



**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

**Título:**

**RELACIÓN DEL CLIMA SOCIAL FAMILIAR E IDEACION SUICIDA EN LAS  
PERSONAS CON VIH DEL CENTRO DE ASPOV. PIURA, 2014.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA.**

**AUTORA:**

Bach. Mayra Vanessa Palacios Alzamora

**ASESOR:**

Mg. Sergio Enrique Valle Ríos

**PIURA- PERU**

**2015.**

## **JURADO EVALUADOR**

**PRESIDENTA : MG. KELLY YANET MUNÁRRIZ RAMOS**

**SECRETARIA : MG. SUSANA CAROLINA VELÁSQUEZ TEMOCHE**

**MIEMBRO : MG. CARMEN PATRICIA ERAS VINCES**

---

**PRESIDENTA**

---

**SECRETARIA**

---

**MIEMBRO**

Piura 22 de Diciembre del 2015.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, ser maravilloso que me brindo las fuerzas y la fe para creer lo que me parecía imposible terminar.

A mis padres y a mis suegros por su apoyo, por ayudarme con mi hijo y por estar en cada momento de mi vida.

Al padre de mi hijo por su ayuda por impulsarme a terminar este proyecto.

A mis maestros familiares y amigos por su constante apoyo.

## **DEDICATORIA**

A Dios por prestarme la vida y otorgarme fortaleza, sabiduría Para luchar día tras día, Cumpliendo todo aquello que me propongo.

A mi hijo porque por el me levanto cada día a seguir luchando, porque es el motor de mi vida.

A mis padres por todo el apoyo y amor incondicional, por sus consejos, por enseñarme el camino del éxito.

Al padre de mi hijo por su ayuda y apoyo constante, por brindarme el amor, la confianza y la seguridad y a pesar de tus ocupaciones me brindaste un poco de tu tiempo para culminar con mi tesis.

## RESUMEN

Estudio cuyo finalidad consistió en determinar la relación entre el clima social familiar e ideación suicida en las personas con VIH del Centro Aspov- Piura, 2014. La metodología de estudio fue de tipo descriptivo correlacional, con una muestra de 73 personas. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de R.H MOOS (clima social familiar) y la escala de Ideación Suicida de Aarón Beck, la cual está conformada por 4 componentes. Los datos fueron procesados estadísticamente con la escala de correlación de Pearson. Llegando a la conclusión que sí existe relación significativa entre ambas variables, que el nivel del clima social familiar se encuentra en una categoría “Promedio” en una en las personas con VIH del centro de Aspov, el nivel de ideación suicida es “Bajo” en las personas con VIH del centro de Aspov, Que sí existe relación significativa entre las dimensiones: Relación, desarrollo y estabilidad de clima social familiar y la ideación suicida.

**Palabras clave:** Clima social familiar, ideas suicida.

## ABSTRACT

A study whose purpose was to determine the relationship between family social climate and suicidal ideation in people with HIV at the Aspov-Piura Center, 2014. The methodology of the study was descriptive correlational, with a sample of 73 people. The instruments used were the R.H MOOS (family social climate) questionnaire and Aaron Beck's Suicidal Ideation scale, which is made up of 4 components. Data were statistically processed using the Pearson correlation scale. If we conclude that there is a significant relationship between the two variables, that the level of the family social climate is in an "Average" category in one of the HIV-infected people in the center of Aspov, the level of suicidal ideation is "Low" in People with HIV in the center of Aspov, that there is a significant relationship between the dimensions: Relationship, development and stability of family social climate and suicidal ideation.

**Key words:** Family social climate, suicidal ideas.

## Índice

	Pág.
JURADO	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUM EN	v
ABSTRAC	v
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1. Planteamiento Y Formulación del Problema	5
1.1.1. Caracterización del Problema	5
1.1.2. Enunciado del Problema	7
1.2. Objetivos	8
1.2.1. Objetivo general	8
1.2.2. Objetivos específicos	8
1.3. Justificación	9
<b>II.- REVISIÓN DE LITERATURA</b>	11
2.1. Antecedentes de Investigación	12
2.1.1. Antecedentes a nivel Local	12
2.1.2. Antecedentes a nivel Nacional	13
2.1.3. Antecedentes a nivel Internacional	14

2.2. Bases Teórico científicas	15
2.2.1. Clima Social Familiar	15
2.2.1.1. Definiciones	15
2.2.1.2. Componentes del Clima Social Familiar	16
2.2.1.3. Características del clima social familiar	18
2.2.1.4. Modelos de Educación de los Hijos	18
2.2.1.5. La Familia	20
2.2.1.6. Tipos de Familia	21
2.2.1.7. Funciones de la Familia	22
2.2.1.8. Estilo de Educación familiar y función psicológica	22
2.2.2. Ideación Suicida	23
2.2.2.1. Definiciones	23
2.2.2.2. Dimensiones	26
2.2.2.3. Definiciones de Suicidio	27
2.2.2.4. Métodos de Suicidio comunes	28

2.2.2.5. Funciones que influyen	34
2.2.2.6. Causas que llevan al suicidio	35
2.2.2.7. Tipos de Suicidio	36
2.2.2.8. Teorías sobre el suicidio e Ideas suicidas	50
2.2.2.8.1. Teorías Biológicas	50
2.2.2.8.2. Teorías Socio Culturales	51
2.2.2.8.3. Teorías Psicológicas	53
2.2.3. Historia natural de la infección por VIH	54
2.3.1. Situación del VIH/SIDA en el Perú	56
2.3.2. Terapia Antirretroviral	57
2.3.2.1. Criterios para iniciar Terapia Antirretroviral	59
2.3.3. Ideas Suicidas y VIH/SIDA	60
2.3.4. Exploración psicológica de un paciente con VIH/SIDA	61
2.3. Hipótesis de la Investigación	64
2.3.1. Hipótesis General	64
2.3.2. Hipótesis Específicos	64
<b>III.- METODOLOGIA</b>	65
3.1. Tipo y Nivel de Investigación	66
3.2. Diseño de la Investigación	66



3.3. Población y Muestra	67
3.3.1. Poblacion	67
3.3.2. Muestra	67
3.4. Definición y Operacionalización de las variables	67
3.4.1. Clima Social Familiar	67
3.4.2 La Escala de Ideación Suicida	69
3.5. Técnicas e Instrumentos	70
3.5.1. Ficha técnica del Clima social Familiar	70
3.5.2. Ficha técnica de la Escala Ideación suicida de Beck	72
3.6. Plan de Análisis	74
3.7. Principios Éticos	74
<b>IV.- RESULTADOS</b>	<b>75</b>
4.1. Resultados	76
4.2. Análisis de Resultados	82
4.3. Contrastación de Hipótesis	85
<b>V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>87</b>
5.1. Conclusiones	88
5.2. Recomendaciones	89
<b>REFERENCIAS</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>95</b>

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b>	Relación del clima social familiar e ideación Suicida de las personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.....	76
<b>Tabla 2.</b>	Niveles del Clima social familiar de las personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.....	77
<b>Tabla 3.</b>	Niveles de Ideación suicida de las personas con VIH del centro de ASPOV Piura , 2014.....	78
<b>Tabla 4.</b>	Relación de la dimensión relaciones del clima social familiar e ideación suicida de las personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.....	79
<b>Tabla 5.</b>	Relación de la dimensión desarrollo del clima social familiar e ideación suicida de las personas con VIH del centro de ASPOV . Piura 2014.....	80
<b>Tabla 6.</b>	Relación de la dimensión Estabilidad del clima social familiar e ideación suicida de las personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.....	81

## INDICE DE FIGURAS

- Figura 1.** Distribución porcentual del clima social familiar de las personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.....77
- Figura 2.** Distribución porcentual de Ideación suicida de las personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.....78

## **I INTRODUCCIÓN**

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su estado final, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una pandemia que está causando una creciente mortalidad y morbilidad en todo el mundo. Sin embargo, cada día se desarrollan más estudios sobre su etiología, sus manifestaciones clínicas y su abordaje terapéutico. El SIDA produce los mismos trastornos psicológicos que otras enfermedades mortales e incurables, pero además, lleva consigo el estigma social que dificulta de forma importante la adaptación del paciente a la enfermedad, generando así respuestas emocionales negativas que, entre otras, pueden desencadenar ideaciones suicidas; reforzados también por los paradigmas de la propia familia por la falta de información de la enfermedad, predicando que el contagio es sinónimo de muerte o rechazo social.

