

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y**  
**HUMANIDADES**  
**PROGRAMA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR E  
IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES PRE  
UNIVERSITARIOS.”**

**Tesis presentado por los Bachilleres:**

**ALEMÁN MANSILLA, Julia Rita  
BALDÁRRAGO SHAPIAMA, Luis Leibniz**

**Para obtener el título Profesional de:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**Arequipa – Perú**

**2014**

## *Epígrafe*

Cumplamos la tarea de vivir de tal modo que cuando muramos, incluso el  
de la funeraria lo sienta  
(Mark Twain)

La familia es base de la sociedad y el lugar donde las personas aprenden  
por vez primera los valores que les guían durante toda su vida.

San Juan Pablo II

La familia es el país del corazón. Hay un ángel en la familia que por la  
influencia misteriosa de la gracia, de dulzura, de amor, hace que el  
cumplimiento de los derechos menos fatigosas y las penas menos  
amargas".

Gisuppe Mazzini

## ***Dedicatoria***

Esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres, Elizabeth y Rodolfo, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanas, Vivian y Fátima por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar como profesional.

Y a Juan por el apoyo incondicional, consejos y ánimos brindados para seguir caminando en esta etapa de mi vida.

Julia Alemán Mansilla

Para mis papitos Luis y Nancy porque siempre me amaron y apoyaron incondicionalmente todas mis decisiones que tuve que tomar en la vida.

También a mi hermana Hipatya y sobrina Michelle dos personitas que con su cariño y apoyo fueron una motivación constante para lograr esta primer sueño anhelado.

A mis Abuelitas Olivia y Candelaria que ya no están conmigo y que desde el cielo cuidaron mis pasos y que siempre soñaron que llegaría este día en la cual me convertiría en un Profesional y en un hombre de mucho bien para mi sociedad.

Luis Baldarrago Shapiama

## **Agradecimiento**

*A ti mi Dios por habernos acompañado y ser un padre amoroso que nunca nos abandonó y que siempre estuvo ahí cuando más lo necesitábamos durante este periodo de formación: Intelectual, emocional, espiritual y sobre todo de habernos regalado inmerecidamente este gran don el de poder servir a los demás. A nuestros queridos papitos por todo el amor, el apoyo incondicional y la confianza que pusieron en nosotros antes, durante y después de esta formación profesional; siempre eternamente agradecido con ellos.*

*A cada docente principal, docentes de prácticas que con su testimonio, dedicación, y empeño en su labor, nos mostraron en cada sección de aprendizaje amar e identificarnos cada día más con esta ciencia maravillosa que es la psicología y como no recordar a unos maestros Dr. Nicolás Paredes. Dr. Charles Portilla, Dr. Tito Cuentas y Dra. Flor Vilches quienes nos acogieron como unos padres en el saber psicológico cuando empezamos esta carrera profesional.*

*A cada persona que estuvieron durante estos años de formación y de manera especial a un Padre y Pastor que desde el cielo nos protegió y nos cuidó siempre, Monseñor Luis Sánchez Moreno Lira que siempre nos motivó con una frase muy conocida de los evangelio “Duc in altum” (remar mar a dentro). Y que San Juan Pablo II cito en su carta apostólica Novo Millennio Ineuntem y que expreso: "recordar con gratitud el pasado, a vivir con pasión el presente y a abrimos con confianza al futuro".*

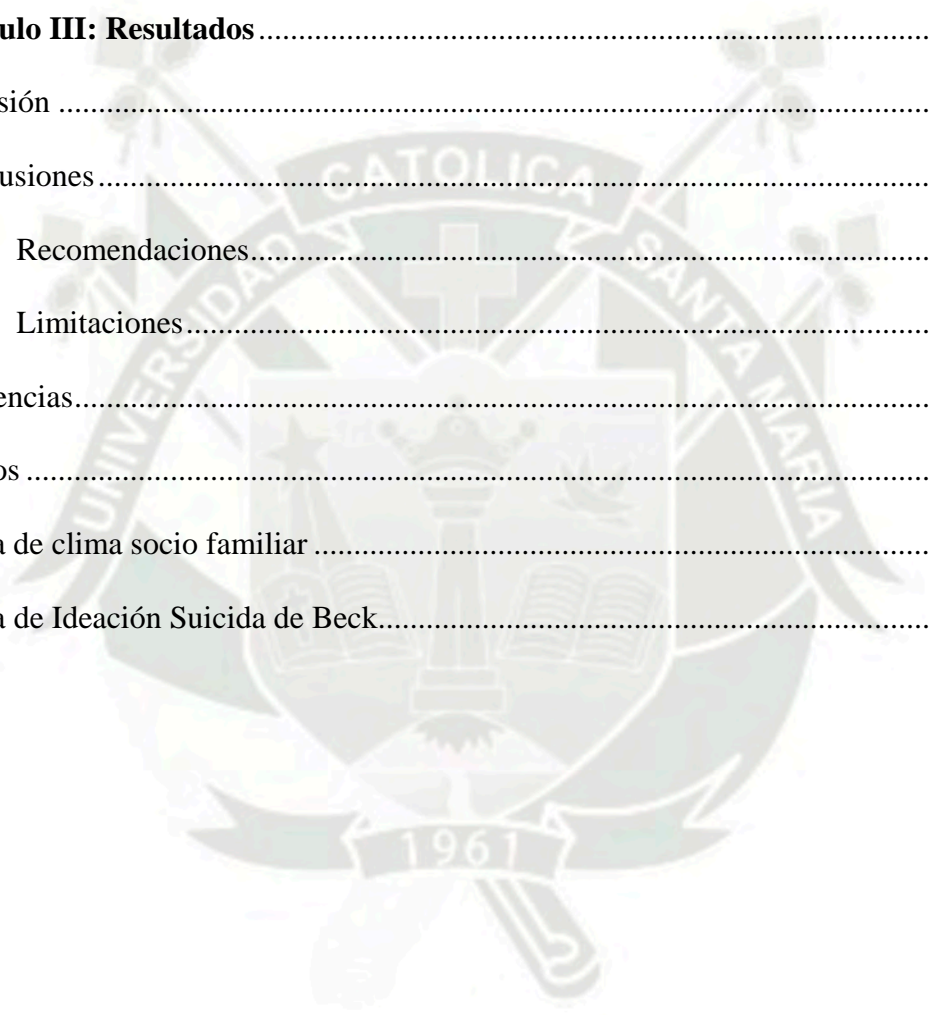
*Gracias por todo.*

*Julia y Luis.*

# Índice

<b>Resumen</b> .....	6
<b>Abstract</b> .....	7
<b>Capítulo I: Planteamiento Teórico</b> .....	8
<b>Introducción</b> .....	9
<i>Problemas interrogantes</i> .....	10
<i>Variables</i> .....	10
<i>Objetivos</i> .....	11
General .....	11
Secundarios .....	11
<i>Antecedentes Teóricos-Investigativos</i> .....	12
Funcionamiento Familiar .....	12
Suicidio.....	14
Ideación Suicida .....	18
Funcionamiento familiar e ideación suicida.....	21
<b>Hipótesis</b> .....	24
<b>Capítulo II: Diseño Metodológico</b> .....	25
<i>Diseño de investigación</i> .....	26
<i>Técnicas e instrumentos</i> .....	26
<i>Instrumentos</i> .....	26

<i>Población y Muestra</i> .....	29
<i>Estrategias de Colección de datos</i> .....	30
<i>Temporalidad</i> .....	30
<i>Criterios de Procesamiento de Información</i> .....	30
<b>Capítulo III: Resultados</b> .....	31
Discusión .....	40
Conclusiones .....	45
Recomendaciones.....	47
Limitaciones.....	48
Referencias.....	49
Anexos .....	57
Escala de clima socio familiar .....	58
Escala de Ideación Suicida de Beck.....	62



## Resumen

El objetivo principal de la presente investigación fue comprobar la relación existente entre Percepción del Funcionamiento Familiar e Ideación Suicida en estudiantes preuniversitarios de las academias Bryce, Fleming y Mendel. La investigación se ejecutó con 498 estudiantes preuniversitarios de ambos géneros, cuyas edades oscilan entre los 15 a 21 años. Teniendo como variables: Percepción del Funcionamiento Familiar la cual se midió mediante la escala del clima socio- familiar (FES) y la variable de Ideación suicida a través de la escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Teniendo como resultado que el (24,9%) de los adolescentes preuniversitarios cuya percepción de funcionamiento familiar se encuentra en rango medio, presentaron Ideación Suicida. Los resultados de la presente investigación nos muestran que no existe relación estadísticamente significativa entre Percepción del Funcionamiento Familiar e Ideación Suicida en estudiantes preuniversitarios de la ciudad de Arequipa.

**Palabras Claves:** *Percepción del Funcionamiento Familiar, Ideación Suicida, estudiantes preuniversitarios.*

### Abstract

The main objective of this research was to determine the relationship between Perception of Family Functioning and Suicidal Ideation in precollege adolescents in Bryce, Fleming and Mendel academies. The research was carried out with 498 college-bound teenagers of both genders, aged between 15 to 21 years. Taking as variables: Perception of Family Functioning which was measured by the scale of socio-family climate (FES) and the variable of suicidal ideation through scale Beck Suicide Ideation (ISB). With the result that the (24.9%) of precollege adolescents whose perception of family functioning is in the middle range, with suicidal ideation.

The results of this investigation show that there is no statistically significant relationship between Perceived Family Functioning and Suicidal Ideation in pre-university students in the city of Arequipa.

**Keywords:** *Perception of Family Functioning, Suicidal Ideation, pre-university students.*



**CAPITULO I**  
**MARCO TEÓRICO**

## Capítulo I: Planteamiento Teórico

### Introducción

El funcionamiento familiar es la forma como el sistema familiar expresa su afecto, el crecimiento personal de cada uno de sus miembros, las interacciones entre ellos teniendo como base el respeto, autonomía y el espacio del otro. Además de ver como enfrentan las situaciones de crisis como grupo. Ortiz & Louro, (1996, citado en Ortiz, 1999)

En este contexto la familia juega un papel muy importante en el entorno del adolescente, ya que la mala comunicación, las exigencias de los padres, los cambios hormonales, de personalidad, la autoestima y los amigos influyen en los pensamientos de los adolescentes (Steinhausen, Metzke, 2004 citado en Carreño 2010 ), siendo así uno de los múltiples factores que influyen en la ideación suicida ya que esta desempeña una función primordial en la formación de la personalidad, influenciando tempranamente de manera directa y duradera; y que actúa en lo largo de sus vidas modulando su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar (Horwitz, Florenzano, Ringeling . 1985).

