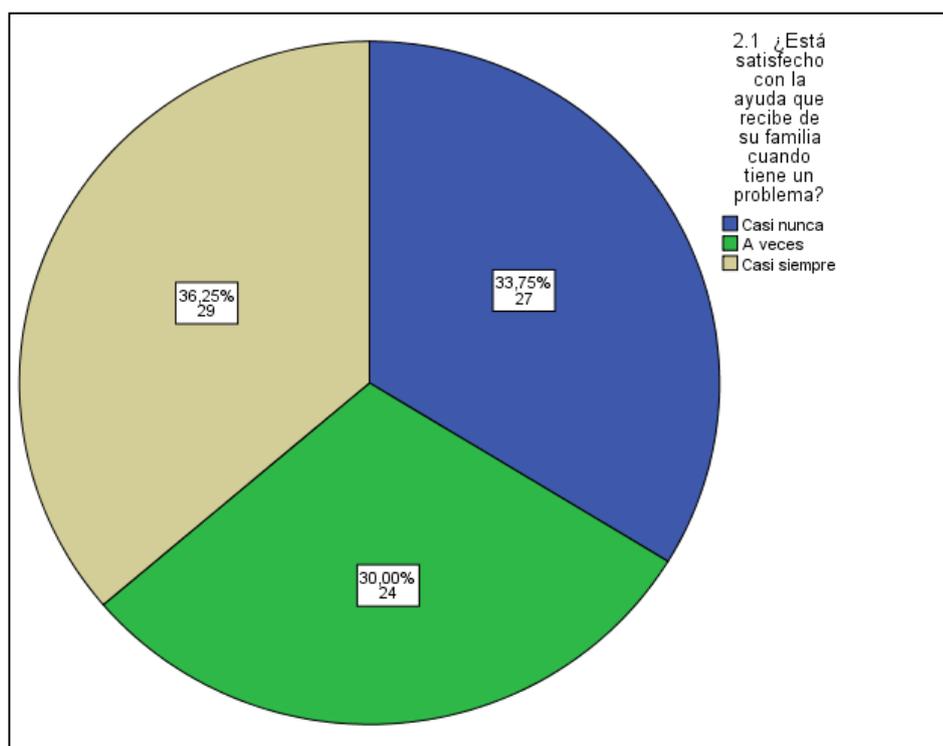
\*\*.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Los gráficos presentados a continuación representan los resultados obtenidos en cada una de las preguntas de la encuesta realizada a la población de estudio.

Preguntas:

2.1 ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

**Ilustración 8: Satisfacción con la ayuda familiar**

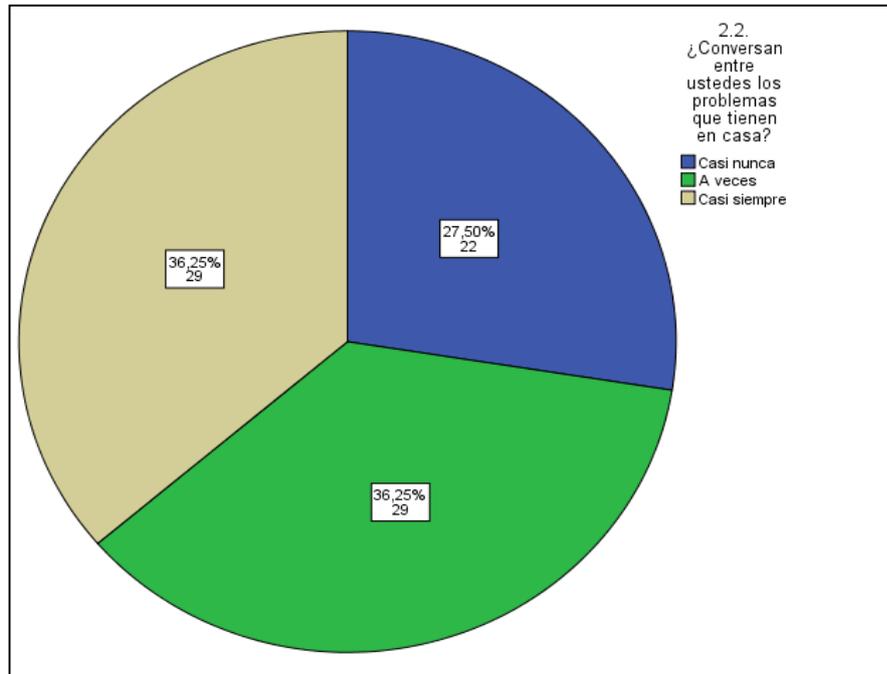


Elaborado por: Autores

Esta ilustración permite observar que el 36.25% de individuos casi siempre están satisfechos con la ayuda que reciben de su familia cuando tienen un problema emocional; el 30% de la población a veces se siente satisfecho con la ayuda que recibe y el 33% casi nunca está satisfecho.

## 2.2 ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

**Ilustración 9: Comunicación familiar**

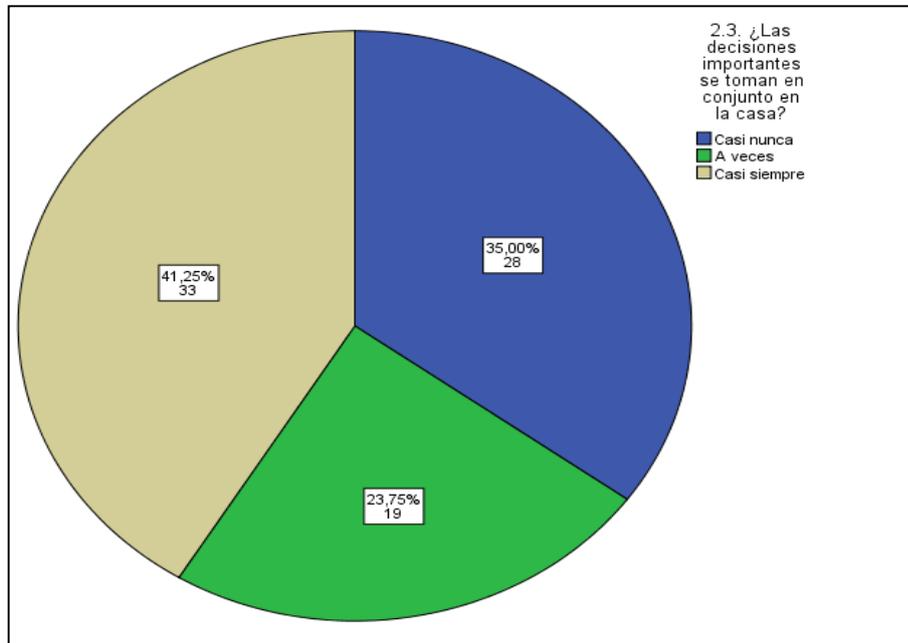


Elaborado por: Autores

Se puede observar que el porcentaje de personas que casi siempre y a veces conversan con la familia sus problemas es el mismo siendo éste un 36.25%, mientras que el 27.50% de los individuos casi nunca conversan acerca de sus problemas.

### 2.3 ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

**Ilustración 10: Toma de decisiones**

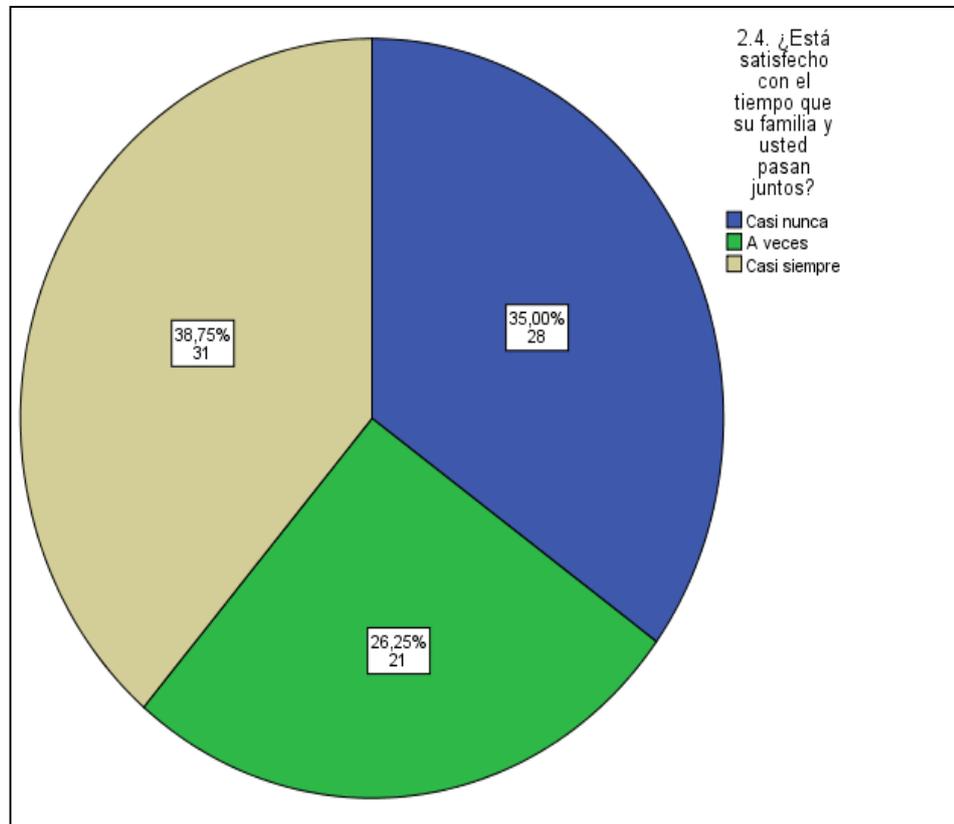


Elaborado por: Autores

Podemos darnos cuenta que el 41.25% de individuos toman en conjunto las decisiones importantes, el 23.75% a veces y el 35% casi nunca.

## 2.4 ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

**Ilustración 11: Tiempo en familia**

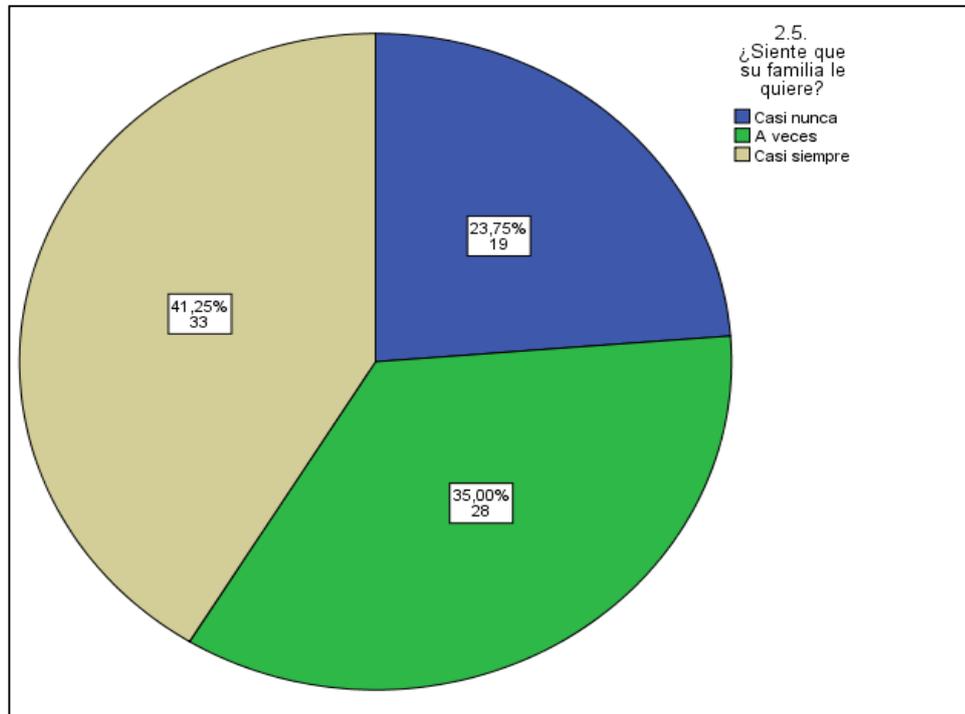


Elaborado por: Autores

En este gráfico encontramos los resultados en cuanto al grado de satisfacción que les da el pasar tiempo con la familia, el 38.75% casi siempre está satisfecho; el 26.25% a veces mientras que el 35% casi nunca.