La investigación, nació por el interés de averiguar acerca de la relación entre el clima social familiar y la ideación suicida en las personas con VIH del centro de ASPOV- Piura.

Según lo demuestran las estadísticas (MINSA 2009) el núcleo familiar es un desencadenante para un desequilibrio emocional, vinculado a ideaciones suicidas, nuestro país no es ajeno a este ámbito. Así, refiriendo que se quitan la vida aproximadamente 650 personas al año, donde esta problemática se ha convertido no solamente individual sino social.

Hoy en día, en la familia peruana, se puede observar conflictos, problemas de comunicación y de identidad como hogar, desestabilizando emocionalmente a sus miembros. Así lo define Moos, (2000) el ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo; asume que el rol de ambiente es fundamental como formador del comportamiento ya que este completa una compleja combinación de variables organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo, encontrando hallazgos interesantes, que establecen la relevancia del tema.

Cabe mencionar que día a día, los índices de suicidio aumentan de manera imparable dentro de los pacientes que padecen de alguna enfermedad terminal, lo cual Motiva seguir trabajando dentro de este campo, ya que no ha sido explorado como se debería.

En la actualidad, hay una estadística tremendamente desagradable para los gobernantes de cada país que conforman el mundo: la de los países con mayores índices de suicidio.

Así, para algunas personas el suicidio podría constituirse en una de las mejores alternativas disponibles para escapar y evitar el sufrimiento y los sentimientos de culpabilidad. De hecho, la ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH (Ayuso, 1997).

Por lo antes mencionado, se creyó conveniente incluir dichas variables para su estudio en la población de personas que padecen VIH. Haciendo uso de instrumentos: cuestionario de R.H MOOS (clima social familiar), la cual está conformada por 90 ítems, las cuales se agrupan en 10 subescalas que definen 3 dimensiones fundamentales: Relaciones, Desarrollo y estabilidad, relacionándose con la escala de Ideación Suicida de Aarón Beck, la cual está conformada por 4 componentes: Actitud hacia la vida o muerte, pensamiento deseos de suicidio, proyecto de intento suicidio y desesperanza.

De la misma manera, es importante recalcar que el objetivo de esta investigación fue el poder conocer la relación entre el clima social familiar y las ideas suicidas en personas con VIH del centro de ASPOV – de la ciudad de Piura.

Para conseguir el objetivo planteado, el trabajo se presenta estructurado y ordenado en los siguientes capítulos: Capítulo I veremos introducción, planteamiento del problema; en la cual se detalla la realidad del problema, formulación del problema, antecedente y objetivos; general y específicos, Justificación, el Capítulo II contiene marco metodológico, Antecedentes, bases teóricas, se plantea las hipótesis, las variables e indicadores, en el

capítulo III se abordara la metodología; diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos, el capítulo IV contiene resultados; cuadros, graficas, Análisis de resultados, y contrastación de Hipótesis Así mismo en el capítulo V se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

## **1.1. Planeamiento y formulación del problema**

### **1.1.1. Caracterización del problema**

La Asociación por la vida (ASPOV) es una institución reconocida y validada socialmente a nivel regional, nacional e internacional que ha contribuido a mejorar el nivel de organización de las personas viviendo con VIH/SIDA y ha implementado estrategias de prevención adecuadas según el contexto de la región. Cuenta con un lugar como albergue transitorio para niños y niñas viviendo con VIH/SIDA, en situación de extrema pobreza, abandono y ha consolidado una red de voluntarios (as) y profesionales de la salud regional que colaboran en el logro de los objetivos de la institución. Actualmente cuenta con una población diagnosticada y con Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), de 170 personas, de las cuales con el transcurso de la enfermedad, intentan suicidarse, llegando incluso en algunas ocasiones a la muerte. Por qué las personas que son diagnosticadas con el VIH y las que se encuentran, ya en la fase SIDA, mantienen la idea de suicidarse, ya que por la falta de información sobre la enfermedad, y sobre todo la cura, recurren a la única salida, que ellos creen tener que es la del suicidio, antes de ser discriminados por su familiar y socialmente.

Es por eso que la ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH. Además, algunos estudios epidemiológicos han demostrado que los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población general (Belkin, Fleishman, Stein y cols., 1989; Haller y Miles, 2003). De hecho, según Rundel et al. (1992), Gala et al. (1992), McKegey y O'Dowd (1992) y O'Dowd, Biederman y McKegey (1993), el impacto diagnóstico de VIH/SIDA incrementa el riesgo de suicidio particularmente justo después de haber recibido el resultado positivo y de haberse distanciado de los amigos, mencionando que en otros dos momentos específicos



podría incrementarse el riesgo suicida: en los seis meses posteriores a haber recibido el diagnóstico y en el momento en que aparecen los síntomas del SIDA.

En nuestro país desde los primeros casos diagnosticados en el año 1983 hasta finales del año 2014, se han reportado 50,199 casos de infección por VIH y 30,416 casos de SIDA. Se desconoce hasta el momento cuales son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes fallecidos con VIH/Sida en nuestra localidad. (MINSA 2014). En África, que cuenta sólo del 11% de la población mundial, tiene más de las dos terceras partes del total de casos de VIH/ SIDA del mundo, con cerca de 23 millones de personas viviendo con VIH y el 75% de los casos mundiales de VIH en mujeres. La prevalencia global en adultos en el África sub Sahariana llega al 7,4%, con algunos países con más de 20%, contra 2,3% en la región del Caribe y menos de 1% en las demás regiones del planeta. (OMS, 2013).

En el 2012, 800 mil personas se suicidaron en todo el mundo, sin contar aquellos que lo intentaron y no lograron su cometido. Cuatro países de América del sur: Uruguay, Chile, Bolivia y Argentina son los únicos que superan el promedio mundial de 11,4%. Situando a Perú como el segundo País de América del sur con menor porcentaje suicida, de hecho, la ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH. A las personas infectadas y diagnosticadas con el VIH se les aislaba debido a que no existía cura ni tratamiento para dicha enfermedad y por lo tanto aquellas personas que padecían la enfermedad eran satanizadas y muchas veces marginadas, discriminadas, por la sociedad en sí y lo que es más doloroso aun, que por sus propios familiares, ayudando a que la persona llegue a una Ideación suicida. Ayuso, (1997). En el plano social, e incluso familiar, no siempre existe comprensión para con las personas que contraen la infección del virus del VIH y conviven con ella, pues a veces, por desconocimiento o por prejuicios, los enfermos son estigmatizados y discriminados, lo cual

genera consecuencias devastadoras en persona diagnosticada con VIH, y lo que es más grave aún, predispone su cooperación a la hora de tomar las medidas necesarias para protegerse a sí mismos y a los demás, aumentando el riesgo de contagio en otras personas. (Gerardo Soler Cedré, 2005).

Por otro lado existen familias que no saben cómo tratar a personas diagnosticadas con VIH, y poseen miedos que muchas veces los hacen actuar de manera errónea en cuando al trato y ambiente que se le debe proporcionar a una persona enferma.

Actualmente las personas diagnosticadas con VIH tienen una esperanza, de poder sobrevivir con la enfermedad y mantenerse en un estado de conservación de su salud ya que es posible encontrar una mayor atención para dichas personas, no solamente en las instituciones públicas de salud sino también en su propia familia y personas de su contexto. Esto debido a que según la Organización Mundial de Salud, desde el 2005, más gobiernos cuentan con un plan de salud mental.

En la presente investigación se pretende estudiar, la relación entre el clima social y la ideación suicida en personas con VIH del centro de ASPOV – Piura 2014.

Por lo tanto es necesario conocer las causas que originan este tipo de comportamiento para de esta manera buscar y proponer las alternativas de solución coherentes y mejorar el trato o clima socio familiar y también la convivencia de la persona con VIH dentro de este seno familiar.

### **1.1.2. Enunciado del problema**

Debido a la situación problemática descrita anteriormente, se planteó la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre el Clima Social Familiar e ideación suicida en las personas con VIH del centro ASPOV. Piura, 2014?