Se realizó un estudio descriptivo donde se relacionó características sociodemográficas de salud y funcionamiento familiar donde se constató que la incidencia de problemas de salud como alcoholismo, intento de suicidio, desviación de conducta social, prematuridad y desnutrición fueron casi exclusivamente de las familias disfuncionales. Díaz, Louro, (1990 citado en Ortiz 1999).

La idea suicida es previa al intento de suicidio por ende es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, y ha sido menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado. Villagomez, Balcázar, Paz, (2005, citado en Carreño 2010).

Con las consideraciones antes expuestas, queremos identificar la relación entre la percepción del funcionamiento familiar y la ideación suicida en estudiantes preuniversitarios.

## **Problema de Investigación**

*¿Existe relación entre la percepción del funcionamiento familiar y la ideación suicida en estudiantes pre-universitarios?*

### **Variables**

#### *Variables 1: Funcionamiento familiar.*

El funcionamiento familiar: se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro Ortiz & Louro, (1996, citado en Ortiz, 1999) Esta variable se medirá a través de la Escala de clima socio-familiar (FES), que posee 3 dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad; evaluando siete niveles entre ellos, muy mala, mala, tendencia media, media, tendencia buena, buena y muy buena.

#### *Variable 2: Ideación suicida*

La ideación suicida: se refiere a cogniciones que pueden variar desde pensamientos fugaces de que la vida no vale la pena vivirla, hasta imágenes autodestructivas persistentes y recurrentes (Goldney, Winefield, Tiggemann, Winefield & Smith, 1989). Esta variable se medirá a través de la escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), la cual mide los niveles ausencia o máxima intensidad de la ideación suicida.

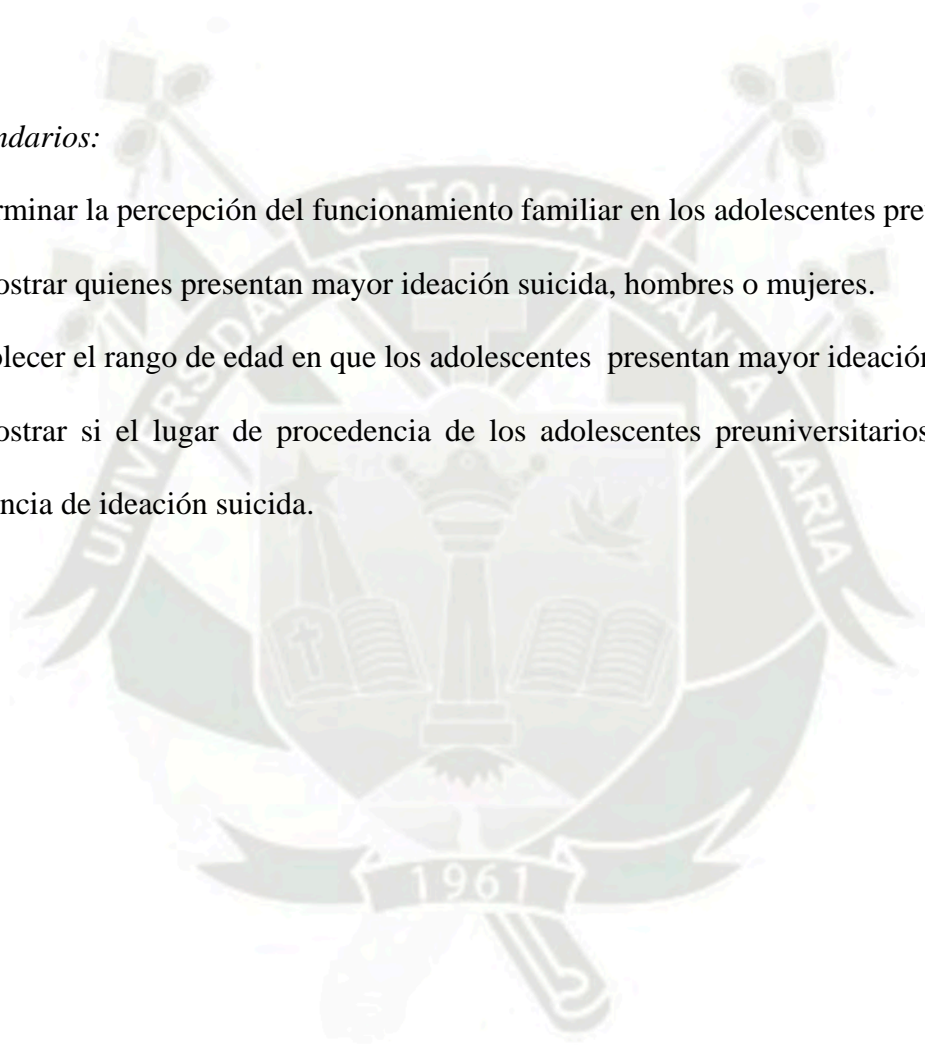
## Objetivos

### *General:*

1. Identificar la existencia de la relación entre la percepción del funcionamiento familiar y la ideación suicida en los adolescentes.

### *Secundarios:*

1. Determinar la percepción del funcionamiento familiar en los adolescentes preuniversitarios.
2. Demostrar quienes presentan mayor ideación suicida, hombres o mujeres.
3. Establecer el rango de edad en que los adolescentes presentan mayor ideación suicida.
4. Demostrar si el lugar de procedencia de los adolescentes preuniversitarios influye en la presencia de ideación suicida.



## **Antecedentes Teórico-Investigativos**

### **Funcionamiento Familiar**

Hablar del funcionamiento familiar es una tarea compleja, pues es menester considerar la concepción misma de familia y las funciones que se le atribuyen, su tipología, constelación y organización sistémica, así como atender a su proceso evolutivo con el sistema de reglas y roles que se desarrollan según las necesidades del grupo. La familia, como unidad o sistema, es un campo privilegiado de observación e investigación de la interacción humana y por ende de la interacción social. Hoffman (1981 citado en Marrueta, Guzmán 2009).

La metáfora de la familia como “aula primordial” indica que en su seno se establece el proceso de socialización del hombre. Allí surgen los primeros lazos afectivos, los modos de expresar el afecto, la vivencia diarias, las distancias corporales, el lenguaje, el ejercicio de la autoridad, qué tareas corresponden a cada sexo, cómo se ayuda al grupo familiar, quién provee las necesidades, qué códigos de comunicación se deben emplear, ya sea gestuales, orales o el silenciamiento de emociones y sentimientos, el sentido de la vida y la muerte, la historia de las distintas generaciones que nos precedieron; es decir, todas las dimensiones humanas se plasman y transmiten en la vida cotidiana de cada familia. Por ello se considera que es el campo de las relaciones afectivas más profundas, en consecuencia es uno de los pilares de la identidad de una persona, lo que nos lleva a reflexionar desde ella, sobre ella, acerca de ella y en relación con ella. (Marrueta, Guzmán 2009).

Flaquer, (1998 citado en Marrueta, Guzmán 2009) considera que la familia es un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y la socialización de los hijos; además, se constituye como agregado de ocio y consumo, de plataforma de ubicación social, de núcleo de relación social, de palanca para la constitución del patrimonio, de cauce para hallar empleo, de

punto de apoyo y de recurso de amparo en caso de crisis y de unidad de prestación de cuidados asistenciales y de salud. Asimismo, Jones, Tepperman y Wilson (1995 citado en Marrueta, Guzmán 2009), destacan el compromiso emocional, donde se supone que las “buenas familias” proporcionan intimidad (proximidad, relaciones satisfactorias), promueven la educación de los hijos y la escolarización, potencian el bienestar material de sus miembros, su salud física, mental y su autoestima.

Ahora bien el Funcionamiento Familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (Ortiz & Louro. 1996).

Según el investigador Epstein, et al. (1983), el funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional.

De la Cuesta Pérez y Louro (1996) consideran el Funcionamiento Familiar, como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la categoría de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad

Otro enfoque, es el del investigador en familia, Raymundo Macías (1994) que considera que el Funcionamiento Familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún

trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento, y en rehabilitación.

Desde que el individuo nace hasta que muere, desde que enferma hasta que se recupera requiere del apoyo de este grupo primario; y de éste depende una evolución mejor y más rápida. En el seno familiar se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento.

De igual modo cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede "desencadenar" la disfunción familiar. Este miembro enfermo es el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es, a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia Louro. (1993).

## **Suicidio**

El suicidio ha sido tema de estudio desde hace varios años, y la palabra como tal al parecer fue inicialmente utilizada por Sir Thomas Browne, en el año 1642, en el libro *Religio Mediéis*, reflejando el interés de distinguir entre el homicidio (de uno mismo) y el matar a otro. Sin embargo, es hasta el siglo XIX cuando se la aceptó dentro de las investigaciones realizadas principalmente por psiquiatras (Sarró & De la Cruz, 1991).

Morón (1992 citado en Petzelová, Chávez 2006) apunta que “el suicidio representa un fenómeno constante que no puede explicar los actos individuales también es el resultado de un condicionamiento de conjunto: influencias familiares, sociales y religiosas”. En la moderna psiquiatría, Soubrier (citado por Clemente & González, 1996) cree que “el fenómeno suicida parece más bien una patología de la desesperanza, sea cual sea el medio, la cultura o el entorno” (p. 24).

A pesar de que desde hace muchos años, diversas disciplinas, profesiones y científicos se han dedicado a pensar y escribir sobre el suicidio, así como a investigar diferentes factores

asociados a él, hasta la fecha no existe una nomenclatura científica generalmente aceptada para referirse a las conductas relacionadas con el suicidio (Maris, 2002).