## 2.5 ¿Siente que su familia lo quiere?

**Ilustración 12: Demostración afectiva**

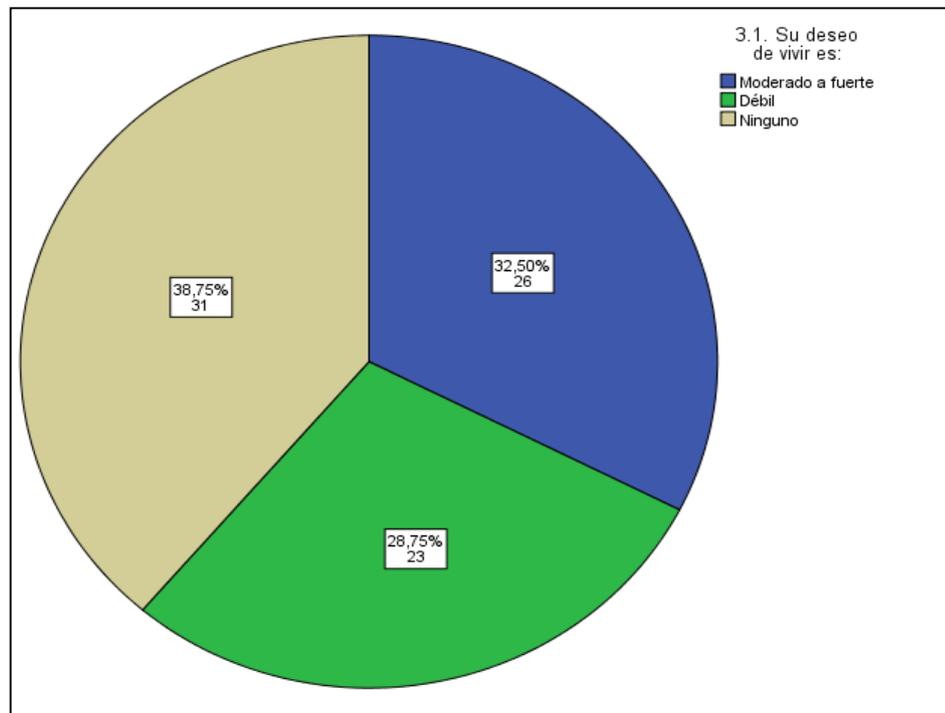


Elaborado por: Autores

Estos resultados nos muestran que un 41.25% de la población investigada casi siempre siente que su familia lo quiere, el 35% a veces y el 23.75% casi nunca.

### 3.1 Su deseo de vivir es:

**Ilustración 13: Deseos de vivir**

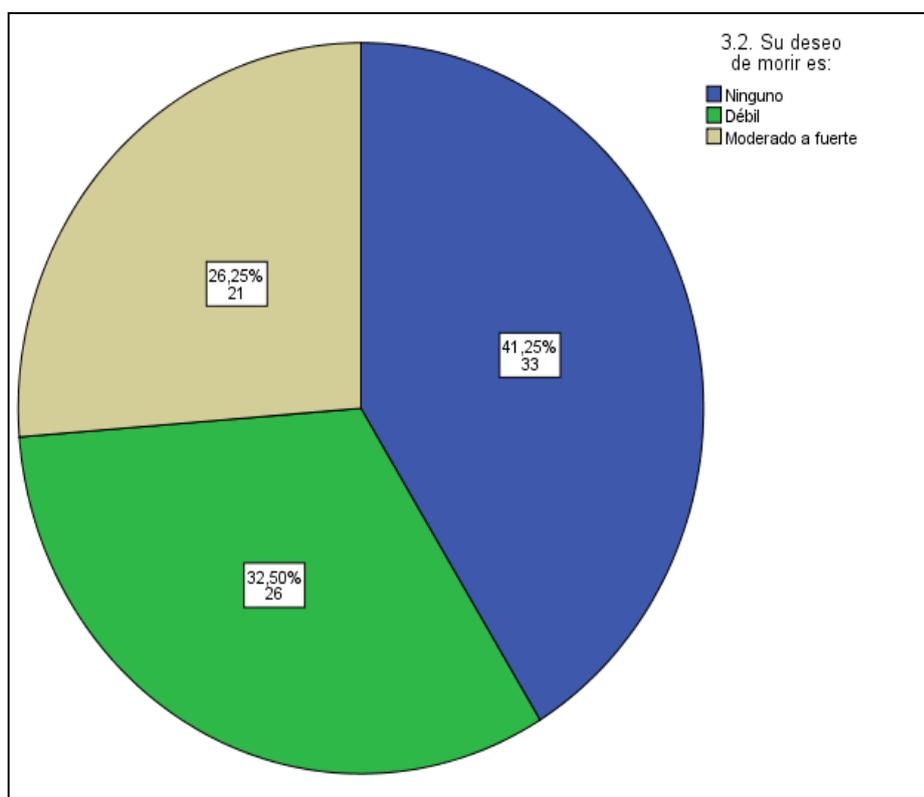


Elaborado por: Autores

En cuanto al deseo de vivir el 38.75% de los individuos expresan ningún deseo de vivir, el 28% un débil deseo de vivir y el 32.50% un moderado a fuerte deseo de vivir.

### 3.2 Su deseo de morir es:

**Ilustración 14: Deseos de morir**

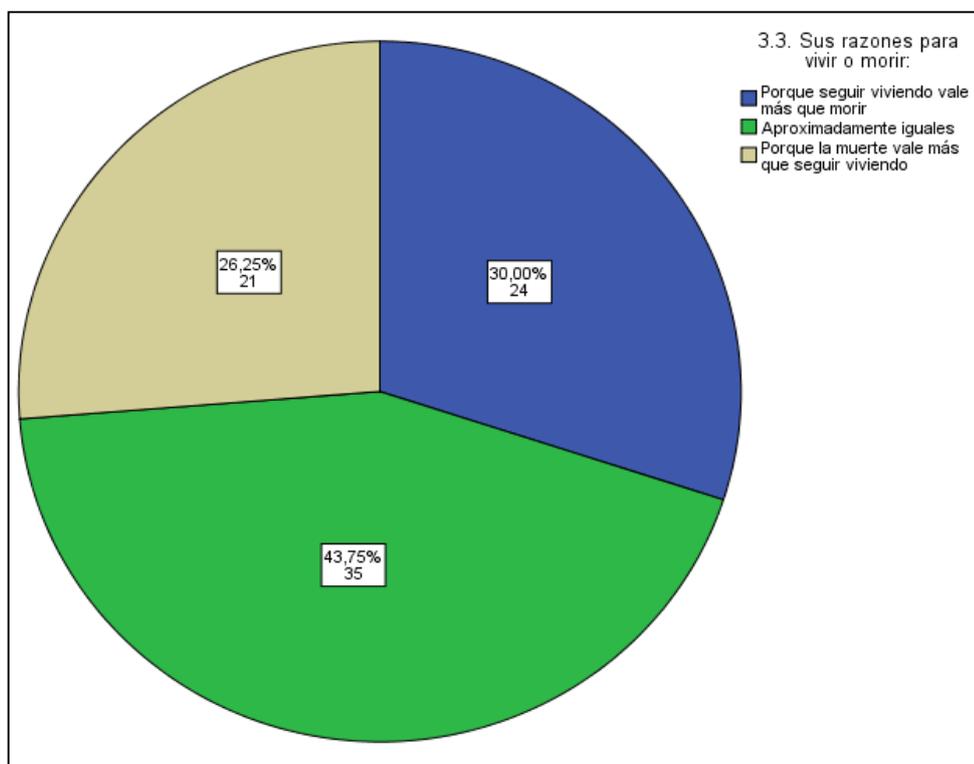


Elaborado por: Autores

Su deseo de morir es 41.25% ninguno, seguido de 32.50% débil y un 26.25% moderado o fuerte.

### 3.3 Sus razones para vivir o morir:

**Ilustración 15: Comparación vivir – morir**

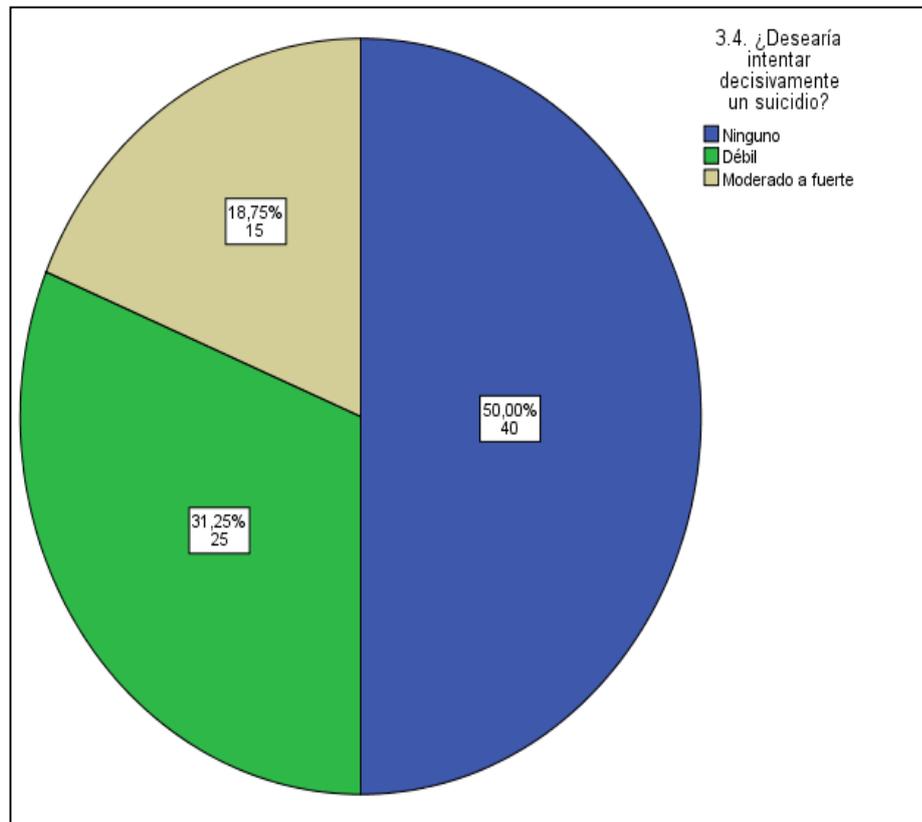


Elaborado por: Autores

El 43.75% de los individuos consideran que tienen en igual intensidad razones para vivir y morir, el 30% dan mayor valor a las razones para vivir y el 26.25% consideran más importantes sus razones para morir.

### 3.4 ¿Desearía intentar decisivamente un suicidio?

**Ilustración 16: Intento de suicidio**

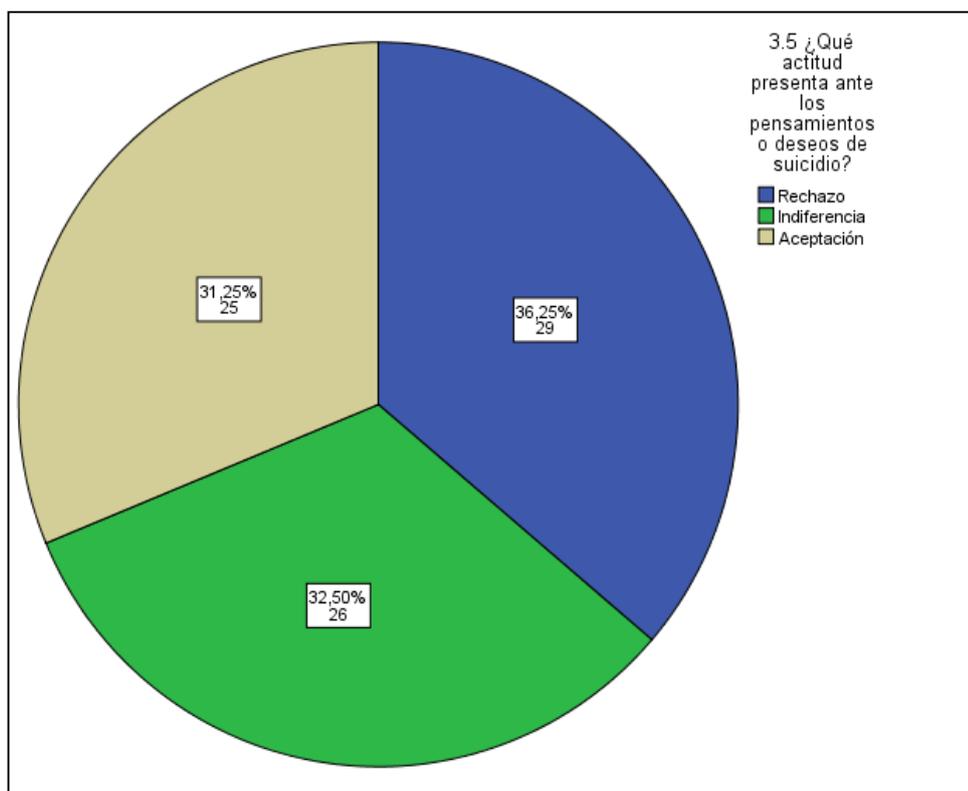


Elaborado por: Autores

En este diagrama el 50% de los individuos no desea intentar decisivamente un suicidio, seguido del 31.25% que tiene un débil deseo de intentar un suicidio y el 18.75% con un moderado o fuerte deseo de intentar un suicidio.