## **1.2. Objetivos.**

### **1.2.1. Objetivo general.**

- Determinar la relación del clima social familiar e ideación suicida en personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.

### **1.2.2. Objetivos específicos.**

- Describir el Clima Social Familiar de las personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.
- Describir los niveles de ideación suicida en personas con VIH del centro de ASPOV. – Piura, 2014.
- Identificar la relación entre la dimensión relaciones del clima social familiar e ideación suicida del centro de ASPOV. Piura, 2014.
- Identificar la relación entre la dimensión desarrollo de clima social familiar e ideación suicida del centro de ASPO. Piura, 2014.
- Identificar la relación entre la dimensión estabilidad del clima social familiar e ideación suicida del centro de ASPOV. Piura, 2014.

### **1.3. Justificación de la Investigación**

La pandemia de VIH/SIDA continúa en aumento al igual que el número de casos estimados de personas viviendo con VIH/ SIDA (PVVIH). La distribución de los casos de VIH/ SIDA en el mundo muestra marcadas diferencias regionales. En América Latina la epidemia ha seguido un curso progresivo estable, con 1,6 millones de personas infectadas en la actualidad, 100.000 casos nuevos y 58.000 fallecidos el año 2014. Un tercio de los casos se concentra en Brasil y las prevalencias más altas se observan en ciertos países de Centroamérica y el Caribe; en nuestra localidad la tasa de mortalidad, es alta, de las personas que van falleciendo por el diagnóstico y por no seguir un tratamiento adecuado, ya que las personas con VIH, no tienen la información suficiente sobre la enfermedad, apareciendo las ideas suicidas, dentro el contextos del diagnóstico y el proceso de la enfermedad. .

La presente investigación se centra en un aspecto importante en cuanto a la ideación suicida de personas con VIH, debido que cada 40 segundos una persona se quita la vida en el mundo, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en personas entre los 15 y 29 años, según indica la Organización Mundial de la Salud – OMS.

Así mismo nos permitirá dar mejores luces al conocimiento de la problemática, Conocer el clima social familiar en el que viven dichas personas, su relación familiar servirá de modelo para resaltar la importancia de crear entornos familiares adecuados para favorecer así su salud. Asimismo se buscara contribuir a mejorar el clima social familiar de las personas con VIH, para así obtener mejores resultado en cuanto a su salud.

Del mismo modo buscando sensibilizar e informar a la familia de la importancia del trato que se le puede brindar a una persona enferma.

Es por ello que esta investigación se hace evidente ante la magnitud de la problemática existente en nuestro país y en nuestra ciudad de Piura teniendo como fin la toma de conciencia a las consecuencias que provoca un inadecuado clima social familiar y la importancia de este en el estado emocional y personal de las personas que presentan el diagnóstico.

Así mismo se espera pueda socializar los hallazgos planteados, con la finalidad de contribuir al crecimiento y exploración de las variables. Clima social familiar e Ideación suicida.

Se espera que esta investigación sea de mucha utilidad para indagar a profundidad y de manera más amplia esta población ya que esta es muy rica para acrecentar el espíritu investigador.

## **II. REVISION DE LITERATURA**

## **2.1. Antecedentes de la Investigación**

### **2.1.- Antecedentes a Nivel Local**

Aguilar E, Días E (2010), realizaron la investigación con la finalidad de determinar la relación entre resentimiento e ideación suicida en las adolescentes de 14 a 17 años de edad de las instituciones educativas femeninas de la ciudad de Chulucanas, se trata de un estudio de tipo descriptivo correlacional. Se trabajó con una población de 734 participantes del 2do, 3ero, 4to y 5to de secundaria de las instituciones educativas estatales “Isolina Baca Haz” y “María Auxiliadora” de la ciudad de Chulucanas, los instrumentos que se utilizaron fueron: Inventario de Actitudes hacia la vida de Ramón de León y Cecilia Romero (1990) la cual se relacionó con la escala de ideación suicida de Aarón Beck (1979), que está compuesta por 4 componentes, Actitud hacia la vida o muerte, pensamientos, deseos suicida, proyecto e intento suicida y desesperanza. Haciendo uso del coeficiente de correlación de Pearson, en los resultados se determinó que si existe una relación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ) entre ambas variables pudiéndose determinar que el resentimiento es uno de los factores determinantes para que los adolescentes lleguen al acto suicida.

Landa C (2011), realizo la investigación con una población que padece algún tipo de enfermedad terminal. Su objetivo fue conocer la relación existente entre depresión, ideación, intento y riesgo suicida en pacientes que padecen enfermedades terminales de los hospitales de la ciudad de Piura. El diseño de la investigación fue descriptiva – correlacional, ya que las variables antes mencionadas fueron asociadas, con el objetivo de determinar y conocer si existía una relación significativa entre ellas. Así mismo, la investigación se centró en el estudio de una población, la cual tenía la característica peculiar de padecer algún tipo de enfermedad terminal. Los instrumentos utilizados fueron: inventario de depresión, escala de ideación e intento suicida de Beck; y la escala de riesgo suicida de Plutchik. Dichas variables también

fueron relacionadas con las variables de enfermedad, edad, género y estado civil, de los pacientes evaluados. De acuerdo al estadístico utilizado logro determinarse que Existe relación entre Depresión, ideación, intento y riesgo suicida.

Bayona. Z (2012), la investigación tuvo la finalidad de determinar la relación entre el clima social familiar e ideación suicida en estudiantes de la Institución Educativa estatal del distrito de la Unión, 2012. La metodología de estudio fue de tipo descriptivo – correlacional, con una población de 130 alumnos de ambos sexos entre las edades de 15 a 17 años. Los instrumentos utilizados en la investigación fueron: cuestionario del clima social familiar de RH Moos y J. Tricket (FES), la cual se relacionó con la escala de ideación suicida de Aaron Beck. Los datos fueron procesados haciendo el uso del coeficiente de correlación de Gamma ( $p > 0,05$ ). Llegando a la conclusión que no existe relación significativa entre ambas variables, pero sin embargo se encontró dos relaciones significativas en la Sub escala conflicto del clima social familiar y la variable de Ideación suicida. Así mismo la sub escala organización del clima social familiar y la variable ideación suicida.

### **2.1.2.- Antecedentes a Nivel Nacional**

Santiago P. (2012), realizaron la investigación sobre ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo, determinando que si existe relación entre Ideación Suicida y Clima Social Familiar en estudiantes de cuarto y quinto grado de Educación Secundaria de una Institución Educativa Estatal de Chiclayo; obteniendo que sí existe relación (0.874) entre dichas variables. La investigación se realizó con 281 estudiantes del sexo femenino y los instrumentos que se utilizaron fueron la Adaptación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (confiabilidad de 0.81) y la Escala de Clima Social Familiar de Moos. (Confiabilidad de 0.88 a 0.91).



Castro C. Morales R. (2014), Realizaron la Investigación con una población de 173 adolescentes de cuarto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chiclayo-2013, tuvo como objetivo determinar la relación entre el clima social familiar y la resiliencia, para ello se utilizó la Escala de Clima Social Familiar (FES), y la Escala de Resiliencia para adolescentes (ERA), hallándose una relación no significativa de 0.1615, según el Coeficiente de Correlación de Pearson. Castellanos. S y Soza C. (2014), su investigación tuvo como objetivo determinar las diferencias entre los niveles de ideación suicida, en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y en pacientes con Tuberculosis (TBC), de los Distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe. Se evaluó a 122 pacientes: 74 que acuden al Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) y 48 a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, utilizando la Escala de Ideación Suicida de Beck (1979) adaptada en Perú por Eugenio y Zelada en el 2011, con validez del 0.01 y confiabilidad de 0.79. Encontrándose diferencia significativa entre los niveles de ideación suicida de los pacientes con tuberculosis y los pacientes con VIH.

### **2.1.3.- Antecedentes a Nivel Internacionales**

E-Health Me (2013), realizó un estudio en EE. UU., acerca de la ideación suicida en las personas con TBC pulmonar, evaluando mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck, con un total de 880 pacientes; obtuvo como resultados que sólo 3 de ellos, (0.34%) presentaban ideación suicida y la edad con mayor presencia de ideación era entre los 30 y 40 años.