El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) fomentó y avaló el sistema de clasificación NASH (muerte Natural, Accidental, Suicidio, Homicidio) en base a la necesidad de un “lenguaje universal”, en la siguiente tabla se presenta cómo los mecanismos de muerte ya sea enfermedad o lesión, la intencionalidad y la fuente del acto intencional de sí mismo y otros, se combinan para definir las cuatro maneras de morir:

**Tabla 1**  
*Criterios NASH para Determinar la Forma de muerte (O’Carroll et al., 1996)*

<b>Manera</b>	<b>¿Debido a heridas, envenenamiento o sofocación?</b>	<b>¿Infligido Intencionalmente?/ ¿Por quién?</b>
<b>Causas naturales</b>	NO	-
<b>Accidentes</b>	SI	NO
<b>Suicidio</b>	SI	SI/SI MISMO
<b>Homicidio</b>	SI	SI/OTROS

De acuerdo con esto, el suicidio completo fue definido como la muerte producida por heridas, envenenamiento o sofocación, donde hay evidencia explícita o implícita de que el daño fue autoinfligido se basa en tres aspectos: (a) muerte como resultado de cualquier daño que es (b) provocado por la misma víctima y (c) intencionadamente infligido.

La OMS define al suicidio o suicidio consumado o completo como la muerte que se da como consecuencia de un acto suicida (OMS, 1969). En esta definición, la OMS le asigna importancia al resultado (la muerte) y al agente causal (el propio sujeto), pero explícitamente

desecha el asunto de la intencionalidad como parte de la definición de los actos suicidas y, por ende, del suicidio.

Para Durkheim (1897/1989) el suicidio se refiere a la muerte que se produce como resultado directo o indirecto de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la víctima, sabiendo o creyendo que el acto producirá este resultado.

Siguiendo con esta línea, De Leo *et al.* (2004) retoma la definición del proyecto Estudio multicentro de Conducta Suicida – WHO/EURO acerca del suicidio: “Es un acto con un resultado fatal, en el cual el occiso, conociendo o esperando un resultado fatal, lo había iniciado o llevado a cabo con el propósito de provocar el cambio deseado” (p. 26).

En resumen, se puede afirmar que se habla de suicidio cuando: a) hubo una muerte, b) esta muerte se dio por el individuo que quería morir, c) la muerte fue intencional y d) hubo un agente pasivo o activo (omisión o comisión de un acto) que degeneró en la muerte (Maris, 2002).

### **La Ideación Suicida**

Es la forma más común de conducta suicida y a menudo es el precursor más importante de más graves conductas suicidas posteriores (Konick & Gutiérrez, 2005). Rosales menciona que entre las manifestaciones del comportamiento suicida, la ideación suicida es considerada como la de menor riesgo.

Esta conducta suicida se identifica cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, durante por lo menos dos semanas y haciendo algún plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo (Mingote *et al.*, 2004).

O’Carroll *et al.* (1996), en una definición más sencilla consideran Ideación Suicida a cualquier pensamiento auto-reportado de intentar una conducta relacionada con el suicidio.

No obstante De Wilde, Kienhorst & Diekstra (1993) consideran que el término “suicida” no debería usarse para el deseo de muerte o para los pensamientos de que la vida no vale la pena, sino solo para los pensamientos que impliquen el deseo o intención o plan de acabar con la vida por su propia mano. Así, habría que distinguir entre pensamientos de muerte y pensamientos suicidas.

La diferencia entre ideación y el intento suicida es el grado de severidad o intensidad de la motivación para terminar con la propia vida así como la forma de expresarse. En el caso de la ideación suicida, está más relacionada con procesos cognitivos, mientras que intento se relaciona al comportamiento. Norlev., et. al. (2005 citado en Leal & Vásquez 2012). De igual modo, las ideaciones suicidas presentan distintos grados de severidad, desde aquellas que están relacionadas a los deseos pasivos de morir hasta planes completamente formulados para morirse, estos últimos son de mayor importancia clínica. Casey., et. al. (2006 citado en Leal & Vásquez 2012).

Diversos estudios muestran que la ideación suicida está presente en jóvenes así por ejemplo para el caso de los estudiantes de secundaria estadounidenses, se halló que 21% había tenido pensamientos suicidas en lo que va del último año; 16% había tenido planes de intento de suicidio y 3% tuvo un intento de suicidio que requirió tratamiento médico (Kachur, Potter, Powell, & Rosenberg. (1995 citado en Leal, Vásquez 2012)

Norlev et. al. (2005 citado en Leal & Vásquez 2012) señalan algunos estudios que reportan una prevalencia vida de ideación suicida de los adolescentes de 10 años ubicada entre el 2% al 19%, mientras que la del intento de suicidio del 0,7% al 6%; asimismo, del 3.8% al 14.0% habrían realizado uno o más intentos de suicidio. Como en la mayoría de estudios, las mujeres presentan mayor nivel e de ideación suicida en los primeros años de la adolescencia en comparación con los varones. Borges et. al. (2006 citado en Leal & Vásquez 2012).

Por su parte, Lippincott, Williams & Wilkins (2001 citado en Leal & Vásquez 2012) las ideas o pensamientos suicidas es común entre los niños y adolescentes de ambos sexos y no

siempre están asociados a rasgos psicopatológicos. No obstante, son de interés clínico cuando se presentan como amenazas serias para la integridad del adolescente.

En el caso de Latinoamérica, la ideación suicida en muchas ciudades sudamericanas está por encima del promedio mencionado en la revisión sistemática, pues oscila entre 17.1% en Brasil (2005) y 59.7% en Chile (2007). Llama la atención que en Perú, en estudios realizados sobre todo en zonas urbanas, este problema aparece con una frecuencia hasta 20% mayor al promedio sudamericano. En Perú el antecedente de intento suicida fluctúa entre 2.9% en la sierra (2003) y 22.3% en la costa norte (2011), por lo que sería importante estudiar cuáles son los factores que lo propician, pues la evidencia de estudios realizados en este grupo etario lo proyecta como la principal comorbilidad y causa de mortalidad asociada con los trastornos mentales para 2020. Vera & Díaz (2012)

### **Ideación Suicida y Sexo**

La literatura científica en el tema de suicidio coincide en considerar al sexo como un correlato socio-demográfico de la conducta suicida, razón por la cual es uno de los predictores más replicado en los diferentes estudios publicados (Kumar, Mohan, Ranjith & Chandra-Sekaran, 2006).

En diferentes países las tasas de suicidio son mayores en hombres; mientras que las de ideación suicida e intentos de suicidio son normalmente mayores en las mujeres (Osvath., Vörös, & Fekete, 2004). Este fenómeno ha sido denominado la paradoja del género y ha sido comprobado en tantos estudios que se afirma que es un fenómeno real y no un artefacto de la recolección de datos (Canetto & Sakinofsky, 1998). Esta información lleva a pensar que el fenómeno suicida se da de manera diferente en hombres y en mujeres. Así pues, Hawton (2000) sugiere que los actos deliberados de autolesión en mujeres están más basados en una motivación no suicida y son usados

para comunicar “distress” o para modificar las conductas y reacciones de las otras personas. Ello explicaría por qué las mujeres que intentan suicidarse presentan este comportamiento de manera más repetitiva y haciendo un mayor uso del envenenamiento. Por su parte, en los hombres el daño autoinfligido está asociado con una mayor intención suicida y es, a veces, un reflejo de un trastorno mental subyacente (Kumar *et al.*, 2006).

Desde una visión complementaria, Langhinrichse-Rohling *et al.* (1998) evaluaron las actitudes hacia las conductas de riesgo y de protección para la salud, hallando que los hombres tienden a presentar más conductas riesgosas y de daño potencial, así como más conductas negativas de salud, que las mujeres. En general, parece que los hombres tienden a ser más impulsivos que las mujeres, por lo cual están más predispuestos a presentar más conductas autolesiva; mientras que las mujeres tienden a reportar más medidas de depresión que los hombres. Desde la teoría de la socialización del rol de género, estas diferencias pueden explicarse en el siguiente sentido: Se piensa que los hombres ejercen su independencia y prueban su habilidad física y su masculinidad durante la adolescencia y la edad adulta joven, implicándose en conductas riesgosas, peligrosas y potencialmente autodestructivas; mientras que las mujeres expresan sus insatisfacciones por medio de conductas internalizantes y síntomas de la depresión, tales como los estilos cognitivos de introspección o de rumiación. De igual forma, se cree que las mujeres socialmente son más propensas a comportamientos relacionados con el autocuidado corporal y la salud, pues son conductas relacionadas con el mantenimiento de la belleza física.

No existe una explicación completamente aceptada acerca de la brecha epidemiológica de las conductas suicidas entre hombres y mujeres. Las principales hipótesis que explican la gran mortalidad suicida en los hombres incluyen: la mayor letalidad de los métodos suicidas en hombres, el rechazo de los hombres a buscar ayuda, el abuso del alcohol y otras sustancias

psicoactivas, los códigos culturales masculinos y la socialización en hombres (Houle, Mishara y Chagnon, 2008), así como las diferencias biológicas de la personalidad (Miotto et al., 2003).

Las diferencias por género se mantienen a lo largo del ciclo vital, pues como lo mencionan Fennig et al. (2005) el desarrollo de los y las adolescentes difiere en términos de la intensidad y prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión, internalización y externalización, estilos cognitivos rígidos y ambivalentes y presión ejercida desde los roles sociales, diferencias éstas que pueden tener un origen biológico sociológico.

Para estos autores, por lo general, las adolescentes tienden más a interiorizar su sufrimiento y dolor, y a manifestarlo a través de síntomas psicósomáticos, de ansiedad o de depresión, así como con baja autoestima, pobre imagen corporal, sentimientos de falta de atractivo, pesimismo, sentimientos de falibilidad, culpa y autoculpa; ira, aislamiento social, preocupación por la salud y pérdida de interés por el sexo opuesto. Por el contrario, los adolescentes tienden a externalizar su dolor, en la forma de problemas de comportamiento, problemas con la ley o abuso de sustancias psicoactivas (Fennig et al., 2005).

En cuanto a los mecanismos de afrontamiento, se cree que las mujeres piensan de una forma más general y toman en cuenta más variables antes de tomar una decisión, tendencia que les protegería de realizar un acto irreversible como el suicidio consumado. Igualmente se muestran más flexibles en su pensamiento y usan las interacciones sociales para ventilar y procesar sus sentimientos (Murphy, 1998). Por su parte, los hombres tienden a ser más impulsivos y agresivos a la hora de intentar solucionar sus problemas, son más autónomos (se aíslan más) y más renuentes a solicitar ayuda y apoyo de parte de sus familias y amigos, así como más inflexibles al considerar alternativas frente a las situaciones estresantes que enfrentan (Fennig *et al.*, 2005; Houle *et al.*, 2008).