### 3.5 ¿Qué actitud presenta ante los pensamientos o deseos de suicidio?

**Ilustración 17: Actitud ante ideas suicidas**

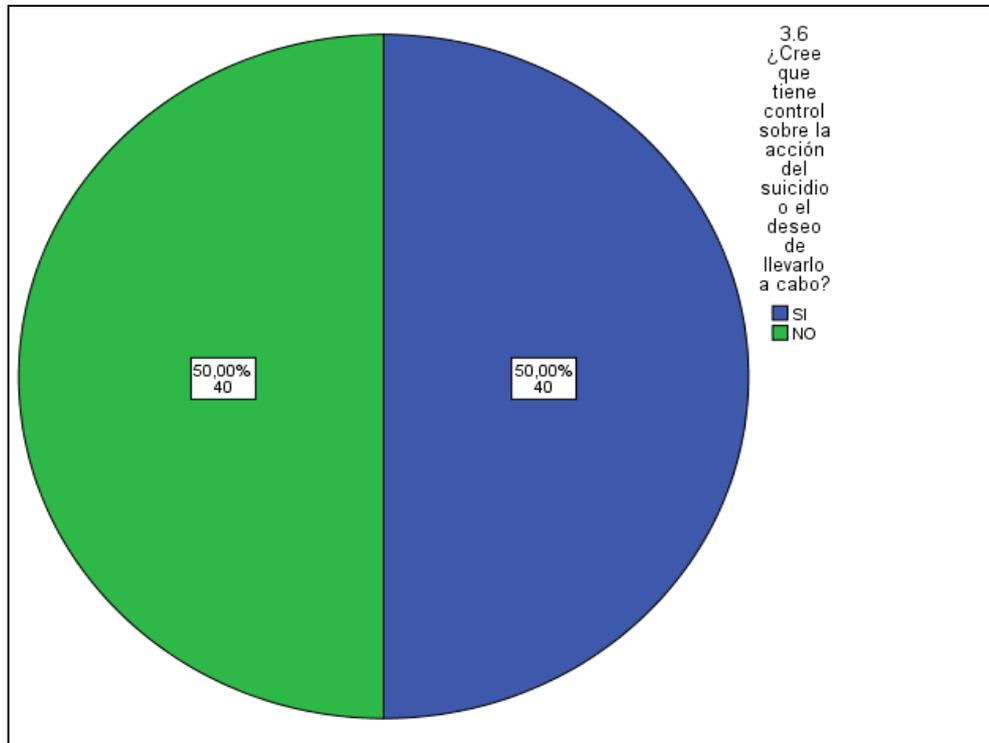


Elaborado por: Autores

En este diagrama, nos indica la actitud que presentan las personas ante los pensamientos o deseos de suicidio. El 36.25 % tienen un rechazo; el 32.5% son indiferentes y el 31.25% aceptan los pensamientos o deseos de suicidio.

3.6 ¿Cree que tiene control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo?

**Ilustración 18: Control sobre ideación suicida**

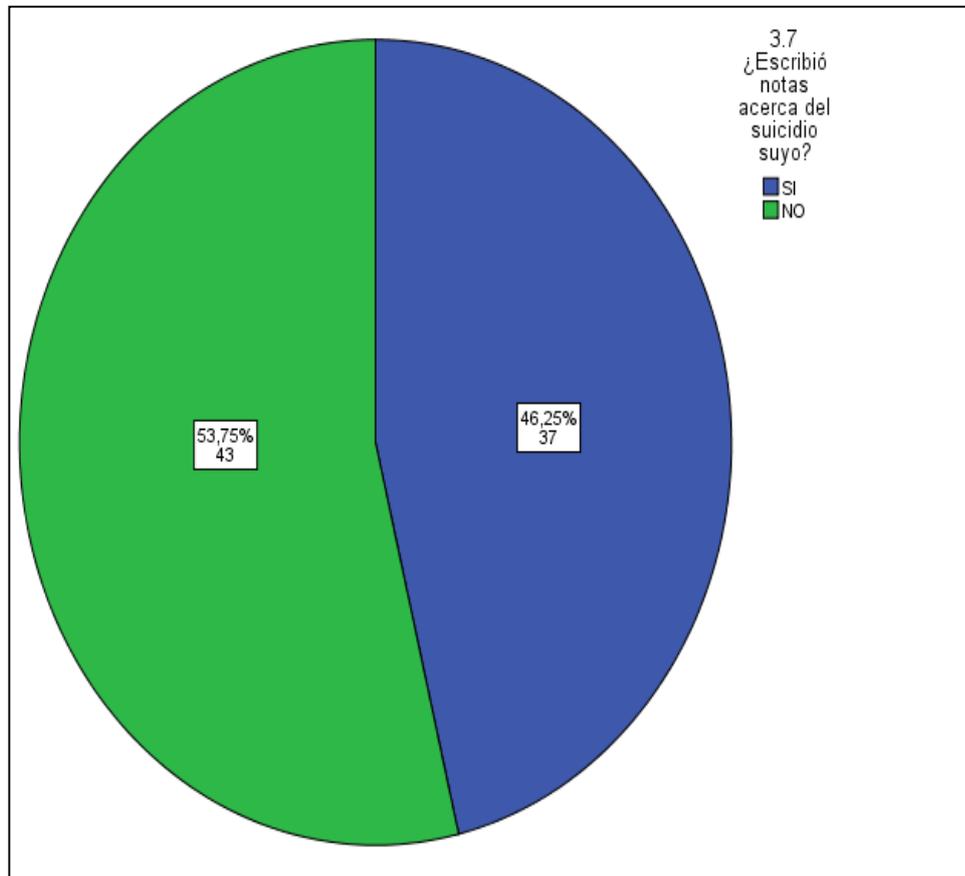


Elaborado por: Autores

Este gráfico demuestra que un 50% de la población de estudio creen tener un control sobre el deseo de intentar un suicidio y el otro 50% creen no poder controlarlo. De cierta manera con estos resultados corroboramos nuestra muestra, pues 40 individuos han intentado suicidarse y 40 individuos nunca lo han hecho.

### 3.7 ¿Escribió notas acerca del suicidio suyo?

**Ilustración 19: Notas suicidas**

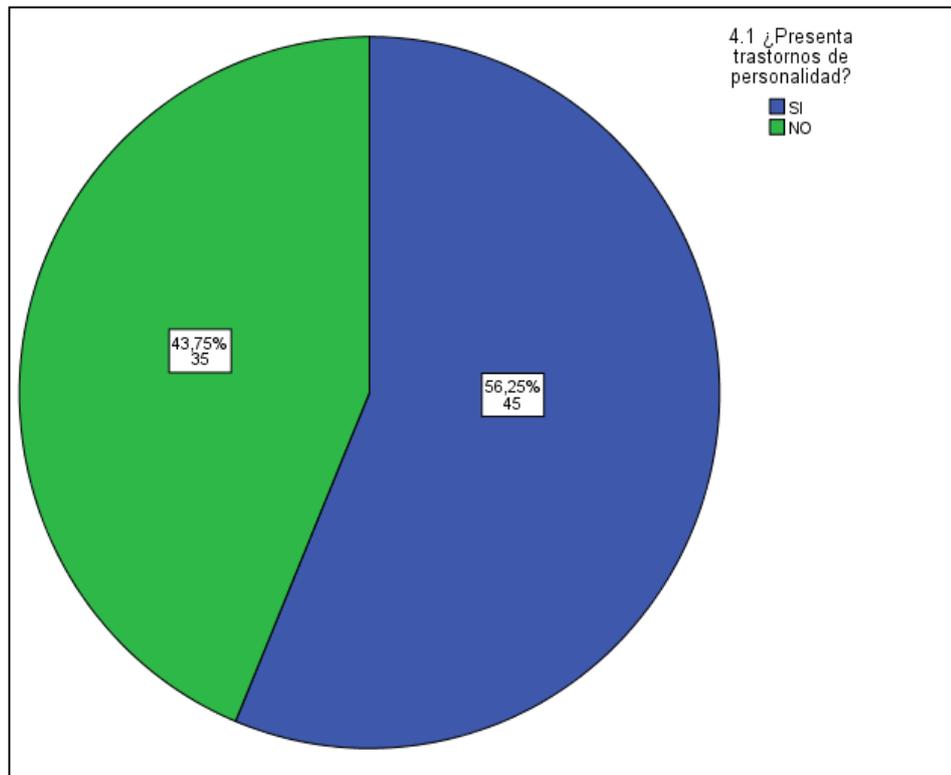


Elaborado por: Autores

El 53.75% de los casos no dejó ni escribió notas acerca de su deseo de suicidarse y el 46.25% de ellos sí lo hizo.

#### 4.1 ¿Presenta trastornos de personalidad?

**Ilustración 20: Trastornos de personalidad**

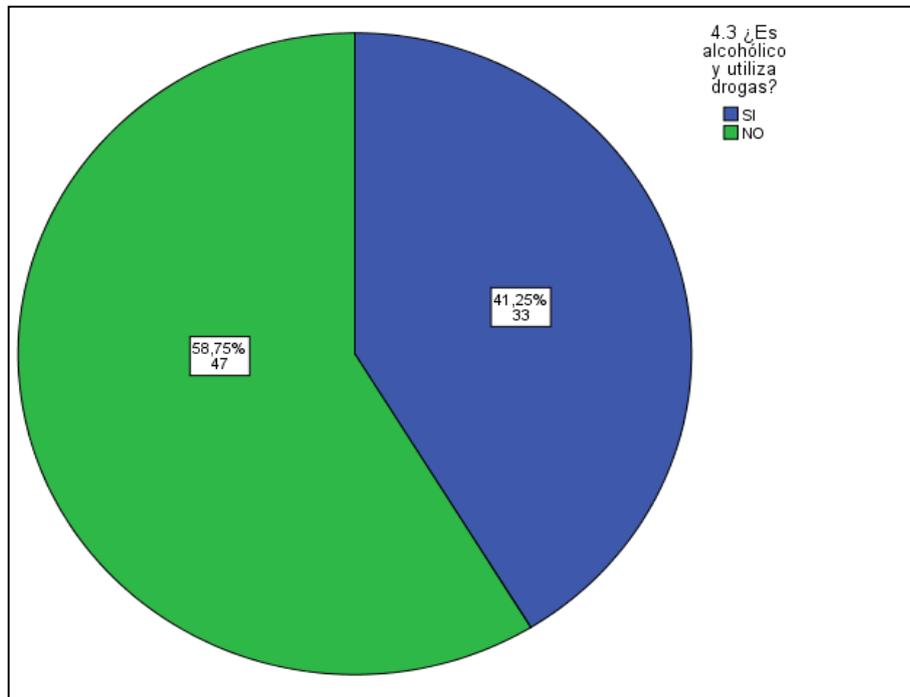


Elaborado por: Autores

La presencia de trastornos de personalidad encontramos en el 56.25% de los casos y un 43.75% no los tiene.

#### 4.3 ¿Es alcohólico o utiliza drogas?

**Ilustración 21: Alcohol – drogas**



Elaborado por: Autores

De acuerdo a este gráfico encontramos un 58.75% de individuos que no consumen alcohol o drogas y un 41.25% que si lo hacen.

## Correlaciones

A continuación se expone el análisis de la encuesta aplicada a la población, mediante tablas de contingencia y correlaciones que nos permitirá determinar el grado de relación entre las variables planteadas.

Tabla 3. Tabla de contingencia: preguntas encuesta

			¿Desearía intentar			Total
			decisivamente un suicidio?			
			Ninguno	Débil	Moderado a fuerte	
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	Casi nunca	Recuento % del total	9 11,2%	8 10,0%	5 6,2%	22 27,5%
	A veces	Recuento % del total	11 13,8%	10 12,5%	8 10,0%	29 36,2%
	Casi siempre	Recuento % del total	20 25,0%	7 8,8%	2 2,5%	29 36,2%
Total	Recuento % del total	40 50,0%	25 31,2%	15 18,8%	80 100,0%	

Elaborado por: Autores

En relación a las personas que casi nunca conversan en casa los problemas que tienen solamente el 11.2% de estos no intentarían un suicidio mientras que un 16.2% (suma de los porcentajes correspondientes a un débil deseo y a un deseo fuerte o moderado) contemplan ya el intento de suicidio. Mientras que el 25% de individuos que siempre conversan en casa sus problemas no contemplan el intento de suicidio. Esta tabla nos permite ver la relación que existe entre el intento de suicidio con la comunicación familiar.

Tabla 4. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,611 <sup>a</sup>	4	,0107
Razón de verosimilitudes	8,053	4	,090
Asociación lineal por lineal	4,636	1	,031
N de casos válidos	80		

a. 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,13.