Gatti (2011), realizó una investigación para determinar la prevalencia de depresión en individuos con VIH/SIDA, del Hospital ASD de Kanye en África donde se evidenció presencia de ideación suicida. De los 200 pacientes evaluados con la Escala de Ideación

Suicida de Beck, 77 personas manifestaron tener ideas suicidas, lo que representa el 39% de la muestra.

Amezquita. & otro (2011), realizaron un estudio denominado, prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grados, en ocho colegios oficiales de Manizales, se utilizó con un tipo de investigación empírica Analítica. Con una población de 1298, estudiante de ambos sexos de las edades de 14 a 24 años, para medir las variables depresión e ideación suicida se les aplicó el cuestionario de Beck; encontrándose una prevalencia de: 38% en depresión, 67% entre edades de 14 a 18 años y con 33% de ideación suicida un 47% encontrándose un índice alto de 33% entre las edades de 15 a 17 años, en sexo femenino.

## **2.2. Bases Teórico Científicas**

### **2.2.1. Clima Social Familiar**

#### **2.2.1.1 Definiciones**

Moos (1996), Calderón y De la Torre, (2006) Define el clima social familiar como aquella situación social en la familia que define tres dimensiones fundamentales y cada una constituida por elementos que lo componen como: cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, intelectual- cultural, social-recreativo, moralidad-religiosidad, control y organización.

Perot (1989), Ponce (2003) considera que el clima familiar constituye una estructura natural en la cual se elabora pautas de interacción psicosociales en el rige el funcionamiento de los miembros definiendo una gama de conducta que facilita una interacción recíproca.

Galli (1989), calderón y de la torre, (2006) considera que la manera cómo los padres educan a sus hijos, crean el clima familiar dependiendo del tono del ambiente familiar

Penetrado de gravedad y cordura, la armonía conyugal, el cuadro de valores que los cónyuges aceptan, la serenidad del hogar doméstico y la fijación de actitudes que declaran después relativamente estables durante la vida.

Por otro lado, Rodríguez R. y Vera V. (1998), asumen la definición del clima social familiar como el resultado de sentimientos, actitudes, normas y formas de comunicarse que lo caracterizan cuando los componentes de la familia se encuentran reunidos.

### **2.2.1.2. Componentes del Clima Social Familiar**

(Moos y Trickett, 1993), (Calderón y de la torre, 2006) consideran que el clima social familiar está conformado por tres dimensiones: Relaciones, desarrollo y estabilidad, las que se definen en diez áreas, que se muestran a continuación:

**1) Relaciones:** Mide el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Conformado por las siguientes Áreas:

- ✓ **Cohesión:** Es el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.
- ✓ **Expresividad:** Es el grado en que se permite expresarse con libertad a los miembros de familia comunicando sus sentimientos, opiniones y valoraciones respecto a esto.
- ✓ **Conflicto:** Se define como el grado en que se expresa abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

**2) Desarrollo:** Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Conformado por las siguientes áreas:

- ✓ Autonomía: Es el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.
- ✓ Área de Actuación: Se define como el grado en el que las actividades (tal como el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competición.
- ✓ Área Intelectual- Cultural: Es el grado de interés en las actividades de tipo político intelectuales, culturales y sociales.
- ✓ Área Social-Recreativo: Mide el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento.
- ✓ Área de Moralidad- Religiosidad: Mide la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

**3) Estabilidad:** Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. Conformado por las siguientes áreas:

- ✓ Área Organización: Mide la importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- ✓ Área Control: Se define como la forma en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

### 2.2.1.3. Características del Clima Social Familiar

(Guelly, 1989) (Rodríguez y Torrente, 2003) refiere que el clima social familiar tiene las siguientes características:

- ✓ Para que exista un buen clima familiar los padres deben estar siempre en Comunicación con los demás miembros de la familia.
- ✓ Deben mostrar tranquilidad y estabilidad con su comportamiento hacia el niño.
- ✓ Los hijos deben siempre respetar a sus padres.
- ✓ La madre debe tener una autoridad bien establecida no mostrarse ansiosa.
- ✓ No proteger a los hijos de manera excesiva, no permitir la crisis económica aguda recaigan en las familias, no hay conflictos graves entre los padres y si los hubiera esto no los exponen delante de los hijos.

### 2.2.1.4 Modelos de educación de los hijos

Gonzales (2006) refiere la existencia de 6 modelos de educación de los hijos, los cuáles se muestran a continuación:

- 1. Modelo hiperprotector:** los padres le resuelven la vida a los hijos evitándoles convertirse en adultos responsables, para superar esta situación disfuncional es necesario dar responsabilidades y enfatizar la cooperación, así como reconocer los logros.
- 2. Modelo democrático–permissivo:** no priva la razón, sino la argumentación, los hijos no consiguen tener madurez, se vuelven demandantes y agresivos. La salida a esta situación es imponer reglas y seguirlas, ser congruente entre lo que se dice y se hace,

que todos respeten el orden y si hay modificaciones que hacer, será de acuerdo a los logros y no a las argucias argumentativas.

**3. Modelo sacrificante:** hay un miembro que se dice altruista y el otro egoísta y sacrificado. Ser altruista es ser explotado y se cree merecedor del reconocimiento, entonces se exagera en el sacrificio, la solución es insistir en los tratos arriba de la mesa y en que cada quien consiga con trabajo lo que necesite, que las relaciones sean recíprocas e independientes.

**4. Modelo intermitente:** se actúa con hiperprotección y luego democráticamente, permisividad y luego con sacrificio por inseguridad en las acciones y posiciones. Revalorizar y descalificar la posibilidad de cambiar, se percibe y se construye como un caos. Cualquier intento de solución no da frutos porque se abandona antes de tiempo, por dudar de ella. La respuesta es ser firme y creer en la alternativa que se eligió para tener paz en la familia. Poner límites claros y reglas, acatar los acuerdos por un tiempo para evaluar los resultados.

**5. Modelo delegante:** no hay un sistema autónomo de vida, se cohabita con padres o familia de origen de los cónyuges o se intercambia frecuentemente comida o ayuda en tareas domésticas, crianza de hijos. Hay problemas económicos constantemente, de salud, trabajo, padres ausentes, no se les da la emancipación y consiguiente responsabilidad, chocan estilos de comunicación y crianza, valores, educación, es una guerra sin cuartel que produce desorientación general. Los hijos se adaptan a elegir lo más cómodo que les ofrezcan los padres, abuelos, tíos. Las reglas las imponen los dueños de la casa, los mayores, aunque resulten injustas, anacrónicas o insatisfactorias; por comodidad o porque no hay otra opción, los padres de los niños se convierten en hermanos mayores, los hijos gozan de mayor autonomía y más impunidad en sus

acciones. La solución radica en que cada quien se responsabilice de sus acciones y viva lejos y respetuosamente sin depender de favores.

**6. Modelo autoritario:** los padres o uno de ellos, ejercen todo el poder sobre los hijos, que aceptan los dictámenes, se controlan los deseos, hasta los pensamientos, son intrusos en las necesidades, se condena el derroche, se exalta la parsimonia y la sencillez, altas expectativas del padre, la madre se alía con los hijos: esposa-hija, hermana de sufrimiento, se confabula, pero se someten finalmente, se exige gran esfuerzo, pero no bastan los resultados. Los hijos temen y no se desarrollan, mienten para ser aceptados y corren peligro al buscar salidas a su situación.

#### **2.2.1.5. La Familia**

Sloninsky (1962) se refiere a la familia diciendo “Es un organismo que tiene su unidad funcional; toda familia como tal, está en relación al parentesco, de vecindad y de sociabilidad, creando entre ellas influencias e interacciones mutuas. La estructura interna de la familia determina la formación y grado de madurez de sus miembros”

Benites (1997) define a la familia como un conjunto de personas que viven juntas, relacionadas unas con otras que comparten, sentimientos, responsabilidades, informaciones, costumbres, valores mitos y creencias. Cada miembro asume roles que permiten el mantenimiento del equilibrio familiar. Es una unidad activa, flexible y colaboradora, es una institución que resiste y actúa cuando es necesario.