## **Funcionamiento Familiar e Ideación Suicida**

Crowell, Beauchaine, McCauley & Smith, (2008) consideran que son numerosos los estudios que se han centrado en el contexto familiar como uno de los factores de riesgo ambientales que contribuyen a la ideación suicida de los adolescentes.

Steinhausen. & Metzke. (2004, citado en Carreño 2010) consideran que la familia juega un papel muy importante en el entorno del adolescente, ya que la mala comunicación, las exigencias de los padres, los cambios hormonales, de personalidad, la autoestima y los amigos influyen en los pensamientos adolescentes. Hanson, Niec, Johnson, Young, et al. (2007, citado en Carreño 2010) consideran que la relación con los padres puede ser el origen no solo de disfunciones familiares, sino también de conductas suicidas, pues va relacionada con el trato que reciben los jóvenes de sus padres o tutores, ya que se van generando emociones adversas.

Diversos estudios han relacionado al funcionamiento familiar con la ideación suicida, esta relación se aborda en un estudio retrospectivo de 7 años en una sala de urgencias, con 505 niños y adolescentes que habían intentado suicidarse. En este estudio se correlacionó la inestabilidad y el estrés familiares y una atmósfera familiar caótica con los intentos de suicidio (Cosand, Borque & Kraus, 1982, citados en citado en Alcántar 2002). En este estudio se indica que, los niños habían experimentado eventos traumáticos impredecibles y habían sufrido la pérdida de una figura paterna significativa antes de los doce años de edad. Sus padres tendieron a abusar del alcohol o de fármacos y proporcionaban modelos deficientes de desempeño para afrontar el estrés. También se encontró que la conducta autodestructiva del niño, al parecer era un intento desesperado por influir o coaccionar a aquéllos que amenazaban su bienestar psicológico.

De acuerdo con Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, et al. (1999, citados en Alcántar 2002), los estudiantes de secundaria, tanto hombres como mujeres, intentaron suicidarse debido a problemas familiares, (32.7% y 36.8%) respectivamente. Las mujeres estudiantes de bachillerato

técnico (35.7%) también intentaron suicidarse debido a esta causa. Y en los estudiantes de bachillerato, los problemas familiares, son el segundo motivo por el que intentaron el suicidio, 19.7% de hombres y 28.6% de mujeres.

Por otra parte, Delgado (1999, citado en Alcántar 2002), en un estudio cuyo objetivo era conocer la estructura familiar del adolescente con intento de suicidio atendidos en una sala de urgencias (n=47), encontró que en el 63% de los casos, el factor precipitante del intento, fueron las discusiones familiares, ya sea con padres y/o hermanos. También se consideró la desintegración familiar como factor predisponente de forma importante en los pacientes con intento de suicidio. Además, la agresividad física a los hijos, precipita el intento de suicidio en los adolescentes. Otro dato importante que arroja la investigación, es que el 32% de los pacientes pertenecían a una familia desintegrada. Miranda (2000, citado en Alcántar 2002), estudió la conducta suicida en la población escolar y adolescente de un hospital infantil en el estado de Sonora (n=30). Encontró que el 30% de los casos el tipo de familia era rígida y permisiva en el 26.6%. Mientras que la familia disfuncional se presentó en el 70%. Se evidenciaron pobres relaciones familiares en 20 de los casos y falta de hermanos y parientes en 7 casos. La disciplina era ejercida por la madre en 11 casos, por el padre en un caso y por otros familiares en dos casos. Los principales factores de riesgo encontrados fueron: desorganización familiar en el 77%; falta de comunicación con los padres 67%, riñas familiares constantes en el 60%; ser abandonados, 53%; sentimientos de rechazo familiar en el 47% y ausencia de la figura parental en el 43%.

González-Forteza & Andrade (1995, citado en Alcántar 2002), evaluaron la relación de 423 estudiantes con sus padres y como esta se correlacionaba con la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Los adolescentes que participaron en la investigación cursaban la secundaria en la Ciudad de México. Los principales resultados mostraron que los adolescentes que acudieron a su familia en busca de ayuda o consejo cuando tenían algún problema, eran aquellos que tenían una

comunicación frecuente y satisfactoria con ambos padres. Por otro lado, los adolescentes que sentían que la comunicación con sus padres era poco frecuente, fueron los que tendían a no buscar apoyo cuando tenían algún problema.

De acuerdo con las autoras, cuando el padre tiende a ser comunicativo con su hijo(a), tiende a ser afectuoso, y se interesa y establece límites en las relaciones sociales de su hijo (a). Además señalaron que tanto la comunicación con ambos padres como el interés de éstos por las relaciones sociales de sus hijos, fueron indicadores protectores de sintomatología depresiva y de ideación suicida.

En otra investigación, González-Corteza, Andrade & Jiménez (1997, citado en Alcántar 2002), estudiaron la relación entre los estresores cotidianos familiares, la sintomatología depresiva y la ideación suicida en adolescentes mexicanos. La muestra estuvo constituida por 423 adolescentes de educación media básica, 235 hombres y 188 mujeres. Los principales resultados indicaron que las consecuencias emocionales de los estresores familiares tienen una diferente expresión psicopatoplástica en hombres y mujeres. En el caso de los hombres, la violencia familiar (discusiones entre los padres, castigos a los hijos) constituye la principal fuente generadora de estrés. La manera en que expresaron su malestar fue el ánimo depresivo, la somatización, los problemas en las relaciones interpersonales y la ideación suicida. Por otra parte, las mujeres se mostraron más susceptibles a la dinámica familiar (violencia familiar, enfermedad de los padres, problemas con hermanos), ellas manifestaron su malestar con síntomas psicósomáticos, además de sentirse solas y deprimidas, tristes y con ganas de llorar

## Hipótesis

*La percepción negativa del funcionamiento familiar en los adolescentes preuniversitarios, está relacionada significativamente con la ideación suicida.*





**CAPITULO II**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

## Capítulo II: Diseño Metodológico

### Diseño de Investigación

Para esta investigación se desarrolló un estudio de tipo no experimental con un nivel descriptivo-correlacional (Salkind, 1999, p. 10). El diseño de la investigación será prospectivo y de cohorte transversal. Es decir, los procesos de investigación se ciñeron a la observación y clarificación de las características de las variables de investigación, tomando en consideración la asociación de las mismas. Asimismo, el proceso de observación del objeto de estudio se realizó en un único periodo de tiempo.

### Técnicas e Instrumentos

La técnica que se empleó en esta investigación fue la aplicación de modalidad colectiva.

#### Instrumentos.

Para la evaluación de las variables de investigación planteadas se utilizó dos instrumentos la Escala de clima socio-familiar (Family Environmental Scale “FES”) de Moos y Trickett, la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), cuya aplicación se dio en su modalidad colectiva. Previo a la aplicación de los cuestionarios se realizó un proceso de validación cualitativa. Esto implicó realizar una validación lingüística de las escalas a fin de prepararlos para su futura aplicación, para lo cual se tomó un grupo piloto de 45 alumnos. Esta estrategia permitió la reformulación en el lenguaje y redacción de algunos ítems de la escala, no obstante se puso atención a no alejarse de las ideas originarias de los ítems de las escalas. Asimismo, nos permitió identificar el nivel de sensibilidad generada en los evaluados luego de contestar la encuesta.

***Escala de Clima Socio-Familiar (Family Environmental Scale “FES”).***

La escala del clima social-Familiar (FES), autores: Moos y Trickett, estandarizado por Ruiz y Guerra (1993). La tipificación se realizó mediante Baremos para la forma individual y grupo familiar, elaborados con muestras de Lima Metropolitana.

La administración de la citada escala puede ser individual o colectiva, el tiempo de aplicación es un promedio 20 minutos. La escala consta de 90 ítems con dos tipos de respuestas: verdadero o Falso. Está conformada también por 10 sub escalas las cuales miden tres grandes dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad. La dimensión de relaciones, evalúa el grado de comunicación, libre percepción dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva. Las sub escalas comprendidas son: comprensión, expresividad y conflicto. La dimensión de desarrollo, mide la importancia de los procesos de desarrollo personal de la familia, comprendiendo las siguientes sub escalas: Autonomía, Actuación, Intelectual-cultural, social-recreativa y Moralidad-religiosidad. La dimensión de estabilidad: Proporciona información sobre estructura y organización de la familia sobre el grado de control que ejercen algunos miembros de la familia sobre otros, las sub escala que miden son: organización y control.

La corrección se lleva a cabo con la ayuda de una plantilla transparente que se colocara sobre la hoja de respuesta. Es necesario apuntar las sub escala que integran la prueba. Para calcular la puntuación directa se contarán las marcas que aparezcan a través de los cuadros de la plantilla. Las puntuaciones obtenidas se transformaran en típicas a través de los baremos, y a partir de estas, se elaboraran un perfil individual o colectivo. Se puede calcular el índice de incongruencia en la familia (IF), que es una medida del desacuerdo entre los miembros a la hora de percibir el clima familiar.

*Confiabilidad.*

La fiabilidad de la escala se demuestra mediante la consistencia interna, los coeficientes de confiabilidad van de 0.80 a 0.91 con una media de 0.89 para el examen individual, siendo las áreas cohesión, intelectual-cultural, expresión y autonomía, las más altas. En el test-retest con 2 meses de lapso, los coeficientes eran en promedio 0.86 (variando de tres a seis puntos).

*Validez.*

La validez de la prueba se logró correlacionándola con la prueba de Bell, específicamente en el área de ajuste en el hogar (con adolescentes, los coeficientes fueron: en área cohesión 0.57, conflicto 0.60, organización 0.51) con adultos, los coeficientes fueron: cohesión 0.60, conflicto 0.59, organización 0.57 y expresión 0.53, en el análisis a nivel de grupo familiar. También se prueba el FES con la escala TAMAI (área familiar) y al nivel individual, los coeficientes fueron: en cohesión 0.62, expresividad 0.53 y conflicto 0.59.

***Escala de Ideación Suicida de Beck***

La ideación suicida se evaluó por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck, 1979). La ISB consta de 20 reactivos, estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2 (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida), y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems (como ya se ha indicado, 20 tiene solo valor descriptivo). El rango e puntuación total es de 0-

38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio.