Elaborado por: Autores

Tabla 5. Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Nominal por Coeficiente de contingencia	,295			,0107
Intervalo por R de Pearson	-,242	,101	-2,205	,030 <sup>c</sup>
Ordinal por Correlación de Spearman	-,253	,104	-2,307	,024 <sup>c</sup>
N de casos válidos	80			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Elaborado por: Autores

$$\begin{cases} H_0: \text{Existe independencia entre las variables} & p > \alpha = 0.05 \\ H_A: \text{Existe dependencia entre las variables} & p < \alpha = 0.05 \end{cases}$$

De acuerdo al análisis del test Chi Cuadrado existe una relación de dependencia entre conversan entre ustedes los problemas que tienen y desearía intentar suicidarse, dado que el nivel de significancia  $0.0107 < 0.05$

Tabla 6. Tabla de contingencia: preguntas encuesta

			¿Qué actitud presenta ante los pensamientos o deseos de suicidio?			Total
			Rechazo	Indiferencia	Aceptación	
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	Casi nunca	Recuento % del total	9 11,2%	8 10,0%	11 13,8%	28 35,0%
	A veces	Recuento % del total	4 5,0%	5 6,2%	10 12,5%	19 23,8%
	Casi siempre	Recuento % del total	16 20,0%	13 16,2%	4 5,0%	33 41,2%
	Total	Recuento % del total	29 36,2%	26 32,5%	25 31,2%	80 100,0%

Elaborado por: Autores

De la tabla 5 podemos deducir una relación entre la comunicación familiar con la actitud ante el suicidio, pues entre los individuos que toman decisiones en conjunto el porcentaje más alto tiene un rechazo ante los pensamientos de suicidio, mientras que el porcentaje más alto de aceptación ante los deseos de suicidio lo encontramos entre los individuos que casi nunca toman las decisiones en conjunto.

Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,765 <sup>a</sup>	4	,029
Razón de verosimilitudes	11,508	4	,021
Asociación lineal por lineal	4,575	1	,032
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,94.

Elaborado por: Autores

Tabla 8. Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Nominal por Coeficiente de contingencia	,344			,029
Intervalo por R de Pearson	-,241	,105	-2,190	,032 <sup>c</sup>
Ordinal por Correlación de Spearman	-,244	,107	-2,221	,029 <sup>c</sup>
N de casos válidos	80			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. basada en la aproximación normal.

Elaborado por: autores

$$\begin{cases} H_0: \text{Existe independencia entre las variables} > \alpha = 0.05 \\ H_A: \text{Existe dependencia entre las variables} < \alpha = 0.05 \end{cases}$$

De acuerdo al análisis del test Chi Cuadrado existe una relación de dependencia entre las decisiones que se toman en la casa y presenta los pensamientos de suicidio, dado que el nivel de significancia  $0.029 < 0.05$ .

Tabla 9. Tabla de contingencia: preguntas encuesta

			Sus razones para vivir o morir:			Total
			Porque seguir viviendo vale más que morir	Aproximadamente iguales	Porque la muerte vale más que seguir viviendo	
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	Casi nunca	Recuento % del total	12 15,0%	5 6,2%	5 6,2%	22 27,5%
	A veces	Recuento % del total	5 6,2%	15 18,8%	9 11,2%	29 36,2%
	Casi siempre	Recuento % del total	7 8,8%	15 18,8%	7 8,8%	29 36,2%
		Recuento % del total	24 30,0%	35 43,8%	21 26,2%	80 100,0%

Elaborado por: Autores

Tabla 10. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,795 <sup>a</sup>	4	,044
Razón de verosimilitudes	9,661	4	,047
Asociación lineal por lineal	1,842	1	,175
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,78.

Elaborado por: Autores

Tabla 11. Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. Aproximada
Nominal por Coeficiente de contingencia	,330			,044
Intervalo por R de Pearson	,153	,115	1,365	,176 <sup>c</sup>
Ordinal por Correlación de Spearman	,149	,118	1,329	,188 <sup>c</sup>
N de casos válidos	80			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

Elaborado por: Autores

$$\begin{cases} H_0: \text{Existe independencia entre las variables} & p > \alpha = 0.05 \\ H_A: \text{Existe dependencia entre las variables} & p < \alpha = 0.05 \end{cases}$$

De acuerdo al análisis del test Chi Cuadrado existe una relación de dependencia entre conversan los problemas en su casa y razones para vivir, dado que el nivel de significancia  $0.044 < 0.05$ . Tiene una relación de 33% entre las variables cruzadas entre las preguntas 2.2 y 3.3 que es significativo estadísticamente.

Tabla 12. Correlaciones Encuesta

		Desearía intentar decisivamente un suicidio	Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema	Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa	Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa	Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos
Correlación de Pearson	Desearía intentar decisivamente un suicidio	1,000	-,090	-,242	-,123	-,189
	Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema	-,090	1,000	,053	,019	,068
	Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa	-,242	,053	1,000	,062	,133
	Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa	-,123	,019	,062	1,000	,198
	Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos	-,189	,068	,133	,198	1,000

Elaborado por: Autores

Tabla13. Correlaciones

	Qué actitud presenta ante los pensamientos o deseos de suicidio	Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema	Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa	Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa	Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos	Escribió notas acerca del suicidio o suyo	Es alcohólico y utiliza drogas	
Correlación de Pearson	Qué actitud presenta ante los pensamientos o deseos de suicidio	1	-0,129	-0,012	-0,241	-0,033	0,157	0,113
	Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema	0,129	1	0,053	-0,019	0,068	-0,208	-0,086
	Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa	-0,012	0,053	1	0,062	0,133	-0,26	-0,164

	Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa	-0,241	0,019	0,062	1	0,198	-0,009	-0,323
	Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos	-0,033	0,068	0,133	0,198	1	-0,099	-0,037
	Escribió notas acerca del suicidio suyo	0,157	-0,208	-0,26	-0,009	-0,099	1	0,088
	Es alcohólico y utiliza drogas	0,113	-0,086	-0,164	-0,323	-0,037	0,088	1

Elaborado por: Autores

## RELACIÓN ENTRE EL INTENTO SUICIDA Y AMBIENTE FAMILIAR

En este punto del proceso para activar factores protectores y/o recursos de afrontamiento se hace necesaria la intervención profesional para restablecer las principales características de una familia funcional: jerarquías claras, límites claros, roles definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio, es así que para la presente investigación se determina mediante los resultados estadísticos como es la prueba F que nos indica que existe independencia entre las variables dado que la probabilidad es menor a 0.50, existe independencia entre las variables cualitativas analizadas entre los 80 encuestados.

Tabla 14. Tabla de contingencia

			Qué actitud presenta ante los pensamientos o deseos de suicidio			Total
			Rechazo	Indiferencia	Aceptación	
Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa	Casi nunca	Recuento % del total	9 11,2%	8 10,0%	11 13,8%	28 35,0%
	A veces	Recuento % del total	4 5,0%	5 6,2%	10 12,5%	19 23,8%
	Casi siempre	Recuento % del total	16 20,0%	13 16,2%	4 5,0%	33 41,2%
Total		Recuento % del total	29 36,2%	26 32,5%	25 31,2%	80 100,0%

Elaborado por: Autores

Tabla 15. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,765 <sup>a</sup>	4	,029
Razón de verosimilitudes	11,508	4	,021
Asociación lineal por lineal	4,575	1	,032
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,94.

Elaborado por: Autores

$$\begin{cases} H_0: \text{Existe independencia entre las variables} > \alpha = 0.05 \\ H_A: \text{Existe dependencia entre las variables} < \alpha = 0.05 \end{cases}$$

De acuerdo al análisis del test Chi Cuadrado existe una relación de dependencia entre 2.3 las decisiones que se toman en la casa y 3.5 presenta los pensamientos de suicidio, dado que el nivel de significancia  $0.029 < 0.05$ .

## **RELACIÓN ENTRE INTENTO SUICIDA Y CULTURA.**

Al poner de manifiesto que el aspecto social del suicidio se manifiesta dentro de una temática mayor como es la muerte, teniendo en cuenta dentro de este aspecto los factores culturales y sociales relacionados a su vez con sus propias prácticas.

Se puede evidenciar en definitiva sobre la base de que el suicidio además de componerse por factores biológicos y psicológicos mantiene un fuerte componente sociocultural que ha sido reflejado en el análisis del suicidio en las comunidades étnicas de todas las regiones.

Se puede determinar que la cultura afecta a los tipos de estrés que conducen al suicidio, los significados culturales asociados con el estrés y el suicidio afectan a la aparición de tendencias suicidas, también el umbral de tolerancia al dolor psicológico, en conclusión la cultura afecta a los pensamientos suicidas, intento, planes e intentos de terminar con la vida.

### Circunstancias relacionadas al intento de suicidio.

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación estándar	N
VAR00001	1,5250	,55412	40
VAR00002	,4750	,50574	40
VAR00003	,3250	,47434	40
VAR00004	1,8250	,38481	40
VAR00005	,4250	,50064	40
VAR00006	,7000	,46410	40

Correlaciones							
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006
VAR00001	Correlación de Pearson	1	.094	.212	.201	-.270	-.568**
	Sig. (bilateral)		.565	.189	.213	.092	.000
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00002	Correlación de Pearson	.094	1	.088	.043	-.109	.076
	Sig. (bilateral)	.565		.588	.793	.504	.639
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00003	Correlación de Pearson	.212	.088	1	-.102	.159	.105
	Sig. (bilateral)	.189	.588		.532	.326	.520
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00004	Correlación de Pearson	.201	.043	-.102	1	-.136	-.302
	Sig. (bilateral)	.213	.793	.532		.401	.059
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00005	Correlación de Pearson	-.270	-.109	.159	-.136	1	.452**
	Sig. (bilateral)	.092	.504	.326	.401		.003
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00006	Correlación de Pearson	-.568**	.076	.105	-.302	.452**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.639	.520	.059	.003	
	N	40	40	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Correlaciones					
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	Correlación de Pearson	1	-,545**	-,118	,637**
	Sig. (bilateral)		,000	,468	,000
	N	40	40	40	40
VAR00002	Correlación de Pearson	-,545**	1	,245	-,481**
	Sig. (bilateral)	,000		,128	,002
	N	40	40	40	40
VAR00003	Correlación de Pearson	-,118	,245	1	-,111
	Sig. (bilateral)	,468	,128		,497
	N	40	40	40	40
VAR00004	Correlación de Pearson	,637**	-,481**	-,111	1
	Sig. (bilateral)	,000	,002	,497	
	N	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Partiendo que variables paramétricas, se utilizó el método de Pearson para analizar la correlación entre cada factor, se encontró que en las circunstancias relacionadas al intento de suicidio establecido en la Escala de Intención suicida de Pierce, evidenciándose que las dimensiones con los puntajes fluctuando en 1, no existe casi correlación porque el valor está muy cercano a cero siendo el análisis significativo porque  $p\text{-valor} < 0,01$ , -0,2 a -0,39 correlación negativa baja y -0,4 a -0,69 correlación negativa moderada. Con respecto a la entrevista que los estudiantes considerados en riesgo, es necesario tomar en cuenta la importancia de un adecuado manejo de la relación con los jóvenes, en la que la confianza que se logre establecer entre ambos es fundamental para una adecuada evaluación del caso.

## Cuestionario Multidimensional de Variables Culturales (CMVC)

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00001	40	2,7000	1,11401	,17614
VAR00002	40	3,3000	,75786	,11983
VAR00003	40	2,5000	,50637	,08006
VAR00004	40	3,0750	,82858	,13101
VAR00005	40	2,9750	,57679	,09120
VAR00006	40	1,4250	,50064	,07916

Correlaciones							
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006
VAR00001	Correlación de Pearson	1	,292	,455**	,164	,347*	,097
	Sig. (bilateral)		,068	,003	,312	,028	,553
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00002	Correlación de Pearson	,292	1	,067	-,527**	,194	,128
	Sig. (bilateral)	,068		,682	,000	,231	,430
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00003	Correlación de Pearson	,455**	,067	1	,092	-,219	-,051
	Sig. (bilateral)	,003	,682		,574	,174	,757
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00004	Correlación de Pearson	,164	-,527**	,092	1	,165	,045
	Sig. (bilateral)	,312	,000	,574		,309	,784
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00005	Correlación de Pearson	,347*	,194	-,219	,165	1	,215
	Sig. (bilateral)	,028	,231	,174	,309		,182
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00006	Correlación de Pearson	,097	,128	-,051	,045	,215	1
	Sig. (bilateral)	,553	,430	,757	,784	,182	
	N	40	40	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00001	40	1,5250	,50574	,07996
VAR00002	40	1,8500	,69982	,11065
VAR00003	40	2,5250	,50574	,07996
VAR00004	40	2,4750	,50574	,07996
VAR00005	40	2,0000	,98710	,15607
VAR00006	40	1,5000	,50637	,08006

		Correlaciones					
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006
VAR00001	Correlación de Pearson	1	-,424**	-,003	,003	,873**	,451**
	Sig. (bilateral)		,006	,988	,988	,000	,004
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00002	Correlación de Pearson	-,424**	1	,228	-,083	-,408**	-,434**
	Sig. (bilateral)	,006		,157	,609	,009	,005
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00003	Correlación de Pearson	-,003	,228	1	,103	-,051	,050
	Sig. (bilateral)	,988	,157		,528	,753	,759
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00004	Correlación de Pearson	,003	-,083	,103	1	-,154	,551**
	Sig. (bilateral)	,988	,609	,528		,342	,000
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00005	Correlación de Pearson	,873**	-,408**	-,051	-,154	1	,308
	Sig. (bilateral)	,000	,009	,753	,342		,053
	N	40	40	40	40	40	40
VAR00006	Correlación de Pearson	,451**	-,434**	,050	,551**	,308	1
	Sig. (bilateral)	,004	,005	,759	,000	,053	
	N	40	40	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Se evidencia que no existe casi correlación porque el valor está muy cercano a cero siendo el análisis significativo porque  $p\text{-valor} < 0,01$  y las variables tampoco son completamente significativas porque no cumple que  $p\text{-valor} < 0,05$ , puesto que en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza su comportamiento ante las situaciones que le circundan dentro del entorno familiar.