### 2.2.1.6. Tipos de Familia

Saavedra (2006), existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido los siguientes tipos de familias:

- a) **La familia nuclear o elemental:** es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- b) **La familia extensa o consanguínea:** se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple. Generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.
- c) **La familia monoparental:** es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- d) **La familia de madre soltera:** Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.



- e) **La familia de padres separados:** Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

### **2.2.1.7 Funciones de la Familia**

Dugui y otros (1995) consideran entre las funciones que cumple la familia a las siguientes:

- ✓ Asegurar la satisfacción de las necesidades biológicas del niño y complementa sus inmaduras capacidades de modo apropiado en cada fase de su desarrollo evolutivo.
- ✓ Enmarcar, dirigir y analizar los impulsos del niño con miras a que se llegue a ser individuo integrado, maduro y estable.
- ✓ Enseñarle los roles básicos, así como el valor de las instituciones sociales y los modos de comportarse propios de la sociedad en que vive, constituyéndose en el sistema social primario.

### **2.2.1.8 Estilos de Educación Familiar y su Función Psicológica**

Buendía (1999) establece que la familia desempeña un papel protagonista porque moldea las características del individuo y en función de los estilos educativos sociales, se diferencian cuatro dimensiones.

- 1. Grado de Control.** Es ejercido para influir sobre su comportamiento inculcándoles determinados estándares, los padres pueden establecer dos tipos de control: el extremo o heterocontrol y el interno o autocontrol y que además este puede manifestarse de

forma consistente o congruente donde las normas son estables, e inconsistentes o incongruentes en el que los padres hacen uso arbitrario del poder.

**2. Comunicación Padres - Hijos.** Los padres altamente comunicativos son aquellos que utilizan el razonamiento para explicar las razones de su acción y animan al niño a expresar su argumento y así modificar su comportamiento y los padres con bajo nivel de comunicación no acostumbran a consultar a sus hijos en la toma de decisiones que los afecta.

**3. Exigencia de Madurez.** Los padres que exigen altos niveles de madurez a sus hijos son aquellos que los presionan y animan a desempeñar al máximo sus potencialidades y además fomentan su autonomía y la toma de decisiones, en el otro extremo se encuentran los padres que no plantean metas o exigencias a sus hijos, subestimando las competencias de estos.

**4. Afecto en la Relación.** Los padres afectuosos son los que expresan interés y afecto explícito hacia sus hijos y todo lo que implica su bienestar físico y emocional, están pendientes de sus estados emocionales y son sensibles a sus necesidades.

## **2.2.2. Ideación Suicida**

### **2.2.2.1. Definiciones**

Beck (1999), manifiesta que las ideas de suicidio es una deformación de pensamiento, donde presenta distorsiones cognitivas; es la persistencia por parte del sujeto en pensar, planear o desear su propia muerte, alternativas para planear como morir, también pueden

interpretarse como una expresión extrema de un deseo de escapar de aquellos problemas o situaciones que parecen intolerables, además de no tener solución.

Emily Durkheim (1897), postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto de individualismo. Lo consideraba como una consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración.

Este autor identificó cuatro tipos de suicidio: Suicidio Egoísta, Altruista, Anómico y Fatalista. Estos se sucedían como consecuencia de determinadas condiciones sociales. No obstante, la tendencia actual considera al suicidio desde el punto de vista psicológico en lugar de una perspectiva moral.

Calvo, Sánchez tejada (2003), definen la ideación suicida como la presencia de pensamientos relacionados con la intención de ocasionarse la propia muerte.

Smith (2005), la ideación suicida se define como una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón.

Almonte (2003), ideación suicida: incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida, hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte. Esto significa que un suicidio puede comenzar por la ideación, es decir, por pensamientos acerca de la posibilidad de acabar con la propia vida, seguir con la imaginación del acto suicida, después con la elaboración de planes y preparación, hasta llegar a la ejecución de un intento que puede culminar en el suicidio consumado.

De este modo, la conducta suicida puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte auto infligida, es decir, el suicidio consumado. Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de

falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva. La ideación suicida previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, y ha sido menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado. (Muñoz, 2005). Almonte (2003) señala que la mayoría de los autores constatan que en la infancia y la adolescencia la conducta suicida es un continuo, tratándose siempre de un síntoma.

Este continuo abarcaría:

- ✓ Ideación suicida: incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida, hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte, esto abarcaría un plan y la disponibilidad de métodos para llevar a cabo un intento, junto con la aceptación de los pensamientos suicidas.
- ✓ Amenaza o gesto suicida: constituidas por verbalizaciones o precursores de actos que, si llegan a realizarse en su totalidad, conducirían a un daño serio o la muerte.
- ✓ Intento de suicidio: todo acto realizado por el individuo, mediante el cual puede ocasionarse la muerte. Según el riesgo vital, pueden subclasificarse en intentos leves (actos que casi no implican riesgo) o intentos serios (actos que de no mediar la intervención de terceros o un tratamiento médico eficaz, concluirían en la muerte). El intento de suicidio tiene mayores probabilidades de ocurrir cuando el adolescente presenta todo el espectro de cogniciones y verbalizaciones suicidas, incluyendo ideación, planificación e intentos.
- ✓ Suicidio consumado: todos los actos autoinflingidos por el adolescente y que dan como resultado su propia muerte. En torno al tema de las conductas suicidas, existe

consenso que ésta (sean ideas, intentos o suicidios consumados) no se trata de una entidad mórbida específica, sino que puede darse en una gama de situaciones que van desde eventos de vida estresantes, depresión mayor, abuso de drogas y alcohol, conducta antisocial, historia familiar disfuncional, impulsividad y agresividad, imitación a través de los medios de comunicación y otros (Montenegro & Guajardo, 2000). Es decir, más que una entidad mórbida en sí, se trata de un signo, síntoma o indicador.

La ideación suicida ha sido definida como pensamientos de autodestrucción. Se considera que la ideación suicida antecede tanto al intento suicida como al suicidio mismo (Eguiluz, 2003), por consiguiente el estudio de la ideación suicida se ha convertido en la actualidad en una forma tanto de diagnóstico como de prevención del suicidio.

#### **2.2.2.2. Dimensiones**

Según Beck, 1979 existen 4 indicadores:

- ✓ Actitud hacia la vida/muerte: Entre las especies vivas, la humana es la única para quien la muerte implica todo un ritual funerario complejo y cargado de simbolismo, la única que ha podido creer y que a menudo, todavía cree en la supervivencia y renacimiento de los difuntos, en definitiva, la única para la cual la muerte biológica, mejor conocida como muerte natural, se ve constantemente desbordada como un hecho de cultura.

- ✓ Las actitudes cambian con el tiempo, al partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales, es que se reflejan los temores, esperanzas, expectativas, conciencia comunitaria y muerte individual.
- ✓ Pensamientos/deseos suicidas: Pueden ser un síntoma de depresión o una señal de que la persona no puede enfrentarse a una serie de acontecimientos personales que le resultan insoportables en su momento.
- ✓ Proyecto de Intento Suicida: es la disposición que la persona ha formado para realizar o ejecutar un plan estratégico que tenga como fin acabar con su vida.
- ✓ Desesperanza: manifiesta que es el sentimiento de no tener expectativas de futuro y que frecuentemente se acompaña a la ausencia de consentimiento de trascendencia, siendo el estado de ánimo que priva previo a la tentativa o el acto suicida.

### **2.2.2.3. Definiciones de suicidio.**

#### **Suicidio:**

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas, generando actitudes favorables y desfavorables, desde su calificación como acto sublime hasta acto de cobardía. La concepción del acto suicida varía, dependiendo del contexto cultural y social en donde tenga lugar, como también desde la perspectiva disciplinaria que asuma su estudio. Así mismo autores han tratado de dar una definición exacta de lo que es un suicidio; permitiéndonos tener una visión más clara del fenómeno en estudio. Por ello conceptualizamos el suicidio como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Significa, pues, darse muerte a uno mismo.

Beck, según su Modelo cognitivo; sostiene que los pensamientos automáticos negativos se forman en la persona y la vuelven vulnerable para una futura depresión.