Si la puntuación de los reactivos, “Deseo de intentar suicidarse” y “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando (Beck, 1979).

#### *Confiabilidad.*

Consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89-0.96 y una fiabilidad ínter examinador de 0.83).

#### *Validez.*

Correlación del BBS con la Escala de Desesperanza de Beck (BDI): 0.25-0.75; y con la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (Ham-D):0.30.

### **Población y Muestra**

El estudio se realizó con 498 estudiantes preuniversitarios cuyas edades oscilan entre los 15 y 21 años de edad, los mismos que asisten a diferentes academias pre-universitarias de la ciudad de Arequipa, como son: Bryce de la cual participaron con 167 estudiantes, Alexander Fleming con 158 estudiantes y Mendel con 173 estudiantes, los cuales fueron elegidos aleatoriamente para participar de la investigación.

### **Estrategias de Recolección de Datos**

Para el acceso a la muestra de estudio se presentó el proyecto de investigación a la academia Alexander Fleming, Bryce y Mendel mediante una comunicación verbal o escrita al representante legal de la institución se informó de la autorización para realizar el estudio. Luego se brindó información verbal a los estudiantes sobre el proceso solicitando así su aceptación.

### **Temporalidad**

Este estudio se realizó entre los meses de Abril a Agosto del año 2014.

### **Criterios de Procesamientos de la Información**

La recopilación de datos se realizó a través de una matriz de tabulación, construida mediante los programas estadísticos Excel. El desarrollo de los análisis cuantitativos se realizó a través del software estadístico SPSS versión 15.



**CAPITULO III**  
**RESULTADOS**

**Capítulo III: Resultados****Tabla 2***Percepción del Funcionamiento Familiar en los Estudiantes Pre Universitarios*

<b>Clima social familiar</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
<b>Muy mala</b>	3	0,6
<b>Mal</b>	9	1,8
<b>Tendencia media</b>	28	5,6
<b>Media</b>	288	57,8
<b>Tendencia buena</b>	94	18,9
<b>Buena</b>	56	11,2
<b>Muy Buena</b>	20	4,0
<b>Total</b>	498	100

La tabla 2, se muestra que el 57,8% de los estudiantes pre universitarios presentaron un clima social familiar medio, el 18,9% de ellos tienen un nivel tendencia buena y solo el 0,6% de ellos presentaron un clima social familiar muy mala.

**Tabla 3***Ideación Suicida en los Estudiantes Hombres y Mujeres Pre Universitarios*

<b>Ideación</b>	<b>Genero</b>				<b>Total</b>	
	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
<b>Suicida</b>						
<b>Presencia</b>	123	43,6	86	39,8	209	42,0
<b>Ausencia</b>	159	56,4	130	60,2	289	58,0
<b>Total</b>	282	100	216	100	498	100

 $X^2=0.726$  $P>0.05$ 

La tabla N°. 3, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.726$ ) muestra que la ideación suicida en los estudiantes pre universitarios mujeres y varones no presento diferencias estadísticas significativa ( $P>0.05$ ).

Sin embargo se muestra que el 43,6% de las estudiantes mujeres presento ideación suicida frente al 39,8% de los adolescentes varones.

**Tabla 4**  
*Ideación Suicida en los Estudiantes Pre Universitarios Según Rango De Edad*

Ideación suicida	Edad								Total		
	15-16		17-18		19-20		>=21		Nº.	%	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	
<b>Presencia</b>	44	37,6	149	44,6	14	35,9	2	25,0	209	42,0	
<b>Ausencia</b>	73	62,4	185	55,4	25	64,1	6	75,0	289	58,0	
<b>Total</b>	117	100	334	100	39	100	8	100	498	100	
		$X^2=3.407$				$P>0.05$					

La tabla 4, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=3.407$ ) muestra que la ideación suicida en los estudiantes pre universitarios según la edad no presentó diferencias estadísticas significativa ( $P>0.05$ ).

Sin embargo se muestra que el 37,6% de los estudiantes con 15 a 16 años presentó ideación suicida frente al 44,6% de los estudiantes con 17 a 18 años también con ideación suicida. Asimismo se muestra que el 35,9% de los estudiantes con ideación suicida presentaron 19 a 20 años y el 25% de ellos también con ideación suicida presentaron 21 a más años.

**Tabla 5***Relación entre la Procedencia y la Ideación Suicida en los Estudiantes Pre Universitarios*

Procedencia	Ideación				Total	
	Presencia		Ausencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
<b>Arequipa</b>	164	40,4	242	59,6	406	100
<b>Cusco</b>	12	48	13	52	25	100
<b>Juliaca - puno</b>	16	51,6	15	48,4	31	100
<b>Otros</b>	17	47,2	19	52,8	36	100

$$X^2=2.38 \quad P>0.05$$

La tabla 5, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=2,38$ ) se muestra que la procedencia y la ideación suicida no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se observa que el 51,6% de los estudiantes con ideación suicida son de Juliaca-Puno, seguido del 48% de los estudiantes con ideación suicida que proceden de Cusco.

**Tabla 6**

*Relación entre la Escala Relación Del Clima Social Familiar y la Ideación Suicida en los Estudiantes Pre Universitario*

<b>Clima social familiar según relación</b>	<b>Ideación</b>				<b>Total</b>	
	<b>Presencia</b>		<b>Ausencia</b>		<b>Nº.</b>	<b>%</b>
	<b>Nº.</b>	<b>%</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>		
<b>Muy mala</b>	31	14,8	39	13,5	70	14,1
<b>Mala</b>	23	11,0	12	4,2	35	7,0
<b>Tendencia media</b>	17	8,1	23	8,0	40	8,0
<b>Media</b>	113	54,1	174	60,2	287	57,6
<b>Tendencia buena</b>	21	10,0	33	11,4	54	10,8
<b>Buena</b>	3	1,4	5	1,7	8	1,6
<b>Muy buena</b>	1	0,5	3	1,0	4	0,8
<b>Total</b>	209	100	289	100	498	100

$X^2=9.80$        $P>0.05$

La tabla 6, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=9.80$ ) se muestra que el clima social familiar según relación y la ideación suicida no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se observa que el 54.1% de los estudiantes pre universitarios con ideación suicida tienen un clima social familiar media frente al 60,2% de los estudiantes pre universitarios sin ideación suicida también con un nivel medio de clima social familiar según la relación.

**Tabla 7**

*Relación entre la Escala Desarrollo del Clima Social Familiar y la Ideación Suicida en los Estudiantes Pre Universitarios*

<b>Clima social familiar según desarrollo</b>	<b>Ideación</b>				<b>Total</b>	
	Presencia		Ausencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
<b>Muy mala</b>	19	9,1	24	8,3	43	8,6
<b>Mala</b>	19	9,1	20	6,9	39	7,8
<b>Tendencia media</b>	22	10,5	26	9,0	48	9,6
<b>Media</b>	85	40,7	125	43,3	210	42,2
<b>Tendencia buena</b>	48	23,0	68	23,5	116	23,3
<b>Buena</b>	8	3,8	9	3,1	17	3,4
<b>Muy buena</b>	8	3,8	17	5,9	25	5,0
<b>Total</b>	209	100	289	100	498	100

$X^2=2.52$        $P>0.05$

La tabla 7, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=2,52$ ) se muestra que el clima social familiar según desarrollo y la ideación suicida no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se observa que el 40,7% de los estudiantes pre universitarios con ideación suicida tienen un clima social familiar media frente al 43,3% de los estudiantes pre universitario sin ideación suicida también con un nivel medio de clima social familiar según el desarrollo.

**Tabla 8**

*Relación entre la Escala Estabilidad del Clima Social Familiar y la Ideación Suicida en los Estudiantes Pre Universitarios*

<b>Clima social familiar según estabilidad</b>	<b>Ideación</b>				<b>Total</b>	
	Presencia		Ausencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
<b>Muy mala</b>	30	14,4	32	11,1	62	12,4
<b>Mala</b>	13	6,2	14	4,8	27	5,4
<b>Tendencia media</b>	24	11,5	30	10,4	54	10,8
<b>Media</b>	139	66,5	204	70,6	343	68,9
<b>Tendencia buena</b>	3	1,4	8	2,8	11	2,2
<b>Buena</b>	0	0,0	1	0,3	1	0,2
<b>Total</b>	209	100	289	100	498	100
		$X^2=3.60$		$P>0.05$		

La tabla 8, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=3,60$ ) se muestra que el clima social familiar según la estabilidad y la ideación suicida no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se observa que el 66,5% de los estudiantes pre universitarios con ideación suicida tienen un clima social familiar media frente al 70,6% de los estudiantes pre universitario sin ideación suicida también con un nivel medio de clima social familiar según la estabilidad.

**Tabla 9**

*Relación entre la Percepción del Funcionamiento Familiar y la Ideación Suicida en los Estudiantes Pre Universitarios*

<b>Clima social familiar</b>	<b>Ideación</b>				<b>Total</b>	
	<b>Presencia</b>		<b>Ausencia</b>		<b>Nº.</b>	<b>%</b>
	<b>Nº.</b>	<b>%</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>		
<b>Muy mala</b>	1	0,2	2	0,4	3	0,6
<b>Mala</b>	6	1,2	3	0,6	9	1,8
<b>Tendencia media</b>	14	2,8	14	2,8	28	5,6
<b>Media</b>	124	24,9	164	32,9	288	57,8
<b>Tendencia buena</b>	32	6,4	62	12,4	94	18,9
<b>Buena</b>	24	4,8	32	6,4	56	11,2
<b>Muy buena</b>	8	1,6	12	2,4	20	4,0
<b>Total</b>	209	42,0	289	58,0	498	100

$X^2=5.70$   $P>0.05$

La tabla 9, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=5.70$ ) se muestra que el clima social familiar y la ideación suicida no presento relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se muestra que el 24,9% de los estudiantes pre universitarios con un clima social familiar medio presento ideación suicida.

## Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo principal encontrar una relación entre las variables de Percepción negativa del Funcionamiento Familiar e Ideación Suicida. Planteando así que los estudiantes pre-universitarios de la ciudad de Arequipa que presentan niveles muy bajos en el Clima Social Familiar, presentaran niveles altos de Ideación suicida.