## SRIS

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00001	40	2,9750	,80024	,12653
VAR00002	40	4,5000	,50637	,08006
VAR00003	40	2,0000	1,01274	,16013
VAR00004	40	2,0000	1,01274	,16013
VAR00005	40	2,5000	1,51911	,24019

Correlaciones						
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
VAR00001	Correlación de Pearson	1	-,095	-,095	-,095	-,095
	Sig. (bilateral)		,560	,560	,560	,560
	N	40	40	40	40	40
VAR00002	Correlación de Pearson	-,095	1	1,000**	1,000**	1,000**
	Sig. (bilateral)	,560		0,000	0,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00003	Correlación de Pearson	-,095	1,000**	1	1,000**	1,000**
	Sig. (bilateral)	,560	0,000		0,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00004	Correlación de Pearson	-,095	1,000**	1,000**	1	1,000**
	Sig. (bilateral)	,560	0,000	0,000		0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00005	Correlación de Pearson	-,095	1,000**	1,000**	1,000**	1
	Sig. (bilateral)	,560	0,000	0,000	0,000	
	N	40	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Se evidencia que no existe casi correlación porque el valor está muy cercano a cero siendo el análisis significativo porque  $p\text{-valor} < 0,01$ , observándose que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez el joven que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos.

## SCS

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00001	40	6,5000	,50637	,08006
VAR00002	40	4,0250	,91952	,14539
VAR00003	40	2,5250	,50574	,07996
VAR00004	40	2,4750	,50574	,07996
VAR00005	40	5,5000	,50637	,08006

Correlaciones						
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
VAR00001	Correlación de Pearson	1	,909**	-,050	-,551**	1,000**
	Sig. (bilateral)		,000	,759	,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00002	Correlación de Pearson	,909**	1	-,029	-,412**	,909**
	Sig. (bilateral)	,000		,859	,008	,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00003	Correlación de Pearson	-,050	-,029	1	,103	-,050
	Sig. (bilateral)	,759	,859		,528	,759
	N	40	40	40	40	40
VAR00004	Correlación de Pearson	-,551**	-,412**	,103	1	-,551**
	Sig. (bilateral)	,000	,008	,528		,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00005	Correlación de Pearson	1,000**	,909**	-,050	-,551**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	,000	,759	,000	
	N	40	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00006	40	2,5250	,50574	,07996
VAR00007	40	6,5000	,50637	,08006
VAR00008	40	2,5250	,50574	,07996
VAR00009	40	2,4750	,50574	,07996
VAR00010	40	6,5000	,50637	,08006

Correlaciones						
		VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010
VAR00006	Correlación de Pearson	1	-,050	1,000**	,103	-,050
	Sig. (bilateral)		,759	0,000	,528	,759
	N	40	40	40	40	40
VAR00007	Correlación de Pearson	-,050	1	-,050	-,551**	1,000**
	Sig. (bilateral)	,759		,759	,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00008	Correlación de Pearson	1,000**	-,050	1	,103	-,050
	Sig. (bilateral)	0,000	,759		,528	,759
	N	40	40	40	40	40
VAR00009	Correlación de Pearson	,103	-,551**	,103	1	-,551**
	Sig. (bilateral)	,528	,000	,528		,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00010	Correlación de Pearson	-,050	1,000**	-,050	-,551**	1
	Sig. (bilateral)	,759	0,000	,759	,000	
	N	40	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00011	40	2,5250	,50574	,07996
VAR00012	40	1,5000	,50637	,08006
VAR00013	40	6,5000	,50637	,08006
VAR00014	40	2,4750	,50574	,07996
VAR00015	40	1,5000	,50637	,08006

Correlaciones						
		VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014	VAR00015
VAR00011	Correlación de Pearson	1	-,050	-,050	,103	-,050
	Sig. (bilateral)		,759	,759	,528	,759
	N	40	40	40	40	40
VAR00012	Correlación de Pearson	-,050	1	1,000**	-,551**	1,000**
	Sig. (bilateral)	,759		0,000	,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00013	Correlación de Pearson	-,050	1,000**	1	-,551**	1,000**
	Sig. (bilateral)	,759	0,000		,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00014	Correlación de Pearson	,103	-,551**	-,551**	1	-,551**
	Sig. (bilateral)	,528	,000	,000		,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00015	Correlación de Pearson	-,050	1,000**	1,000**	-,551**	1
	Sig. (bilateral)	,759	0,000	0,000	,000	
	N	40	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00016	40	1,5000	,50637	,08006
VAR00017	40	1,5000	,50637	,08006
VAR00018	40	1,5000	,50637	,08006
VAR00019	40	2,4750	,50574	,07996
VAR00020	40	6,5000	,50637	,08006

Correlaciones						
		VAR00016	VAR00017	VAR00018	VAR00019	VAR00020
VAR00016	Correlación de Pearson	1	1,000**	1,000**	-,551**	1,000**
	Sig. (bilateral)		0,000	0,000	,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00017	Correlación de Pearson	1,000**	1	1,000**	-,551**	1,000**
	Sig. (bilateral)	0,000		0,000	,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00018	Correlación de Pearson	1,000**	1,000**	1	-,551**	1,000**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000		,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00019	Correlación de Pearson	-,551**	-,551**	-,551**	1	-,551**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00020	Correlación de Pearson	1,000**	1,000**	1,000**	-,551**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	,000	
	N	40	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00021	40	1,5000	,50637	,08006
VAR00022	40	1,5000	,50637	,08006
VAR00023	40	1,5000	,50637	,08006
VAR00024	40	6,5000	,50637	,08006
VAR00025	40	3,5000	,50637	,08006

Correlaciones						
		VAR00021	VAR00022	VAR00023	VAR00024	VAR00025
VAR00021	Correlación de Pearson	1	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**
	Sig. (bilateral)		0,000	0,000	0,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00022	Correlación de Pearson	1,000**	1	1,000**	1,000**	1,000**
	Sig. (bilateral)	0,000		0,000	0,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00023	Correlación de Pearson	1,000**	1,000**	1	1,000**	1,000**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000		0,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00024	Correlación de Pearson	1,000**	1,000**	1,000**	1	1,000**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000		0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00025	Correlación de Pearson	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	40	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

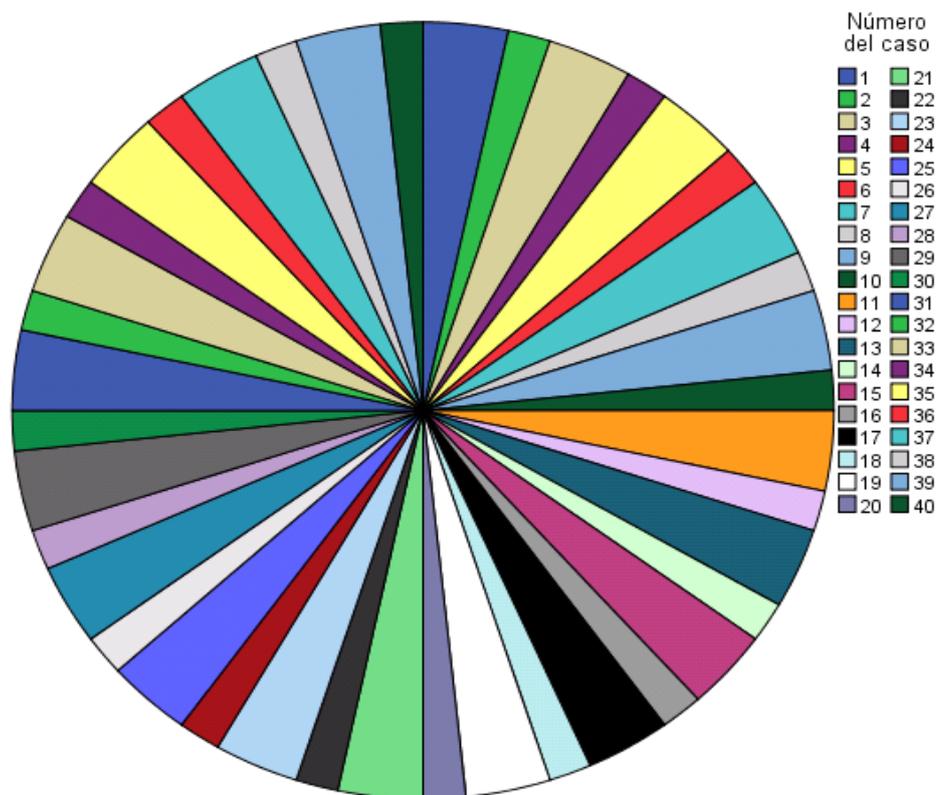
Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00026	40	1,5000	,50637	,08006
VAR00027	40	6,5000	,50637	,08006
VAR00028	40	1,5000	,50637	,08006
VAR00029	40	6,5000	,50637	,08006
VAR00030	40	1,5000	,50637	,08006

Correlaciones						
		VAR00026	VAR00027	VAR00028	VAR00029	VAR00030
VAR00026	Correlación de Pearson	1	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**
	Sig. (bilateral)		0,000	0,000	0,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00027	Correlación de Pearson	1,000**	1	1,000**	1,000**	1,000**
	Sig. (bilateral)	0,000		0,000	0,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00028	Correlación de Pearson	1,000**	1,000**	1	1,000**	1,000**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000		0,000	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00029	Correlación de Pearson	1,000**	1,000**	1,000**	1	1,000**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000		0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00030	Correlación de Pearson	1,000**	1,000**	1,000**	1,000**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	40	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En el presente análisis de se utilizó el método de Pearson para demostrar la correlación entre cada factor, se encontró que en las circunstancias relacionadas al intento de suicidio establecido en la Escala SCS, se logra evidenciar que las dimensiones con los puntajes fluctuando en 1, no existe casi correlación porque el valor está muy cercano a cero siendo el análisis significativo porque  $p\text{-valor} < 0,01$ . Esto demuestra que todos los factores familiares esenciales de riesgo estudiados tuvieron mayor presencia en las familias de las personas con conducta suicida, existiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los factores, puesto que las razones de posibilidades observadas muestran que todos los factores estudiados tienen una fuerte asociación a la conducta suicida, sin embargo el factor de riesgo con menor fuerza predictiva fue desorganización familiar en lo que respecta a un consenso de normas.

## ESCALA IOS



Las circunstancias relacionadas al intento de suicidio establecido en la Escala IOS evidencian que Sobre la categoría afectividad los sujetos suicidas reportan predominio de mala afectividad en sus familias, a diferencia de los controles en los que predomina la percepción de fuertes vínculos afectivos familiares, existiendo entre los grupos diferencias estadísticamente significativas, y en la categoría permeabilidad se observan percepciones diferentes entre los sujetos suicidas y sus controles, resultando menos permeables las familias de los primeros con diferencias estadísticamente significativas.

Lo anteriormente expuesto demuestra el cumplimiento de la hipótesis relacionada con que en las familias con un joven que presenta intento de suicidio existe rigidez y caotismo en su estructura, en comparación con las familias en las que ninguno de sus miembros ha intentado suicidarse. Puesto que, se observa la escasa o excesiva cercanía afectiva, la disciplina inconsciente, la confusión o caos en la asignación de responsabilidades, el escaso o excesivo control conductual por parte de los padres y los desacuerdos marcados entre los padres respecto a la crianza.

## Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00001	40	1,6500	,48305	,07638
VAR00002	40	2,3500	,48305	,07638
VAR00003	40	1,6500	,48305	,07638
VAR00004	40	1,9500	1,01147	,15993
VAR00005	40	2,3500	,48305	,07638

Correlaciones						
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005
VAR00001	Correlación de Pearson	1	,319*	1,000**	,698**	,319*
	Sig. (bilateral)		,045	0,000	,000	,045
	N	40	40	40	40	40
VAR00002	Correlación de Pearson	,319*	1	,319*	,142	1,000**
	Sig. (bilateral)	,045		,045	,383	0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00003	Correlación de Pearson	1,000**	,319*	1	,698**	,319*
	Sig. (bilateral)	0,000	,045		,000	,045
	N	40	40	40	40	40
VAR00004	Correlación de Pearson	,698**	,142	,698**	1	,142
	Sig. (bilateral)	,000	,383	,000		,383
	N	40	40	40	40	40
VAR00005	Correlación de Pearson	,319*	1,000**	,319*	,142	1
	Sig. (bilateral)	,045	0,000	,045	,383	
	N	40	40	40	40	40

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00006	40	1,6500	,48305	,07638
VAR00007	40	2,3500	,48305	,07638
VAR00008	40	1,6500	,48305	,07638
VAR00009	40	1,9500	1,01147	,15993
VAR00010	40	1,9500	1,01147	,15993

Correlaciones						
		VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010
VAR00006	Correlación de Pearson	1	,319*	1,000**	,698**	,698**
	Sig. (bilateral)		,045	0,000	,000	,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00007	Correlación de Pearson	,319*	1	,319*	,142	,142
	Sig. (bilateral)	,045		,045	,383	,383
	N	40	40	40	40	40
VAR00008	Correlación de Pearson	1,000**	,319*	1	,698**	,698**
	Sig. (bilateral)	0,000	,045		,000	,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00009	Correlación de Pearson	,698**	,142	,698**	1	1,000**
	Sig. (bilateral)	,000	,383	,000		0,000
	N	40	40	40	40	40
VAR00010	Correlación de Pearson	,698**	,142	,698**	1,000**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,383	,000	0,000	
	N	40	40	40	40	40

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Estadísticas de muestra única				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
VAR00011	40	1,6500	,48305	,07638
VAR00012	40	1,6500	,48305	,07638
VAR00013	40	1,9500	1,01147	,15993
VAR00014	40	1,9500	1,01147	,15993

Correlaciones					
		VAR00011	VAR00012	VAR00013	VAR00014
VAR00011	Correlación de Pearson	1	1,000**	,698**	,698**
	Sig. (bilateral)		0,000	,000	,000
	N	40	40	40	40
VAR00012	Correlación de Pearson	1,000**	1	,698**	,698**
	Sig. (bilateral)	0,000		,000	,000
	N	40	40	40	40
VAR00013	Correlación de Pearson	,698**	,698**	1	1,000**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		0,000
	N	40	40	40	40
VAR00014	Correlación de Pearson	,698**	,698**	1,000**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	0,000	
	N	40	40	40	40

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Se evidencia que no existe casi correlación porque el valor está muy cercano a cero siendo el análisis significativo porque  $p\text{-valor} < 0,01$  y las variables tampoco son completamente significativas porque no cumple que  $p\text{-valor} < 0,05$ . Lo anterior demuestra el cumplimiento de la hipótesis en las familias con un joven que presenta trastornos del estado de ánimo, consumo de sustancias pero que no ha intentado suicidarse, existe mayor capacidad de empatía y libertad de expresión, en comparación con aquellas en las que se ha presentado un intento de suicidio.

De manera que, se afirma en base a la hipótesis, si la estructura familiar no es saludable ejercerá una influencia negativa y nociva, caracterizada por el temor y el desarrollo atípico, lo cual significa que la familia se constituye en la principal fuente

de conocimiento, valores, actitudes, roles y hábitos que se transmiten de una generación a otra. En este estudio se aprecia que los menores en situación de abandono moral, prevalece dentro del tipo de familia extrema, puesto que estas familias de rango extremo tanto en las dimensiones de cohesión como adaptabilidad, tienen una tendencia a ser rígidas con liderazgo autoritario y una disciplina estricta, y en la que rara vez se combina los roles. Además, las familias que demuestran poca cercanía emocional entre sus miembros o una extrema cercanía emocional con alta dependencia y lealtad, lo que ocasiona muchas veces a una baja autoestima en los adolescentes, llegando a incurrir en estado depresivo en algunos casos.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El intento de suicidio en los jóvenes es un grave problema de salud actual, es el resultado de la interacción compleja entre factores biológicos, genéticos, ambientales, familiares, sociales y culturales, en nuestro medio su incidencia aumenta cada año sin embargo la información acerca del mismo es escasa por lo que se podría inferir que esta problemática no está siendo abordada adecuadamente, el aporte resultante de este trabajo de investigación será beneficioso pues al ser un fenómeno multicausal, el profundizar en el conocimiento de ciertos factores que pudieran estar relacionados con el mismo, permitirá en un futuro implementar mejores estrategias de detección, prevención y abordaje.

La juventud es considerada como una etapa de cambios que generan inestabilidad, durante la cual los individuos se exponen a dificultades generadas por distorsiones en su percepción que los exponen a un riesgo mayor de intento de suicidio, afirmación que es corroborada por varios estudios que reflejan un pico en la prevalencia del intento suicida en este grupo lo que permite inferir una relación entre la edad con el intento de suicidio.

El ser humano, al enfrentarse a situaciones difíciles tiene diferentes formas de reaccionar, si una persona a lo largo de su vida ha logrado mantener un equilibrio emocional buscará soluciones adecuadas, al contrario, quienes carecen de herramientas de afrontamiento adecuadas no desarrollan estrategias de afrontamiento lo que los lleva en la mayoría de los casos a realizar acciones autodestructivas, su objetivo es terminar con su sufrimiento, pero una visión en túnel impide que contemple otras posibilidades. La mayor parte de suicidios ocurren durante episodios depresivos, en los que se sienten invadidos por dolor emocional, desesperación, pensamientos negativos, sentimientos de abandono, etc. considerando como única alternativa la muerte.

La familia es el ambiente en el cual una persona adquiere los principales valores y fortalezas que estarán presentes a lo largo de la vida, en la actualidad la atmósfera

familiar se ha deteriorado por distintas situaciones, los padres se ven obligados a un trabajo en exceso, mayores presiones, una lucha constante por cumplir sus intereses personales, dejando en el abandono a sus hijos. La comunicación entre los miembros se ve afectada, las demostraciones afectivas se dan con menos frecuencia, lo que incrementa el riesgo de suicidio.

En base a la teoría sistémica familiar, que postula que la familia es un sistema en el cual el estado de un individuo está determinado por la interacción de este con los demás, el funcionamiento familiar se convierte en el objetivo de análisis, variables como la cohesión, adaptación y comunicación han permitido determinar de cierta manera si una familia es funcional o disfuncional, el resultado de esta investigación, que confirma la hipótesis planteada, encuentra que en las familias en las que un miembro ha intentado suicidarse existen dificultades en cuanto a la cohesión, adaptación y comunicación.

Mediante el test FACES III, instrumento base en el estudio, se ha establecido que estas familias se encuentran dentro de la disfuncionalidad pues el vínculo o lazo emocional (cohesión) se encuentra en los extremos (muy baja o muy alta), son familias en las que sus miembros actúan con gran autonomía con escaso apego o compromiso con sus familias o al contrario existe una sobre identificación, se podría decir que sus miembros están fusionados psicológica y emocionalmente impidiendo que se dé una autonomía adecuada en sus miembros. En cuanto a la adaptabilidad encontramos que en este grupo las familias tienen gran dificultad para adaptarse a las circunstancias que se presentan, pudiendo tener una estructura rígida en la que un miembro ejerce completo control del sistema de manera autoritaria, no existe posibilidad de cambio de roles o negociación de responsabilidades o en el extremo contrario, por lo general son familias en las que no existe autoridad o hay una confusión al respecto, no existe estructura, liderazgo, roles definidos, etc.

En cuanto a las familias en las que no se ha presentado intento de suicidio, los instrumentos aplicados determinan que estas están ubicadas dentro de los niveles funcionales o balanceados, en los que a pesar de existir dificultades las familias mantienen un equilibrio en todo aspecto, existe comunicación, diálogo, los límites

han sido definidos, existe demostración afectiva, tiempo en familia, refuerzos positivos, etc.

Al realizar este trabajo de investigación se ha podido concluir que los patrones de interacción familiar son las fuentes de prevención, establecer reglas y límites con precisión, propiciar la comunicación y demostración afectiva, el apoyo entre los miembros son características primordiales al hablar de familia.

Se convierte en una tarea muy difícil tratar de entender por qué ciertas personas contemplan la alternativa de suicidio mientras que otras en situaciones peores no lo hacen, sin embargo el suicidio es un tema que debe preocupar a todos, las autoridades deben buscar estrategias, pues es prevenible, es una ardua labor ya que los programas de prevención involucrarían varios frentes, educación, tratamiento, difusión, capacitación, entre otros, de lo contrario las generaciones venideras seguirán inmersas en este círculo de deterioro de la calidad familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 SAMUEL 31:4-6. (s.f.).

ARAGÓN BORJA, L. (2012). Adaptación familiar, escolar y personal de adolescentes de la ciudad de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(2), 263-282. Obtenido de Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología A.C.

ARAGÓN BORJA, L. (2012). *ADAPTACIÓN FAMILIAR, ESCOLAR Y PERSONAL DE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO*. Obtenido de file:///C:/Users/User/Desktop/16.pdf

ASOCIACIÓN OXAQUEÑA DE PSICOLOGÍA. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. *LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD COMO ETAPAS DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD*. , 4.

AYALA ESPINOSA, G., MARTÍ LLORET, J., & RODES LLORET, F. (2005). *Consummated suicide rate in the judicial district of San Vicente del Raspeig*. Alicante.

Ayala Espinosa, G., Martí Lloret, J., & Rodes Lloret, F. (2005). *Consummated suicide rate in the judicial district of San Vicente del Raspeig* . Alicante.

AYALA ESPINOSA, G.; RODES, F.; MARTÍ LLORET, JB. (Abril de 2005). *Incidencia del suicidio consumado en el partido judicial de San Vicente(40)*. Sevilla.

Baader, T., Urra, E., Millán , R., & Yáñez, L. (2011). Clínica Las Condes. *Revista Médica CLC*, 22(3).

BAADER, T., URRA, E., MILLAN, R., & YÁNEZ, L. (2011). Clínica Las Condes. *Revista Médica CLC*, 22(3).

Barrera, S. (2008). *El suicidio y su atención por el medico de la familia*. Editorial Ciencias Médicas.

BARRERA, S. (2008). *El suicidio y su atención por el medico de la familia*. Editorial Ciencias Médicas.

Beck, A., Shaw, B., Rush, A., & Emery, G. (2012). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (20va ed.). Desclee De Brouwer.

BOBES GARCÍA, J., GONZÁLEZ SIJO, J., & SAIZ MARTÍNEZ, P. (s.f.). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson.

CAMPO, M. (2012). *Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes*. Costa Rica.

- CARVAJAL CUJI, H., & SAAD DE JANÓN, J. (2001). *ESPOL*. Recuperado el 2013 de octubre de 8, de <http://www.dspace.espol.edu.ec/handle/123456789/1907?mode=full>
- CASULLO, M. (2004). *Comportamientos suicidas en la adolescencia, morir antes de la muerte* (2da ed.). Buenos Aires, Argentina: Psychiatric Press Inc.
- CERBINO, M. (s.f.). *FLACSO Andes*. Recuperado el 2013 de noviembre de 30, de [http://www.flacsoandes.edu.ec/comunicacion/aaa/imagenes/publicaciones/pub\\_169.pdf](http://www.flacsoandes.edu.ec/comunicacion/aaa/imagenes/publicaciones/pub_169.pdf)
- Cerbino, M. (S.f.). *MEDIOS DE COMUNICACIÓN, SOCIEDAD Y CULTURA*. Recuperado el 30 de noviembre de 2013, de [http://www.flacsoandes.org/comunicacion/aaa/imagenes/publicaciones/pub\\_169.pdf](http://www.flacsoandes.org/comunicacion/aaa/imagenes/publicaciones/pub_169.pdf)
- CIE10 - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (s.f.). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades mentales y del comportamiento*.
- CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA. (2009). *Obligación parento filial*. Quito, Ecuador.
- COMISIÓN DE PSICOLOGÍA DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE PADRES DE NIÑOS CON CÁNCER. (2009). Recuperado el 21 de febrero de 2014
- DERECHOECUADOR. (2013). *DERECHOECUADOR*. Obtenido de [www.derechoecuador.com/index.php?Itemid=457&id=4424&option=com\\_content&task=view](http://www.derechoecuador.com/index.php?Itemid=457&id=4424&option=com_content&task=view)
- Durkheim, E. (1985). *El Suicidio*. Madrid: Editorial Reus.
- DURKHEIM, E. (1985). *El Suicidio*. Madrid: Editorial Reus.
- DURKHEIM, E. (1987). *El Suicidio*. Argentina: El Libertador.
- FERRER, J. (31 de julio de 2010). *Conceptos básicos de la Metodología de Investigación*. Obtenido de <http://metodologia02.blogspot.com/>
- González Serrano, F., Jara Segura, A., & San Miguel, P. (2001). *Aproximación a las tentativas de suicidio en los adolescentes*. Obtenido de <http://www.sepypna.com/articulos/aproximacion-tentativas-suicidio-adolescentes/>
- GONZÁLEZ SERRANO, F., JARA SEGURA, A., & SAN MIGUEL, P. (2001). *Aproximación a las tentativas de suicidio en los adolescentes*. Obtenido de <http://www.sepypna.com/articulos/aproximacion-tentativas-suicidio-adolescentes/>
- GONZÁLEZ, A. (2011). *El intento suicida: formas clínicas presentes en 100 pacientes*. *Rev Hosp*. La Habana: Psiq.