Emily Durkheim (1897) postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto de individualismo. Lo consideraba como una consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración. Este autor identificó cuatro tipos de suicidio: Suicidio Egoísta, Altruista, Anómico y Fatalista. Estos se sucedían como consecuencia de determinadas condiciones sociales. No obstante, la tendencia actual considera al suicidio desde el punto de vista psicológico en lugar de una perspectiva moral.

Sigmund Freud postula que la depresión y el consiguiente suicidio son resultado de un gran impulso agresivo contra un objeto interior, que era amado y ahora es odiado. Menninger, habla de un instinto de muerte y postula tres elementos del suicidio: Un deseo de matar, un deseo de ser matado y uno de morir. Zilborg considera al suicidio como una forma de frustrar las fuerzas externas, y de conseguir la inmortalidad. O'Connor dice que la sensación experimentada por la persona de alcanzar por medio del suicidio la omnipotencia, nos retrae a un narcisismo de la autoridad. Gorma, hace resaltar la impotencia de la pérdida de un objeto de amor: El suicidio sería el medio para recuperarlo. Bergler, habla de suicidio introyectivo e histérico.

#### **2.2.2.4. Métodos de Suicidio Comunes**

- a) **Dejarse Morir de Inanición:** Un método malo y poco aconsejable, pero efectivo al fin y al cabo. Después de perder el 20% del peso corporal, comienza a desarrollarse algún tipo de enfermedad, principalmente una indigestión grave. A esto le sigue la debilidad muscular y la incapacidad mental. La salud del individuo determina qué

enfermedad aparece primero. Un ser humano sano de unos 40 años tardará en morir unos 40 días.

**b) La Bolsa en la cabeza:** Siempre es aconsejable una bolsa de plástico además de los fármacos. La bolsa debe colocarse un poco floja, no ceñida. Y hay que sujetarla al cuello con una goma elástica grande o una cinta para que no entre más aire. Si se suicida solamente con la bolsa de plástico, comprobará usted que al acabarse el oxígeno comienza a exhalar anhídrido carbónico, y a medida que aumenta éste, el cuerpo se adapta a la situación y comienza a respirar más profundamente. Esto puede ser un poco angustioso, pero no tanto como si tuviese la respiración bloqueada. Para evitar esta incomodidad sólo tiene que usar los barbitúricos, que te proporcionarán unas dos horas de sueño.

**c) Asfixia por ahorcamiento:** Se debe usar una cuerda que soporte el peso de su cuerpo, se sujeta en una viga fuerte a una altura aproximada de 3 metros. La muerte llega después de una agonía entre 5 a 10 minutos luego de provocar graves daños cerebrales por falta de oxígeno. Es el método más usado en el Reino Unido.

**d) Ruptura de Cuello:** Por lo general se realiza en puentes de más de 10 metros de altura. Sujete un extremo de la soga a la estructura del puente y el otro al cuello usando el “nudo del verdugo” (el nudo queda atrás de la cabeza). Se salta al vacío sin dudarlo y el peso del cuerpo triplicara la aceleración de la caída provocando la ruptura del cuello y luego la asfixia.

Se trata de un método indoloro. La inconsciencia llega en segundos y la muerte en minutos, pero hay que tener en cuenta ciertos detalles:



- Para que la muerte se produzca por asfixia, el nudo se debe poner tras el cuello y hay que tensarlo mucho.
  - Si se prefiere una muerte por dislocamiento cervical, hay que colocar el nudo a un lado, no debe ir muy tenso, y se debe caer a una altura de 1'5 a 2 metros antes de que se tense.
  - Esta última técnica es la que se emplea en las ejecuciones y es más rápida, pero el cadáver queda en peor estado.
  - Hay que tener cuidado porque si la caída es excesiva y la cuerda es delgada, puede llegar a cortarse la cabeza.
  - Tanto en la decapitación como en el dislocamiento cervical, la actividad cerebral continúa durante 13 segundos tras haberse llevado a cabo.
- e) **Saltar de Edificios:** Lo mejor es encontrar edificios de más de diez pisos de altura con acceso a ventanas o techo. El miedo a las alturas es muy difícil de superar y muchas personas se desaniman en el momento, si es lo suficientemente alto la muerte es segura y casi sin dolor, trate de aterrizar en una parte dura como el asfalto de la calle o en el hormigón de una construcción vecina. De cada 10 personas que lo usan 6 mueren, si sobrevive pasara el resto de su vida en silla de ruedas, los intentos con este sistema son fáciles de descubrir por otras personas confundiéndolo con palabras para que no lo haga. Por eso es recomendable un edificio muy alto y nocturnidad.

- f) **Corte de Venas / Arterias:** Los materiales para este sistema son muy fáciles de encontrar en cualquier hogar y están disponibles siempre, con una cuchilla de afeitar o una navaja muy afilada haga un corte profundo en la muñeca, muslos, ingle o cuello. Las arterias principales tienen pulso muy fuerte que lo puede sentir con la yema de su dedo pulgar (el único dedo que no tiene pulso). Si se corta las muñecas se hace a lo LARGO de la línea azul en la zona inferior, la herida debe ser profunda de tal forma que la arteria quede expuesta. Para mayor éxito, trate de acelerar el desangrado. Un baño en agua caliente antes del procedimiento ayuda para que la circulación sea más rápida y reduce la velocidad de coagulación.
- g) **Armas de fuego:** La muerte puede llegar en microsegundos si la suerte lo acompaña, en algunos países se puede conseguir un arma muy fácil. El tiro debe hacer una trayectoria diagonal para causar el mayor daño posible en el cerebro. El cañón del arma debe estar bien fijo para que la bala no rebote en el cráneo. El arma debe tener un buen calibre, las de caza para animales de gran tamaño son las mejores. Si el motivo del suicidio se debe a que la familia le hace la vida insostenible puede usar una Magnum .44 o un Winchester .458 (rifle para cazar elefantes), los parientes disfrutarían mucho limpiando los coágulos de sangre, pedazos de cerebro y sacando astillas del cráneo de las esquinas de la habitación. Se estima que es el método que eligen entre el 50% y el 60% de los suicidas. En este caso, cuanto mayor sea el calibre del arma, mayores probabilidades hay de que resulte eficaz. Además, una bala de punta hueca produce una herida más grande.

La única manera correcta de apuntar un arma con el objetivo de asegurar su muerte, es hacerlo directamente contra un grupo de agentes de policía.

Sí, confíe en una escopeta de 12 (de un cañón o dos) y gaste algo de dinero en adquirir buenos cartuchos de bala sólida para caza mayor y una sierra para recortar los cañones. El único modo de conseguir una muerte instantánea es apuntar contra el cerebelo, que controla el funcionamiento cardíaco y respiratorio.

Se puede sobrevivir a un impacto de bala en el cerebro ya que éste no es mortal por sí mismo, es la aparición de además y hemorragias internas lo que provoca la muerte y este proceso tarda cierto tiempo, por lo que es potencialmente reversible.

Lo único necesario para alcanzar el cerebelo es elegir el sitio adecuado donde colocar el cañón y la fuerza suficiente para que el retroceso no desvíe el tiro.

El cañón en la boca: Si apuntas con un ángulo demasiado alto, la bala atravesará tu cara destrozándola y afectará al lóbulo frontal del cerebro que controla el habla. Éste es un error bastante común entre los suicidas.

También puede ocurrir que la bala no acierte al cerebro y a cambio, se lleve por delante los dos ojos. Si apuntas demasiado bajo, lo más probable es que no aciertes en el cerebro y lo único que conseguirás es destrozarte la médula espinal. Esto es mortal si no se interviene, pero con atención médica se reduce a una parálisis de cuello para abajo. Para conseguir un disparo efectivo, tendrá que apuntar en un ángulo de 45°.

El clásico tiro a un lado de la frente es una estupidez, ya que el único tejido cerebral dañado es el lóbulo frontal con lo que conseguirá una lobotomía gratuita, aunque, como en el resto de las heridas cerebrales, si se le da el suficiente tiempo la muerte se producirá por hemorragia, infección, coágulos o edemas.

Otra opción equivocada es disparar en medio de la frente o entre los ojos, apuntando recto. Éste tampoco tiene por qué ser mortal ya que el centro del cerebro es una región que no controla ningún mecanismo vital. Si la bala es lo suficientemente potente será mortal, pero una bala de pequeño calibre puede alojarse en esta zona central y no provocar la muerte.