Los resultados de la presente investigación rechazaron la hipótesis planteada, demostrando que no existe relación estadísticamente significativa entre la Percepción del Funcionamiento Familiar Negativo y la Ideación Suicida en los adolescentes pre-universitarios la ciudad de Arequipa.

Según Schotte & Clum (1987, citado en Villardón 1993) demostraron que existe una fuerte asociación entre niveles vitales de estrés negativo y el grado de ideación suicida en los adolescentes. Además tal estrés se asoció con problemas financieros familiares, disputas familiares, problemas en la relación padre-hijo, eventos personales y familiares, intensidad de eventos vitales estresantes recientes en general y estrés pasado y reciente. También maltrato (abuso físico y sexual) y pérdidas de figuras de apego (separación, divorcio o muertes de padres).

En el estudio de Konick & Gutiérrez (2005) se demuestra que la depresión es un predictor directo de la ideación suicida en jóvenes, constituyéndose en el factor de riesgo más fuerte en comparación con la desesperanza y un mediador de la relación entre eventos vitales estresante e ideación suicida.

La desesperanza ha sido relacionada positivamente con un fuerte poder predictivo de, el intento y la ideación suicidas en niños y adolescentes normales, así como en pacientes psiquiátricos adultos, psiquiátricos adolescentes, esquizofrénicos, depresivos y terminales (Tanaka et al., 1998; citado en Villalobos 2009).

Demostrando así que en nuestros antecedentes investigativos siempre existieron otras variables con que se relacionó la ideación suicida en adolescentes y no solamente con la variable de percepción del funcionamiento familiar.

Rodríguez, González, Marrero & Darías, 1997 mencionaron en investigaciones anteriores que existe una tendencia al predominio del análisis multicausal y evolutivo de este fenómeno, que confiere relevancia a factores personales, interpersonales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales que actúan como desencadenantes de la conducta suicida.

Analizando los resultados de la tabla N°3, si bien es cierto no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ideación suicida y adolescentes pre universitarios mujeres y varones, se observó que existe mayor cantidad de mujeres con ideación suicida que varones tal como lo menciona (Osvath, Vörös & Fekete, 2004).

Llevando a pensar que el fenómeno suicida se da de manera diferente en hombres y mujeres. Así pues, Hawton (2000) sugiere que los actos deliberados de autolesión en mujeres están más basados en una motivación no suicida y son usados para comunicar “distres” o para modificar las conductas y reacciones de otras personas. Ello explicaría por qué las mujeres que intenta suicidarse presentan este comportamiento de manera más repetitiva y haciendo un mayor uso del envenenamiento. Por su parte, en los hombres el daño autoinfligido está asociado con una mayor intención suicida y es a veces un reflejo de un trastorno mental subyacente (Kumar et al., 2006).

Para estos autores, por lo general, las adolescentes tienden más a interiorizar su sufrimiento y dolor, y a manifestarlo a través de síntomas psicosomáticos, de ansiedad o depresión, así como baja autoestima, pobre imagen corporal, sentimientos de falta de atractivo, pesimismo, sentimientos de fiabilidad, culpa y autoculpa; ira, aislamiento social, preocupación por la salud y pérdida de interés por el sexo opuesto. Por el contrario los adolescentes tienden a externalizar su dolor en la

forma de problemas de comportamiento, problemas con la ley o abuso de sustancias psicoactivas (Fennig et al., 2005)

En la tabla N°4 podemos observar que la mayor cantidad de estudiantes con ideación suicida se encuentran en un rango de edad que oscila entre los 17 y 18 años representando este un 44,6% de la muestra. De acuerdo con el informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2003) a nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar considerablemente con la edad. Así pues, resultan mínimas (0,9 por 100.000 habitantes) en menores de 14 años, pero a partir del periodo comprendido entre los 15 a 24 años, las tasas ascienden significativamente, hasta lograr una máxima en el grupo de mayores de 75 años (66,9 por 100. 000 habitantes). Sin embargo en nuestra investigación el rango de edad superior a los 17 y 18 años obtuvo un porcentaje menor de estudiantes con presencia de ideación suicida.

Analizando los resultados de la tabla N° 5 existe mayor ideación suicida en la ciudad de Juliaca Puno con un porcentaje de 51,6% perteneciendo está a la región sierra en comparación a otros lugares de procedencia incluyendo en esta la costa del Perú. A diferencia de otro estudio realizado por Vera & Díaz (2012) en la cual el mayor porcentaje de adolescentes que presentaron pensamientos o deseos de morir se encuentran en la costa norte del Perú con un 47.4% a comparación de la región sierra del Perú con un 26,9% por lo que sería importante estudiar cuáles son los factores que lo propician esta diferencia.

En relación a las dos variables de la investigación, concluimos que la mayoría de los estudiantes con Funcionamiento Familiar medio presentaron ideación suicida. Expresando que:

Según la dimensión relación (grado de comunicación, libertad de expresión, interacción y apoyo entre los miembros de la familia) del clima social familiar, la mayoría de la población que

presenta Ideación Suicida muestra clima social familiar “medio”, así como los que no presentan Ideación Suicida poseen clima social familiar “medio”.

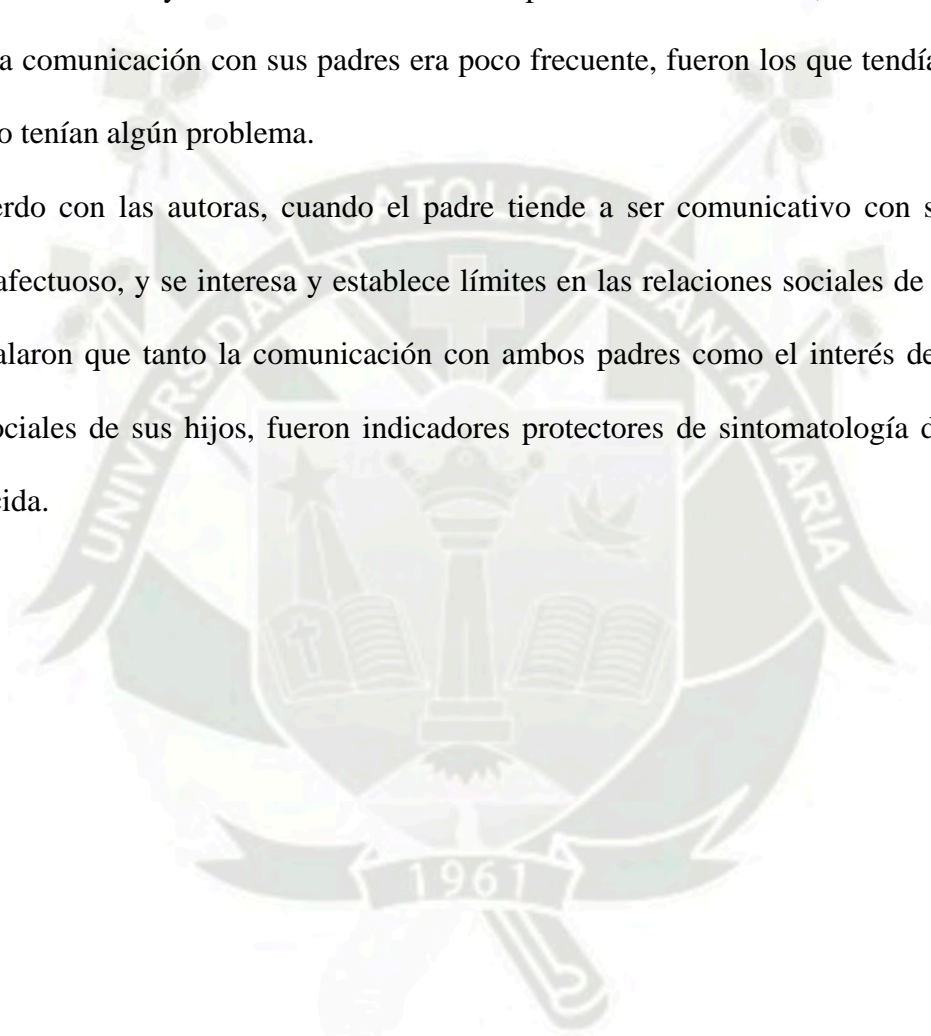
Según la dimensión desarrollo (proceso de desarrollo personal, autonomía, cultura y estabilidad en la familia) del clima social familiar, la mayoría de la población que presenta Ideación Suicida muestra clima social familiar “medio”, así como los que no presentan Ideación Suicida poseen clima social familiar “medio”.

Según la dimensión estabilidad (control, organización y estructura familiar) del clima social familiar, la mayoría de la población que presenta Ideación Suicida muestra clima social familiar “medio”, así como los que no presentan Ideación Suicida poseen clima social familiar “medio”.

Lo que nos tiene que llevar a plantearnos que con una percepción de un funcionamiento familiar positivo, los estudiantes no presentarían ideación suicida. Según Ackerman, N. (1982) el clima emocional reinante en el hogar, puede ser de dos tipos: un ambiente o clima familiar positivo que constituye un fuerte soporte de seguridad y estabilidad, llevando a los hijos a la motivación de la riqueza individual, reafirma la identidad y a la vez fortalece la autoestima. Generando una vida grata y teniendo ganas de armonizar con los que le rodea. Por otro lado un ambiente familiar negativo lleno de problemas y conflictos es un ambiente no propicio para la convivencia en la familia su unidad y crecimiento, porque en primer lugar sumergen a sus miembros a un estado de incertidumbre, confusión y angustia, lo que infunden inseguridad interna; y en segunda lugar van generando pautas conductuales entre sus miembros como: comportamientos irregulares, agresivos, autoritarios, rebeldes, etc. Los cuales es lógico que deterioren las relaciones, resquebraja la autoridad y la limitan, obstaculizando el desarrollo.

Como refiere González-Forteza & Andrade (1995, citado en Alcántar 2002), en un estudio realizado en la ciudad de México a 423 estudiantes, los adolescentes que acudieron a su familia en busca de ayuda o consejo cuando tenían algún problema, eran aquellos que tenían una comunicación frecuente y satisfactoria con ambos padres. Por otro lado, los adolescentes que sentían que la comunicación con sus padres era poco frecuente, fueron los que tendían a no buscar apoyo cuando tenían algún problema.