- González, A. (2011, págs. 22-23). *El intento suicida: formas clínicas presentes en 100 pacientes*. Rev Hosp. La Habana: Psiq .
- HOFFMAN, L. e. (1996). *PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO HOY* (SEXTA EDICION ed., Vol. 2). MADRID: McGraw - Hill.
- INEC. (Diciembre de 2013). *Resultados provinciales*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/guayas.pdf>.
- INFA - MIES. (2012 - 2013). *Agenda para la igualdad de niños, niñas y adolescentes*. Quito, Ecuador.
- INNFA-MIES. (2012-2013). *Agenda para la igualdad de niños, niñas y adolescentes*. Quito: Ministerio de inclusión económica y social.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS - INEC. (Diciembre de 2013). *INEC*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/guayas.pdf>
- JUECES 9:54. (s.f.).
- LOLAS, F., VERDUGO, S., & CASTELLÓN, C. (1988). Relaciones entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida. *Revista Chilena de Pediatría*, 26, 12-25.
- MASALTO. (2013). Obtenido de [www.masalto.com/familia/template\\_familiaarticulo.phtml?consecutivo=5597&subsecc=6cat=25&subcat=66&subj=160&pais=](http://www.masalto.com/familia/template_familiaarticulo.phtml?consecutivo=5597&subsecc=6cat=25&subcat=66&subj=160&pais=)
- MONTOYA CARRASQUILLA, J. (2012). *Pérdida, Aflicción y Luto* (1a ed.). Trillas.
- OLSON, D., RUSSELL, C., & DSPRENKLE, D. (1989). *CIRCUMPLES MODEL: SYSTEMIC ASSESSMENT AND TREATMENT OF FAMILIES*. EEUU: Routledge.
- OMS. (2013). *who.int*. Recuperado el 7 de julio de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- ORELLANA, R., & ARÉVALO, J. (2005). *INNFA*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2000). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_731\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (8 de Septiembre de 2004). *OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Agosto de 2012). *OMS*. Obtenido de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs282/es/>

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013). *who.int*. Recuperado el 7 de julio de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013). *who.int*. Recuperado el 7 de julio de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (8 de mayo de 2014). *Una juventud bajo riesgo de Accidentes, VIH y depresión: OMS*. Obtenido de Colima 3.0: <http://colimatrespuntocero.com/una-juventud-bajo-riesgo-de-accidentes-vih-y-depresion-oms/>
- ORIENTACIÓN JUVENIL. (8 de Abril de 2011). *DESARROLLO COGNOSCITIVO DEL ADOLESCENTE*. Obtenido de <http://orientacionjuvenil-bianca.blogspot.com/2011/04/desarrollo-cognoscitivo-del-adolescente.html>
- ORIENTACIÓN JUVENIL. (8 de Abril de 2011). *DESARROLLO COGNOSCITIVO DEL ADOLESCENTE*. Obtenido de <http://orientacionjuvenil-bianca.blogspot.com/2011/04/desarrollo-cognoscitivo-del-adolescente.html>
- PINOS, G., & MOROCHO, I. (abril de 2009). Características demográficas, psicológicas y familiares del paciente con conducta suicida. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 28*.
- PSIQUIATRIA. (2010). *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA*. Obtenido de [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/suicidio\\_ninos\\_adolescentes.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/suicidio_ninos_adolescentes.pdf)
- PSYCHIATRY, M. (2001). *Evaluación psiquiátrica*.
- Psychiatry, M. (2001, páginas 338-341 ). *Evaluación psiquiátrica*.
- RIVERA PEREZ, S., FORTEZA CÁCERES, M., & RIVERA PÉREZ, I. (25 de abril de 2007). *Revista Iberoamericana de Educación*. (I. c. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, Ed.) Recuperado el 2014, de [www.rieoei.org/deloslectores/1436Rivera.pdf](http://www.rieoei.org/deloslectores/1436Rivera.pdf)
- SALMOS 41:9. (s.f.).
- SHAHÚN, D. (2005). *Hospital Universitario Miguel Servet*. Obtenido de <http://sites.google.com/site/ildiasahun2/elsuicidoseg%c3%BAndiccionariodea.poro>  
t
- Sirvent, M. (2009). *Desarrollo cognoscitivo en la adolescencia*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/pipekoh/desarrollo-cognoscitivo-en-la-adolescencia-presentation-942006>
- SIRVENT, M. (2009). *Desarrollo cognoscitivo en la adolescencia*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/pipekoh/desarrollo-cognoscitivo-en-la-adolescencia-presentation-942006>
- TORO, R., & YÉPEZ, L. (2007). *Psiquiatria, Fundamentos de Medicina*. Medellín.

TORO, R.; YEPES, E. (2004). (C. p. biológicas, Ed.)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA. (2008). *Universidad Autónoma de Barcelona*.

Obtenido de Máster en Paidopsiquiatría:

[http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias\\_desarrollo\\_cognitivo\\_0.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf)

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL. (MARZO de 2010). *SECRETARÍA DE EDUCACIÓN*

*MEDIA SUPERIOR*. (A. M. HERNANDEZ, Ed.) Recuperado el 25 de FEBRERO de 2014,

de

[http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/DirEducCont/Psicologia\\_Adolesc/Modulo2/Cambios\\_adolescencia.pdf](http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/DirEducCont/Psicologia_Adolesc/Modulo2/Cambios_adolescencia.pdf)

# ANEXOS

## **EXPERIENCIA VIVENCIAL.**

Este trabajo nace por colaboración en la recolección de datos para el estudio comparativo entre Chile y Ecuador previo a la obtención del título de Phd. de la Mst. Yolanda Dávila Pontón, Docente de nuestra Universidad. Ha sido para nosotros una experiencia maravillosa, pues nos ha dado la oportunidad de ampliar nuestro conocimiento referente a un tema que despertó nuestro interés en el transcurso de nuestros estudios.

Este trabajo investigativo lo venimos realizando un año antes de egresar, iniciamos con la recolección de los datos, proceso que representó gran dificultad para nosotros debido a la exigencia en los criterios de inclusión y de exclusión de la muestra, tanto para los casos como para los controles. Hemos sido muy rigurosos en su cumplimiento pues desde el inicio nos planteamos el objetivo de que nuestro estudio debía ser tomado con mucha seriedad para que podamos cumplir a cabalidad con nuestras expectativas.

Nos enfrentamos a varias dificultades durante el proceso, pues llegar a contactar a las personas que habían tenido un intento de suicidio reciente no fue tarea fácil, tuvimos la colaboración de muchas personas, entre ellas quienes laboran en las salas de emergencia de clínicas y hospitales que permitieron que hiciéramos los primeros contactos con las familias de los jóvenes, fue una experiencia fantástica, muchas veces en la madrugada acudimos a llamados en los que nos informaban de un paciente con intento de suicidio, aprendimos mucho, pues con discreción buscamos la forma más adecuada de llegar a ellos para establecer contacto, brindar apoyo en esos momentos tan difíciles para ellos y una vez superado el episodio agudo pedir su colaboración para el estudio.

Estamos completamente agradecidos con todas las personas que formaron parte del proyecto, por darnos la apertura para que podamos cumplir con nuestro objetivo que en ocasiones lo vimos muy difícil de realizar, deseos de renunciar se hicieron presentes, sin embargo continuamos y con el paso de los meses los casos aumentaban; ver, oír y sentir tan de cerca como esta problemática había estado tan

presente en nuestra sociedad Cuencana, guardada en un silencio profundo y con un hermetismo familiar, nos dio la motivación para seguir, pues se convirtió ya en una responsabilidad moral hacer lo que esté a nuestro alcance para evitar que nuestros jóvenes atraviesen por esta situación.

El suicidio, es un tema que impacta y cuestiona nuestro sistema familiar y social; sin embargo, nos ha hecho enfrentar con el problema y tratar de comprender las posibles razones para que un joven, con todo un futuro por vivir, acabe repentinamente con su existencia como solución a sus problemas.

Hemos podido conocer algo más acerca de las causas que llevan a un joven a su autodestrucción y saber que puede prevenirse. Nos hizo estar conscientes de que en el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo y generalmente, la persona pedirá auxilio de una u otra forma. Por lo tanto si el comportamiento, ya sea verbal o no verbal, de un joven nos revela que podría intentar suicidarse, hay que atender esas señales, pues existe la posibilidad de ayudarlo o de buscar el apoyo de profesionales que pueden guiarlo a cambiar su perspectiva del problema.

Con esta investigación nos queda claro que aún tenemos mucho por hacer como profesionales, como padres, como hijos, como hermanos, como personas para tratar de evitar que el suicidio siga destruyendo vidas y familias enteras, todos debemos concientizarnos de esta realidad y actuar.

Esta investigación es el inicio de un sueño, el punto de partida en nuestro deseo de convertirnos en instrumentos de prevención y apoyo para quienes atraviesan por tan difícil situación.

## ANEXOS

### **Anexo A: Escala de cohesión y Adaptabilidad Familiar – FACES III**

Olson, Russell & Sprenkle, 1995.

#### **Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. FACES III**

(Olson, Russell & Sprenkle, 1995).

**Instrucción:** Marque con una X en la casilla que corresponda a su respuesta. Según la frecuencia en que la situación se presente.

		Nunca (1)	Casi nunca (2)	Algunas Veces (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					

13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quién hace las labores del hogar.					

## Anexo B: Instrumentos complementarios

### Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

Pérez, De la Cuadra, Louro, Bayarre, 1994.

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una x en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1	La familia toma en conjunto decisiones importantes.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

# Cuestionario Multidimensional de Variables Culturales (CMVC)

Traducción al español realizada por Olhaberry, Biedermann, Crempien, Cruzat & Martinez, 2011

A continuación encontrará algunas preguntas relativas a diferentes temas, como cultura, familia, valores y normas.

Al inicio de cada nueva área temática encontrará una breve instrucción para completar las respuestas. Por favor lea atentamente las preguntas y responda de manera espontánea. No existen respuestas correctas ni incorrectas. Conteste todas las preguntas.

*¡Muchas gracias por su colaboración!*

## Antecedentes Personales

Estas preguntas están orientadas a su persona. Por favor, haga una cruz en la respuesta que lo(a) represente.

### Género

1  masculino

2  femenino

Edad: \_\_\_\_\_ años

### Estado civil actual:

1  soltero/a

4  separado/a (de hecho)

2  viviendo en pareja

5  divorciado/a (legalmente)

### ¿Tiene hijos?

Sí

No

En caso afirmativo, favor indique cuántos: \_\_\_\_\_

**Nivel educacional alcanzado:**

1 <input type="checkbox"/> educación básica incompleta	5 <input type="checkbox"/> nivel tecnológico
2 <input type="checkbox"/> educación básica hasta séptimo año	6 <input type="checkbox"/> nivel superior
3 <input type="checkbox"/> educación básica hasta décimo año	7 <input type="checkbox"/> nivel postgrado

**Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral (con excepción de licencia médica y pre o postnatal)**

1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (jornada completa)	06 <input type="checkbox"/> en formación/cambio de actividad
2 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (media jornada)	07 <input type="checkbox"/> servicio militar
3 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (ocasionalmente)	08 <input type="checkbox"/> cesante

**¿Cuántas personas viven en su hogar incluido/a usted?**

**(no se cuentan como parte del hogar a los miembros de una comunidad)**

Por favor indique cuántas: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el ingreso mensual líquido de la totalidad de personas que conforman su hogar?**

1 <input type="checkbox"/> menos de \$ 292	5 <input type="checkbox"/> entre \$ 1.290 y \$ 1.540
2 <input type="checkbox"/> entre \$ 292 y \$ 810	6 <input type="checkbox"/> más de \$ 1.540
3 <input type="checkbox"/> entre \$ 810 y \$ 1.030	

**¿En qué país nació?**

1 <input type="checkbox"/> en Ecuador	2 <input type="checkbox"/> en otro país: _____
---------------------------------------	--

**¿En caso que no haya nacido en Ecuador, indique cuántos años vive en este país?**

Cuántos: \_\_\_\_\_

¿De qué país proviene su madre?

1  de Ecuador

2  de otro país: \_\_\_\_\_

¿De qué país proviene su padre?

1  de Ecuador

2  de otro país: \_\_\_\_\_

¿En qué idioma se crió?

1  español

2  otro idioma: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la nacionalidad que indica su cédula de identidad?

1  ecuatoriana

2  otra nacionalidad

Por favor haga una cruz **SOBRE LA LÍNEA**, según su estimación personal entre las dos opciones para cada pregunta.

Ejemplo:

Nada importante |  | Muy importante

¿Qué importancia da usted a su pertenencia nacional?