La mejor elección es disparar en la oreja apuntando hacia la otra oreja, el tiro irá directo al cerebelo y estará muerto antes de escuchar el disparo. También es eficaz apuntar hacia abajo desde la cuenca de un ojo. La idea es que la bala siga los nervios craneales directamente hacia las estructuras vitales del cerebro. En el caso de que sea usted limpio y no quiera esparcir sus sesos por toda la habitación, puede ponerse un casco.

- h) **Destripamiento:** (Harakiri): Las herramientas para este sistema deben ser las más apropiadas para no prolongar la agonía; una navaja grande, una espada samurái o un cuchillo de caza dentado son los ideales. El sistema es muy seguro asumiendo que las heridas provocadas sean letales, es muy doloroso y la agonía puede durar desde varios minutos a horas. Las heridas deben ser muy profundas para romper los intestinos y causar una peritonitis aguda, es muy usado por los fanáticos de las artes marciales en el lejano oriente.
  
- i) **Ahogándose:** El éxito del método esta en ubicar un lugar apropiado con aguas no muy frías y profundas, en 50 minutos una persona muere de hipotermia. Para que el cuerpo se hunda debe usar ropa de algodón que absorbe gran cantidad de agua, meter piedras en todos los bolsillos y atar en las piernas unas rocas pesadas. Cabe aclarar que si el agua es muy fría la persona puede entrar en estado cataléptico y es probable que la reanimen incluso después de varias horas. Las aguas no muy frías son las ideales.

- j) **Electrocución:** El éxito depende de la suerte de cada persona, hay algunas que las mata una descarga eléctrica del hogar y otras sobreviven a descargas de un rayo. Se debe ubicar un cable eléctrico de alta tensión, es mejor estar descalzo, parado dentro de un recipiente con agua sobre un objeto de cobre, también se puede enrollar cable de cobre por todo el cuerpo haciendo énfasis en la cabeza. Si sobrevive sufrirá quemaduras de tercer grado, parálisis permanente o amputación de alguno de sus miembros.
- k) **Saltar a Coches / Trenes:** Se debe hacer en una vía férrea o autopista de alta velocidad, es muy importante la distancia. Cuanta menos distancia haya entre el vehículo y la persona mejor, la capacidad de reacción del conductor para frenar o evitar el impacto será nula. Los sitios más recomendables son las esquinas o las curvas, la sorpresa en este sistema es muy importante.

#### **2.2.2.5. Funciones que Influyen**

Incluyen no solo la personalidad y las constelaciones psicossomáticas del individuo, sino también las motivaciones de su comportamiento suicida. Las motivaciones interpersonales se producen cuando el suicida trata de provocar una acción por parte de otras personas y un cambio de actitud o sentimiento de las mismas, o ambas cosas a la vez. Por lo tanto se considera al comportamiento suicida como medio de influencia, persuasión, cambios, etc. sentimiento o conducta de otro que suele ser alguien con una estrecha relación con el suicida como por ejemplo miembro de su familia, A veces, puede ocurrir que el objeto de esa conducta sea más general e incluso puede ser la misma sociedad.

Se pueden hallar motivaciones para el suicidio entre personas de todas las sociedades, aunque predominan en personas jóvenes y de mediana edad. Su estado emocional es de dependencia, falta de madurez, impulsividad, etc. Con su conducta suicida expresan rabia o sus sentimientos de repulsión para forzar un cambio en la persona que los rechaza o le provoca sentimientos de culpa.

Es menos frecuente la explicación o la necesidad de expresar el remordimiento que la persona siente por haber hecho algo en sus relaciones con otros, y con respecto a la muerte, no obstante su comportamiento suicida por lo general la persona no quiere morir.

La acción suicida del individuo quiere dar a entender las presiones y tensiones interiores y satisfacer necesidades internas (lo típico es que esto ocurra después de haber sufrido la pérdida de un ser querido, o que se sienta incapaz de hacer trabajo alguno). Su estado anímico de depresión, retraimiento, agotamiento físico y emocional; puede presentarse como necesidad de explicación y penitencia por su sentimiento de culpa.

#### **2.2.2.6. Causas que Llevan al Suicidio**

La influencia de los medio de comunicación en el suicidio; Los medios de comunicación forman una parte sumamente importante en la recepción de información y de datos q constituyen nuestro bagaje cultural. Los medios masivos, influyen en su comportamiento y en sus actitudes ante la vida misma. Lo ayudan a tomar decisiones y lo pueden empujar a determinar sus pautas de comportamiento a través de estereotipos o por la información que se le proporciona al individuo. Un caso muy común es la gran influencia que ejercen los noticieros y este medio de comunicación masivo por excelencia y por presentar una imagen

del mundo deteriorada y muchas veces de modo morboso, solo para atraer la atención del público.

### **Otras causas:**

Desde el punto de vista sociológico poco se sabe de las causas: Para algunos sería a causa de una dificultad de integración social por parte del suicida; para otros se debe a desórdenes mentales, incapacidades físicas mal asimiladas, etc.

El suicidio en la juventud ha aumentado y algunos se lo atribuyen al abuso de las drogas y el alcohol.

Es más acertado afirmar que los mismos factores que llevan a las personas al alcohol o a las drogas, las lleven a intentos de cometer actos suicidas. Los factores de aislamiento social o psicológico y los estados depresivos tienen una mayor importancia en momentos de cometer el suicidio. El aislamiento psicológico producido a veces por la ruptura de los lazos afectivos, por las carencias endémicas de afecto o por la frustración de determinadas expectativas.

### **2.2.2.7. Tipos de Suicidio**

La forma extrema de huida de una situación vital y de una tensión emocional intolerable es el suicidio. El acto del suicidio ha de considerarse como un intento de "superación" de una situación que resultó incontrolable, incluye el uso de energía, planificación y depresión desprovistas de intentos de superación así tenemos.

### **Suicidio Frustrado:**

Acción de suicidio que no ha conseguido su fin, teniendo el paciente auténtica intención de llegar a él.

**A) Suicidio Consumado:**

Es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida.

**B) Conductas Suicidas:**

Son las encaminadas a conseguir ese fin, consciente o inconscientemente, o el aniquilamiento de una de sus partes.

**C) Simulación Suicida:**

Es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir auténtica intención de llegar a él.

**D) Riesgo De Suicidio:**

Es la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida. Dicho riesgo se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, Amenazas y tentativas suicidas previas.



### **E) Suicidio no Patológico:**

El respeto a la vida es función de una serie de consideraciones morales, religiosas y sociales. Hay sujetos que sacrifican su vida a un ideal religioso, a un sentimiento de honor, a un deber social. La muerte voluntaria suele ir asociada en semejantes casos a la idea de sacrificio.

En ciertas circunstancias, el individuo de espíritu sano puede llegar a esa determinación porque representa la única salida posible y deseable de una situación grave, la única solución lógica que concuerda con sus intereses y los de su gente (*suicidio racional*, de DESHAIES).

También cabe incluir en este grupo el suicidio de ciertos enfermos que, sabiéndose condenados por un mal inexorable, abrevian voluntariamente sus días; a veces reclaman tal solución a su médico o a sus allegados, lo cual plantea el tan discutido problema de la «eutanasia».

Tales gestos pueden lastimar ciertos dogmas morales, sociales o religiosos se sabe, por ejemplo, que los suicidas quedan excluidos del auxilio de la religión católica.

Sin embargo, la idea que dicta la resolución de tales sujetos puede considerarse como normal, no como idea delirante.

## **F) Suicidio Patológico.**

### **a) *Determinismo patogénico.***

Las ideas de suicidio y las reacciones suicidas obedecen siempre en este caso a una perturbación grave de la afectividad, a un tema delirante u obsesivo, o a desórdenes alucinatorios. Con gran frecuencia, el suicidio o su conato constituyen la primera revelación del estado anormal subyacente.

1. Las perturbaciones afectivas son de tipo, intensidad y duración variables. Puede tratarse en ocasiones de un simple *desconcierto emotivo* agudo, transitorio, pero intenso, como el anuncio de una mala noticia, de una catástrofe; el sujeto pierde el dominio de sus actos y cede a un reflejo trágico.