De acuerdo con las autoras, cuando el padre tiende a ser comunicativo con su hijo o hija, tiende a ser afectuoso, y se interesa y establece límites en las relaciones sociales de su hijo o hija. Además señalaron que tanto la comunicación con ambos padres como el interés de éstos por las relaciones sociales de sus hijos, fueron indicadores protectores de sintomatología depresiva y de ideación suicida.



## Conclusiones

**PRIMERA:** Considerando las tres dimensiones del FES los resultados mostraron que los estudiantes pre universitarios, tienen Funcionamiento Familiar medio.

**SEGUNDA:** Sobre la variable de Ideación Suicida, los adolescentes pre universitarios evaluados, presentan ausencia de ideación suicida. Sin embargo se pudo apreciar que en el rango de 17 y 18 años los estudiantes preuniversitarios presentaron un porcentaje mayor de Ideación Suicida a comparación de las otras edades.

**TERCERA:** De acuerdo al género, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres con respecto a la presencia de ideación suicida, sin embargo se muestra que los estudiantes pre universitarias mujeres presentaron un porcentaje mayor de ideación suicida que los estudiantes pre universitarios varones.

**CUARTA:** Con respecto al análisis individual del clima social familiar y su relación con la ideación suicida encontramos que los estudiantes pre universitarios que presentan ideación suicida tienen una percepción del funcionamiento familiar medio.

**QUINTA:** En cuanto al análisis de la Ideación Suicida y su relación con el lugar de procedencia hallamos que la mayor cantidad de estudiantes pre universitarios que presentan ideación suicida son los que provienen de la ciudad de Puno- Juliaca.

**SEXTA:** A cerca de nuestra hipótesis, los resultados de la presente investigación nos permitieron negar la hipótesis planteada, ya que no se pudo comprobar significativamente la existencia de una relación entre la percepción del Funcionamiento Familiar negativo y la Ideación Suicida en estudiantes pre universitario.



## Recomendaciones

**PRIMERA:** En cuanto a la parte metodológica, en la recolección de datos se sugiere trabajar en grupos no tan numerosos de tal forma que se pueda obtener información más confiable, ya que al trabajar con grupos extensos existen diferentes factores que impiden obtener los resultados deseados.

**SEGUNDO:** Seguir investigando el tema, en nuevas poblaciones, ya que la realidad en distintos sectores es diferente a la nuestra, incluyendo nuevas variables que puedan estar afectado en desarrollo de la Ideación Suicida. Como son: el aspecto emocional, tipos de creencias, factor económico, etc. Hacer extensiva la investigación a los padres de familia, ya que son ellos, los que forman en su diario vivir a los y las estudiantes.

### **Limitaciones**

**PRIMERA:** Al tomar la prueba piloto nos dimos cuenta que el lenguaje de la prueba de ideación suicida no era lo suficientemente claro por lo que se tuvo que usar palabras sencillas de tal manera que los estudiantes puedan entender los ítems a evaluar, sin alejarnos de las ideas originales de cada ítem.

**SEGUNDA:** Al no contar con una escala que nos permita calificar la escala de Ideación Suicida de Beck nos vimos en la necesidad de categorizar de dicha variable en presencia y ausencia de ideación suicida.

**TERCERA:** Es posible que algunos adolescentes resolvieran las pruebas ocultando información real por miedo, vergüenza, guardar apariencias y otros factores externos que escapan de nuestras manos.

## Referencias

- Ackerman, N. (1982). *Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Hormé.
- Alcántar, M. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes Adolescentes y su relación con el consumo de Drogas, la autoestima, la ideación suicida y el Ambiente familiar. (Tesis licenciatura). México. Universidad Autónoma de México. Disponible en <https://es.scribd.com/doc/151328398/Tesis-Isabel-Alcantar>
- Apter, A. & Freudenstein, O. (2000). Adolescent suicidal behavior: psychiatric populations. In K. Hawton y K. Van Heeringen (Eds), *International handbook of suicide and attempted suicide* (pp.261 – 273). Chichester, UK: Wiley.
- Barón, O. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, 6, 48-69. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300605>
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979) Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2):343-352.
- Canetto, S. & Sakinofsky, I (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 28, 1-23.

Carreño, L. (2010). Frecuencia de ideación suicida en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar. (Tesis posgrado). México. Universidad Veracruzana. Disponible en <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/32302/1/carre%C3%B1o%20perez.pdf>

Clemente, M. & González, A. (1996). *Suicidio: Una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., McCauley, E., & Smith, C. J. (2008). Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 16*(1), 15-21.

Chioqueta, A., & Stiles, T. (2007). The relationship between psychological buffers, hopelessness and suicidal ideation. *Identification of protective factors. Crisis, 28*, 67 – 73.

De la Cuesta, D., Pérez, E., & Louro I. (1996). Funcionamiento Familiar. Construcción y validación de un instrumento. Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. C.Habana.

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A., & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. En D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof & A. Schmidtke (Eds.) *Suicidal Behaviour. Theories and Research Findings* (pp. 17-40). Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber Publishers.

De Wilde, E., Kienhors, I. & Diekstra, R. (1996). El suicidio en la adolescencia. En J. Buendía (Eds.) *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp. 309-332). Madrid: Pirámide.

Durkheim, E. (1989). *El suicidio*. Madrid: ediciones Akal.

Epstein, N., Baldwin, M. & Bishop, D. (1983) The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 9, N<sup>o</sup>. 2, 171-180. Recuperado de [https://www.ntnu.no/c/document\\_library/get\\_file?uuid=cd377890-a31d-4692-a9b8-47c563844862&groupId=10293](https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=cd377890-a31d-4692-a9b8-47c563844862&groupId=10293)

Fennig, S., Geva, K., Zalsman, G., Wizman, A., Fennig, S. & Apter, A. (2005). Effect of gender on suicide attempters versus non attempters in an adolescents inpatient unit, *Comprehensive Psychiatry*, 46, 90-97.

Goldney, R. D., Winefield, A. H., Tiggenmann, M., Winefield, H. R., & Smith, (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatrica Scand*, 79(5)481-489.

Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 484-485.

Horwitz, N., Florenzano, R., & Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletyn of Sanitary Panamerican*, 98(2), 144-155.

- Houle, J., Mishara, B. & Chagnon, F. (2008). An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of Affective Disorders*, 107, 37-43
- Kerr, D., Preuss, L., & King, C. (2006). Suicidal adolescent's social support from family and peers: Gender-specific associations with psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 103-114.
- Konick, L. C., & Gutiérrez, P. M. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 181-192.
- Kumar, S., Mohan, R., Ranjith, G. & Chandra-Sekaran, R. (2006). Gender differences in medically serious suicide attempts: A study from South India. *Psychiatry Research*, 144, 79-86.
- Kralik, K., & Danforth, W. (1992). Identification of coping ideation and strategies preventing suicidality in a college-age sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 167 -186.
- Langhinrichse-Rohling, J., Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Monson, C., Meyer, K., & Langford, R. (1998) Gender differences in the suicide-related behaviors of adolescents and young adults. *Sex Roles*, 39, 839-854.

- Leal, R. & Vásquez L. (2012). Ideación Suicida en Adolescentes Cajamarquinos. (Informe de investigación). Cajamarca. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Disponible en <http://alfepsi.org/attachments/article/188/Ideaci%C3%B3n%20suicida%20en%20adolescentes%20cajamarquinos.pdf>
- Lemos, S., & Fernández, J. (1990). Redes de soporte Social y salud. *Psicothema*, 2, 113-115.
- Lieberman, Z., Solomon, Z., & Ginzburg, K. (2005). Suicidal Ideation among Young adults: Effects of perceived social support, self-esteem and adjustment. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 163-181.
- Louro, I. (1993) Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso Salud Enfermedad. Experiencia en la Atención Primaria de Salud. C de La Habana: Editorial Ciencias Médicas
- Macias, R. (1994) Antología de la sexualidad humana II. 1 ed. México. Migunicosel Porrúa, :163-1655.
- Marcenko, M., Fishman, G., & Friedman, J. (1999). Re-examining adolescent suicidal ideation: A developmental perspective applied to a diverse population. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 121-138.
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360 (9329), p. 319, July 27th. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12147388>

- Marueta, M. E., Guzmán, M. O. (2009) *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. México: Amapsi Editorial
- Mingote, J., Jiménez-Arriero, M., Osorio-Suárez, R. y Palomo, T. (2004). *Suicidio: Asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M., Petretto, D., Masala, C. & Petri, A. (2003). Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Research*, 120, 247-255.
- McGee, R., William, S., & Nada-Raja, S. (2001). Low-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 281-291.
- Murphy, S. & Tammen, V. (1998). In search of psychological skills. En J. L. Duda (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 195-209). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B. & Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 26, 237-252.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (1969) Prevención del suicidio. *Cuadernos de Salud Pública*, 35. Ginebra.

Ortiz Gómez María Teresa (1999) La salud familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral* 1999; 15(4):439-45

Osvath, P., Vörös, V. & Fekete, S. (2004) Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology*, 37, 36-40.

Petzelová, J. & Chávez, M. (enero-junio, 2006). El suicidio en la región sureste del estado de Coahuila. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 11, núm. 1, pp. 161-175.

Portilla, C. & Vilches, F. (2013). *La práctica de investigación en psicología. Preparación de tesis, disertación o artículos de investigación en psicología, de acuerdo a las normas de la APA (6th ed.)*. Arequipa: Neo Cromátika.

Bertolote, J. (2000). Prevención del Suicidio un Instrumento para Médicos Generalistas. Recuperado en [http://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf)

Rodríguez, F., González, F., Marrero., & Darías, C.D. (1997). Las personas con autolesiones. En: Rodríguez, F., Vázquez, J.L., & Desviat, M. (Eds) *Psiquiatría social y comunitaria I* (pp.719-740). Madrid: Icepss.

Rudd, D. (1990). An integrative model of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 16-30.