Nada importante |  | Muy importante

**¿Qué grado de vinculación tiene con la cultura ecuatoriana?**

Nada ligado(a)		Muy ligado(a)
----------------	--	---------------

**¿Cuánto se ha dedicado a conocer la cultura ecuatoriana?**

Nada		Mucho
------	--	-------

## TLS

*Este Cuestionario se refiere a las normas o reglas sociales y familiares. Lea detenidamente cada afirmación antes de decidirse por una de las posibles respuestas.*

**Marque con una cruz en alguno de los números desde el 1 al 6, de acuerdo al que mejor se ajuste a su opinión.**

	1	2	3	4	5	6
1. En Ecuador hay muchas reglas sociales que cumplir.	1	2	3	4	5	6
2. En Ecuador es muy claro lo que se espera de cómo comportarse en la mayoría de las situaciones.	1	2	3	4	5	6
3. Las gente en Ecuador está de acuerdo en qué es comportarse correctamente y qué no, en la mayoría de las situaciones.	1	2	3	4	5	6
4. Las personas en Ecuador tienen amplia libertad para decidir cómo comportarse en la mayoría de las situaciones.	1	2	3	4	5	6
5. Cuando en Ecuador alguien se comporta de manera inadecuada, los demás lo desaprueban fuertemente.	1	2	3	4	5	6
6. Las personas en Ecuador casi siempre cumplen con las reglas sociales.	1	2	3	4	5	6

Ahora continúan las 6 afirmaciones relativas a su familia. Haga nuevamente una cruz en el número que corresponde mejor a su opinión.

7.	En mi familia hay muchas reglas que cumplir.	1	2	3	4	5	6
8.	En mi familia es muy claro lo que se espera de cómo comportarse en la mayoría de las situaciones.	1	2	3	4	5	6
9.	En mi familia estamos de acuerdo en que es comportarse correctamente y qué no, en la mayoría de las situaciones.	1	2	3	4	5	6
10.	Los miembros de mi familia tienen amplia libertad para decidir cómo comportarse en la mayoría de las situaciones.	1	2	3	4	5	6
11.	Cuando alguien en mi familia se comporta de manera inadecuada, los demás lo desaprueban fuertemente.	1	2	3	4	5	6
12.	En mi familia casi siempre cumplimos con las reglas.	1	2	3	4	5	6

**SRIS**

A continuación se presentan 9 afirmaciones sobre hombres y mujeres. Indique en qué medida está de acuerdo con estas opiniones. Para ello **marque con una cruz en el número que más represente su opinión.**

	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente	Moderadamente	Levemente	Ni acuerdo	Levemente	Moderadamente	Totalmente
1. El marido debería ser considerado el representante de la familia para todos los asuntos legales.	1	2	3	4	5	6	7
2. Es igual de feo que una mujer diga garabatos que si lo hace un hombre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Cuando un hombre y una mujer viven juntos, es la mujer la que debería realizar las labores del hogar y el hombre las tareas físicamente exigentes.	1	2	3	4	5	6	7
4. Una mujer debería preocuparse de su aspecto físico, porque influye en lo que las demás personas piensan de su marido.	1	2	3	4	5	6	7
5. Las parejas homosexuales deberían ser igualmente aceptadas que otras las parejas.	1	2	3	4	5	6	7
6. Las mujeres deberían tener permitida la misma							

	libertad sexual que los hombres.	1	2	3	4	5	6	7
7.	El trabajo de un hombre es demasiado importante como para que se quede haciendo las labores del hogar.	1	2	3	4	5	6	7
8.	El principal deber de una mujer con niños pequeños es con su hogar y su familia.	1	2	3	4	5	6	7
9.	La mujer debería preocuparse más por apoyar el trabajo del marido, en lugar de desarrollar su propio trabajo.	1	2	3	4	5	6	7

## SCS

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, que se refieren a distintos sentimientos y formas de comportarse en diferentes situaciones. Lea cada afirmación y **marque con una cruz en el número que mejor represente su opinión personal.**

<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>
Totalmente	Moderadamente	Levemente	Ni acuerdo	Levemente	Moderadamente	Totalmente

1.	Me gusta ser único(a) y diferente de los demás en muchos aspectos.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Puedo hablar abiertamente con alguien que acabo de conocer, aunque sea mucho mayor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Aunque esté fuertemente en desacuerdo con los demás miembros del grupo, no lo digo para evitar tener una discusión.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Respeto a las personas que ocupan un lugar de autoridad con las que me relaciono (por ejemplo un jefe).	1	2	3	4	5	6	7
5.	Yo hago lo que a mí me parece bien, sin tomar en cuenta lo que piensan los demás.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Respeto a las personas que tienen una forma de ser sencilla y modesta.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Yo siento que es importante ser una persona independiente.	1	2	3	4	5	6	7
Yo puedo dejar de lado mis propios intereses por el								

8.	beneficio del grupo en que estoy.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Prefiero decir directamente que “no”, que arriesgarme a ser malinterpretado(a).	1	2	3	4	5	6	7
10.	Para mí es importante ser muy imaginativo(a) o creativo(a).	1	2	3	4	5	6	7
11.	Debería tomar en cuenta el consejo de mis padres al planificar mis estudios o mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Mi futuro y el de las personas que está a mi alrededor están relacionados.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Prefiero ser directo(a) y franco(a) cuando trato con personas que acabo de conocer.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Me siento a gusto cuando colaboro con los demás.	1	2	3	4	5	6	7

15. Me siento a gusto cuando soy escogido(a) para recibir felicitaciones o un premio.	1	2	3	4	5	6	7
16. Si mi hermana o hermano fracasa, me siento responsable.	1	2	3	4	5	6	7
17. Frecuentemente siento que mis relaciones con los demás son más importantes que mis propios logros.	1	2	3	4	5	6	7
18. Hablar en frente de los demás en una clase o reunión no es un problema para mí.	1	2	3	4	5	6	7
19. Yo le ofrecería mi asiento en el bus a mi profesor o a mi jefe.	1	2	3	4	5	6	7
20. Actúo de la misma manera esté con quien esté.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi felicidad depende de la felicidad de los que me rodean (para sentirme feliz necesito que los que me rodean también estén felices).	1	2	3	4	5	6	7
22. Valoro más que cualquier cosa tener buena salud.	1	2	3	4	5	6	7
23. Me quedaría en un grupo si me necesitaran, aunque no me sienta contento(a) dentro de él.	1	2	3	4	5	6	7
24. Trato de hacer lo que es mejor para mí, sin tomar en	1	2	3	4	5	6	7

cuenta cómo le podría afectar a los demás.							
25. Poder cuidarme bien es lo más importante para mí.	1	2	3	4	5	6	7
26. Es importante para mí, respetar las decisiones tomadas por el grupo.	1	2	3	4	5	6	7
27. Mantener mi propia identidad, independiente de los demás, es algo muy importante para mí.	1	2	3	4	5	6	7
28. Es importante para mí poder mantener las buenas relaciones dentro de mi grupo.	1	2	3	4	5	6	7
29. Actúo de la misma manera en mi casa y en mi lugar de estudio o trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
30. Normalmente hago lo que los demás quieren hacer, aún cuando me gustaría hacer otra cosa.	1	2	3	4	5	6	7

**Escala de Intención suicida de Pierce  
(Pierce, 1977).**

**CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS AL INTENTO DE SUICIDIO.**

*1. Aislamiento*

- 0 Alguien presente.
- 1 Alguien cerca o en contacto.
- 2 Nadie cerca o en contacto.

*2. Momento*

- 0 Escogido de tal manera que la intervención es probable.
- 1 Escogido de tal manera que la intervención no es probable.
- 2 Escogido de tal manera que la intervención es altamente improbable.

*3. Precauciones contra el descubrimiento y/o la intervención*

- 0 No tomó precauciones
- 1 Precauciones pasivas, evitación de otros, pero sin hacer nada para prevenir su intervención (estar solo en su pieza, puestas sin llave).
- 2 Activas precauciones, como el poner llave en la puerta.

*4. Actuación para obtener ayuda durante o después del intento.*

- 0 Notificó a auxiliador potencial respecto al intento.
- 1 Contactó pero específicamente no notificó al auxiliador potencial respecto al intento.
- 2 No contactó ni notificó a auxiliador potencial.

*5. Actos finales en anticipación de la muerte.*

- 0 Ninguno.
- 1 Preparación parcial o ideación.
- 2 Planes definidos realizados (v. gr. Cambios en un testamento, tomar un seguro).

*6. Nota suicida*

- 0 Ausencia de nota.
- 1 Nota escrita pero destruida.
- 2 Presencia de nota.

## **AUTOINFORME**

1. *Calificación de letalidad por parte del paciente.*
  - 0 Pensó que lo afectado no le provocaría la muerte.
  - 1 Inseguro acerca de que lo efectuado la provocaría la muerte.
  - 2 Creyó que lo efectuado le provocaría la muerte.
  
2. *Intento establecido.*
  - 0 No quiso morir.
  - 1 Incierto o no se preocupó de si viviría o moriría.
  - 2 Quiso morir.
  
3. *Premeditación*
  - 0 Impulsivo, consideró acto por menos de una hora.
  - 1 Consideró acto por menos de una hora.
  - 2 Consideró acto por lo menos de un día.
  - 3 Consideró acto por más de un día.
  
4. *Reacción frente al acto*
  - 0 Paciente contento de haberse recuperado.
  - 1 Paciente inseguro de estar contento o descontento.
  - 2 Paciente descontento de haberse recuperado.

## **RIESGO**

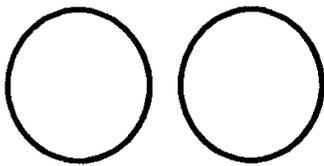
1. *Resultado predecibles en términos de la letalidad del acto del paciente y de las circunstancias.*
  - 0 Sobrevida segura.
  - 1 Muerte improbable.
  - 2 Muerte probable o segura.
  
2. *Habría ocurrido la muerte sin tratamiento médico.*
  - 0 No.
  - 1 Incierto.
  - 2 Si.

## **Resultados.**

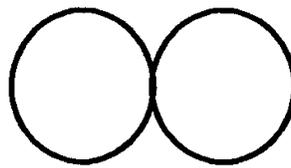
- 0 – 3 Baja Intención suicida.  
4 – 10 Mediana intención suicida.  
10 ó más Alta intención suicida.

**Escala IOS**  
**Aron, Aron & Smollan, (1992).**

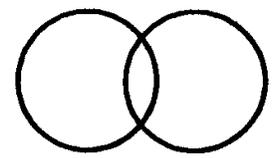
Por favor, indique la imagen que mejor describa la relación con la persona que está más cercano/a (por ejemplo, miembro de la familia, amigo, compañero). Si en ninguno de los cuadros que aparecen a continuación se describe la situación, por favor dibuje uno usted mismo. Tenga en cuenta que cada imagen simboliza una relación que implica a dos personas. Un círculo lo representa usted, mientras que el otro círculo representa a la persona que siente más cercano/a.



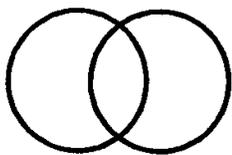
(1)



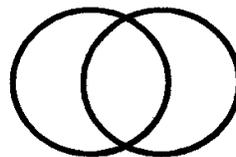
(2)



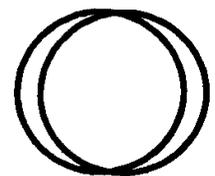
(3)



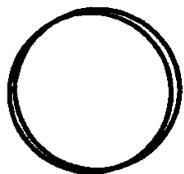
(4)



(5)



(6)



(7)

## Anexo 1: Encuesta

Género:                      femenino \_\_\_\_\_                      masculino \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

Casi nunca \_\_\_\_\_      A veces \_\_\_\_\_      Casi siempre \_\_\_\_\_

¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

Casi nunca \_\_\_\_\_      A veces \_\_\_\_\_      Casi siempre \_\_\_\_\_

¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

Casi nunca \_\_\_\_\_      A veces \_\_\_\_\_      Casi siempre \_\_\_\_\_

¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

Casi nunca \_\_\_\_\_      A veces \_\_\_\_\_      Casi siempre \_\_\_\_\_

¿Siente que su familia le quiere?

Casi nunca \_\_\_\_\_      A veces \_\_\_\_\_      Casi siempre \_\_\_\_\_

Su deseo de vivir es:

Moderado a fuerte \_\_\_\_\_      Débil \_\_\_\_\_      Ninguno \_\_\_\_\_

Su deseo de morir es:

Moderado a fuerte \_\_\_\_\_      Débil \_\_\_\_\_      Ninguno \_\_\_\_\_

Sus razones para vivir o morir:

Porque seguir viviendo vale más que morir \_\_\_\_\_

Porque la muerte vale más que seguir viviendo \_\_\_\_\_

Aproximadamente iguales \_\_\_\_\_

¿Desearía intentar decisivamente un suicidio?

Moderado a fuerte\_\_\_\_ Débil\_\_\_\_ Ninguno\_\_\_\_

¿Qué actitud presenta ante los pensamientos o deseos de suicidio?

Rechazo\_\_\_\_ Indiferencia\_\_\_\_ Aceptación\_\_\_\_

¿Cree que tiene control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo?

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

¿Escribió notas acerca del suicidio suyo?

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

¿Presenta trastornos de personalidad?

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

¿Es alcohólico o utiliza drogas?

Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_