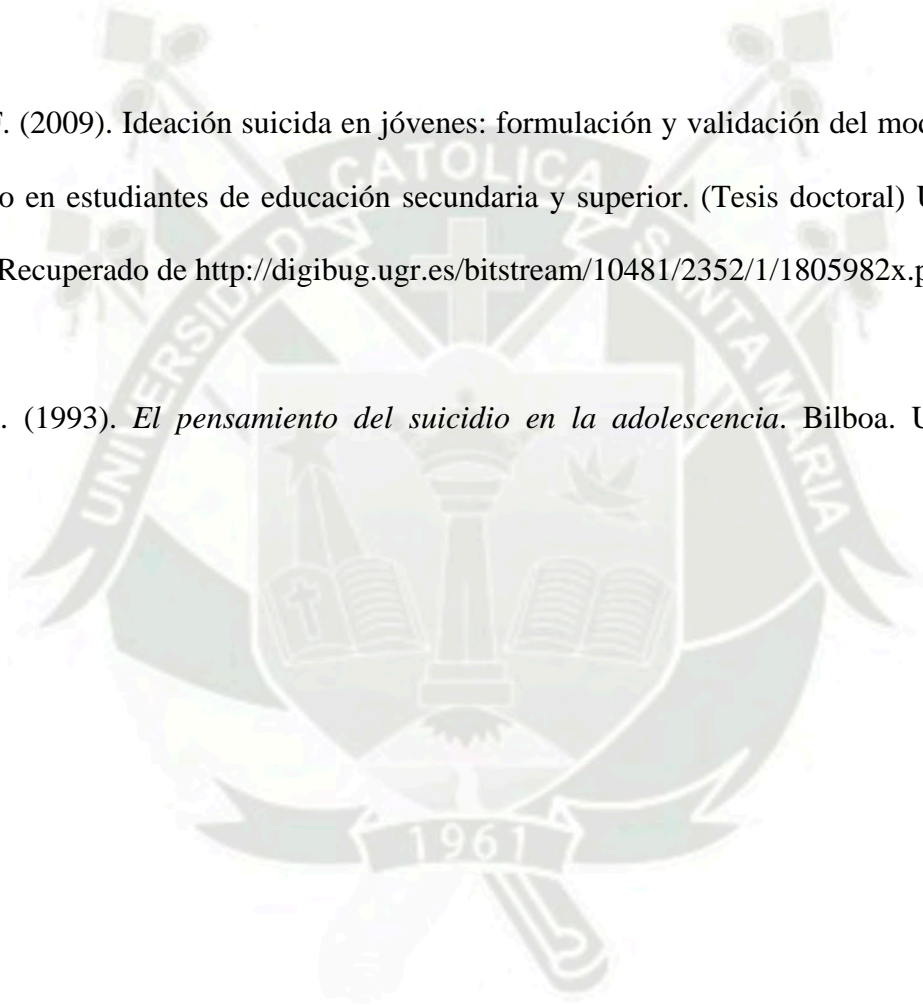
Salkind, Neil J. (1999) *Métodos de investigación*. México: Prentice Hall.

Sarró, B. & De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca

Vera, O. & Díaz, C. (2012). Suicidio en adolescentes de Sudamérica: un problema creciente. *Salud pública de México*. vol.54 n.4. Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342012000400003](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000400003)

Villalobos, F. (2009). Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. (Tesis doctoral) Universidad de Granada. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2352/1/1805982x.pdf>

Villardón, L. (1993). *El pensamiento del suicidio en la adolescencia*. Bilbao. Universidad de Deusto.





# ANEXOS

**Anexos.****Escala de clima Socio-Familiar (Family Environmental Scale “FES”)**

A continuación lee las frases de este impreso; tú tienes que decir si te parecen verdaderas o falsas en relación con tu familia. Si tú crees que, respecto a tu familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcarás, en la Hoja de respuestas una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero); si crees que es falsa o casi siempre falsa, marcarás una X en el espacio correspondiente a la F (Falso). Si consideras que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marca la respuesta que corresponda a la mayoría.

Sigue el orden de numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja, para evitar equivocaciones.

La flecha te recordará que tienes que pasar a otra línea en la hoja.

Recuerda que se pretende conocer lo que tú piensas sobre tu familia; no intentes reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

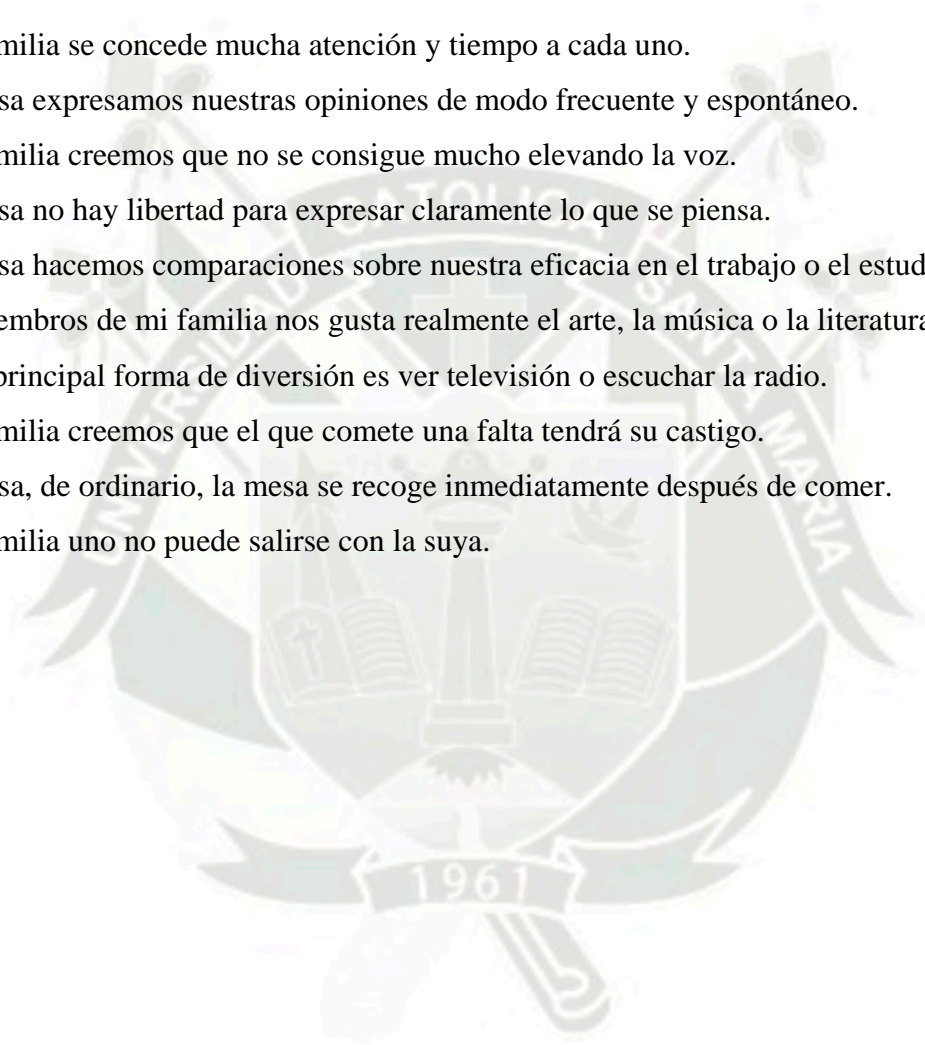
No Escribir Nada en Este Documento

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia reñimos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la Iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos “pasando el rato”.
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.

16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo.
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competición y que “gane el mejor”.
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Nos vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.
38. No creemos ni en el cielo ni en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.

47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
54. Generalmente, en mi familia, cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener Fe.
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones quedan limpias.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.
65. En mi familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.
75. “Primero el trabajo, luego la diversión”, es una norma en mi familia.

76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia, el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.





**Escala de Ideación Suicida de Beck.**

**Fecha..... Carrera..... Edad.....**  
**Academia..... Universidad.....**

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un **círculo** el número de la frase de cada grupo que **mejor** lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

**I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA**

1. Su deseo de vivir es :
  0. Moderado a fuerte
  1. Mediano a poco (débil).
  2. No tengo deseo (Inexistente).
2. Su deseo de morir es:
  0. No tengo deseos de morir.
  1. Pocos deseos de morir.
  2. Moderado a fuerte.
3. Sus razones para vivir/morir son:
  0. Vivir supera a morir
  1. Equilibrado (es igual).
  2. Morir supera a vivir.
4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:
  0. Ninguno (inexistente).
  1. Poco (débil).
  2. Moderado a fuerte.
5. Realizar un intento de suicidio pasivo:
  0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
  1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
  2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

## II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS O DESEOS.

6. Su duración de pensamientos/deseos son:
  0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.
  1. Temporadas o períodos largos.
  2. Duran un tiempo largo o continuo.
7. Su frecuencia de pensamientos/deseos son:
  0. Rara vez; ocasionalmente (baja).
  1. Frecuentemente pienso/deseo.
  2. Casi todo el tiempo pienso/deseo.
8. Su actitud hacia los pensamientos/deseos es:
  0. Rechazo los pensamiento/deseos.
  1. Ambivalente de pensamientos/deseos.
  2. Aceptación de pensamientos/deseos.
9. Su control sobre la acción/deseo de suicidio:
  0. Tiene capacidad de control.
  1. Inseguridad de capacidad de control.
  2. No tiene capacidad de control.
10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida. (familia, religión irreversibilidad o fallar):
  0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
  1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
  2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.
11. Sus razones para pensar/desear el intento suicida:
  0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
  1. Combinación de 0 y 2.
  2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.

### III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método: especificidad/oportunidad de pensar el intento:
0. Sin considerar método o plan
  1. Considerando, pero sin elaborar los detalles.
  2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.
13. El método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento:
0. Método no disponible; no oportunidad.
  1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
  2. Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.
14. La sensación de “capacidad “para llevar a cabo el intento:
0. No tiene el valor, o capacidad. (debilidad o asustado).
  1. No está seguro de tener el valor o capacidad.
  2. Está seguro de tener valor.
15. La expectativa de anticipación de un intento real:
0. No
  1. Sin seguridad, sin claridad.
  2. Si

### IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO.

16. La preparación real de realizarlo:
0. Ninguna preparación
  1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
  2. Completa (preparativos terminados).
17. La nota suicida:
0. No ha escrito nota o carta (ninguna).
  1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar
  2. Nota o carta escrita (terminada).
18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos, o pagos, regalos):
0. No
  1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
  2. Planes realizados y arreglos finales.
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.

0. Revela las ideas abiertamente.
1. Evita o revela las ideas con reserva.
2. Encubre, oculta o engaña y mien



Percepción del funcionamiento familiar e ideación suicida en estudiantes pre-universitarios.