Otras veces es un raptó súbito de ansiedad, aislado o impuesto por una angustia latente que dicta el rasgo fatal. En este grupo entran, asimismo, todos los *estados pasionales*, con sus reacciones dramáticas: suicidio simple o crimen seguido de suicidio. Pero es sobre todo el dolor moral profundo, intolerable, del melancólico el que actúa en el dominio de la afectividad, según veremos,

2. En algunos individuos, ciertas ideas delirantes de indignidad, culpabilidad, autoacusación o místicas conducen a menudo a una solución que aquéllos consideran como una obligación inevitable o necesaria.

Otras veces, la *idea del suicidio* se impone al sujeto como una verdadera *obsesión* intelectual, una idea fija de recurrencia frecuente o periódica, contra la cual lucha, y que suele confiar al médico. En esta forma obsesiva pura, raramente pasa a la acción, pero no por eso sufre menos, como todos los obsesos; es mucho más el temor al suicidio que el deseo o la voluntad de cometerlo.

3. Finalmente, las alucinaciones intervienen a menudo en el determinismo del suicidio, ya se trate de alucinaciones visuales terroríficas, a las que el sujeto no puede escapar sino suprimiéndose, ya de alucinaciones auditivas que le dicten su conducta, después de dirigirle amenazas y reproches.
4. En patología mental, estos diferentes mecanismos se asocian o superponen muchas veces en el determinismo del suicidio (melancólicos delirantes y angustiados, confusos oníricos alucinados y ansiosos).

#### ***b) semiología.***

1. ***Melancolía.*** Es la enfermedad mental que da ocasión a suicidios con frecuencia mucho mayor que las demás; todo melancólico es un suicida en potencia. Nada deja de concurrir en él para hacer estallar tal disposición de ánimo: arrebatos de ansiedad, ideas delirantes, alucinaciones auditivas.

Hay en particular dos tipos de melancólicos de los cuales se debe desconfiar:

- Los que no dicen nada y parecen sumidos en un estupor inerte, pero son en realidad presa de una rumiación obsesiva o de alucinaciones muy activas.
- Los que se defienden con una actitud de resignación o una sonrisa equívoca, o bien alegan sus sentimientos religiosos o el amor de sus hijos para protegerse contra las indiscreciones del médico.

Las quimioterapias antidepresivas y en especial las menos sedativas (imipramina) pueden, al comienzo del tratamiento, favorecer una reacción suicida, al levantar las inhibiciones que hasta entonces la trababan. (Advertencia para psicopatologías).

En general, durante la segunda mitad de la noche, cuando se despiertan por primera vez (y estos enfermos duermen poco), es el momento en que ponen su proyecto en ejecución (disminución de la vigilancia, acentuación de la ansiedad al aproximarse otra jornada de sufrimiento).

Recordaremos simplemente los medios, a veces insospechados, que emplean algunos: armas de fuego, cuchillos, hojas de afeitar, fragmentos de vidrio, ahorcaduras, sumersiones en un pozo o en el río, defenestración, apertura de venas o arterias, estrangulación con medias, cordones, etc., sofocación por taponamiento de la faringe, ingestión de drogas o de veneno, estufilla de gas o de carbón vegetal, inhibición de todo género. **La negativa a tomar alimentos** responde a la misma idea destructiva.

No hace falta decir que, aparte los melancólicos genuinos, periódicos o de involución, pueden terminar en suicidio, con ocasión de delirios de melancolía, todos los estados depresivos impregnados de dolor moral.

2. ***Delirios Crónicos e Hipocondríacos.*** Ciertas formas de delirio crónico, como el delirio de auto acusación, de SEGIAS, pueden implicar el suicidio como reacción secundaria. Tal vez la idea es menos continua, menos obsesiva, menos imperativa que en la melancolía, pero termina, a menudo, por imponerse al sujeto.

Ciertos ***hipocondríacos graves***, al sistematizar sus trastornos cenestésicos en un órgano o una función determinados, ante la impotencia de los tratamientos médicos o quirúrgicos, terminan por refugiarse en el suicidio; por lo general, se limitan a auto mutilaciones, que pueden considerarse como suicidios parciales.

Todos los alucinados crónicos, en ciertos momentos, pueden refugiarse en el suicidio, ya porque se lo dicten con imperio sus voces interiores, ya porque se sientan cansados de las torturas que se les imponen.

Algunos delirantes místicos, o más bien idealistas apasionados, se sacrifican en ocasiones a su causa; pero aun en estos sujetos se observan con más frecuencia auto mutilaciones. En ciertos místicos ayunadores, o con ocasión de huelgas de hambre, se encuentran las mismas preocupaciones de sacrificio. Determinadas formas de delirio prolongado crónico de los alcohólicos (delirio de celos, de persecución) desembocan a veces en un mismo accidente trágico.

3. ***Onirismo tóxico e infeccioso.*** En casos de onirismo secundario a enfermedades infecciosas, algunos enfermos han reaccionado con fugas o con suicidios inconscientes o involuntarios. Éstos son los que podrían designarse por suicidas accidentales: neumónicos delirantes y tifódicos perseguidos por enemigos imaginarios, que se tiran por la ventana; soldados negros, que en el hospital se abren el vientre con su bayoneta (v. *Onirismo*).

Las mismas reacciones se observan en los alcohólicos que sufren delirio agudo: sintiéndose perseguidos, se ahorcan o se arrojan al agua, contentos cuando no han tenido que acuchillar antes a sus allegados para defenderse. Ver “*delirium tremens*”

4. ***Epilepsia.*** Igual determinismo inconsciente es el que ocasiona a veces el suicidio de algunos epilépticos. (no confirmado en la clínica actual).
5. ***Estados demenciales.*** Recordaremos simplemente algunos suicidios de alienados (paralíticos generales, seniles). Son insólitos, a veces accidentales, y los voluntarios se distinguen por ausencia de reflexión o pobreza de la idea delirante impulsara.
6. ***En ciertos esquizofrénicos,*** el suicidio responde a un desorden afectivo profundo, a un acceso delirante episódico, o bien a un romanticismo sentimental anómalo. En semejante caso suele ir acompañado de una cierta teatralización o de circunstancias que traducen una originalidad singular.

## **H. Suicidio Egoísta.**

En los países de religión puramente católica el suicidio está poco desarrollado, pero en los países protestantes llega a su máxima expresión. Entonces, es válido atribuir a la diferencia de cultos los diferentes puntos de vista sobre el tema.

En lo que concierne a los judíos el Número de suicidios es menos que en la comunidad protestante y en la católica. Concebimos que los católicos deben ejercer sobre si mismos un control severo y sujetarse a una disciplina rigurosa para "para mantenerse". Además están obligadas a mantener una "moralidad más alta" porque mediante la moral justifican la tolerancia.

### **1. Suicidio egoísta en la sociedad.**

Está comprobado a través de la historia, que el suicidio es poco frecuente en aquellas sociedades que se encuentran en proceso de evolución y de concentración. Contrariamente, se multiplican en aquellas en etapa de desintegración. Pero cabe destacar que no todas las crisis políticas o nacionales inducen al suicidio, sólo influyen en esta decisión aquellas en que existan las pasiones.

Las conmociones sociales, las grandes guerras populares, etc. generan y avivan el sentimiento colectivo, concentran las actitudes de una sociedad hacia un mismo fin, determinando así una integración social más fuerte. Por esta razón el individuo piensa menos en si mismo y más en el objetivo común que se desea alcanzar.

## **2. Suicidio egoísta en la familia.**

En el suicidio puede observarse un acto de desesperación, determinado por las dificultades de la existencia. El matrimonio conlleva una serie de dificultades y responsabilidades. Por esta razón, en épocas pasadas llegó a afirmarse que el matrimonio y la vida familiar multiplicaban las probabilidades de suicidio. Veremos a continuación que esta afirmación resulta falsa.

Una gran mayoría de los solteros son menores de 16 años y los casados sobrepasan este promedio de edad. En el primer caso la tendencia al suicidio es menor por el hecho de atravesar este periodo evolutivo ausente de grandes y numerosas preocupaciones (infancia). Entonces, la atenuación en cuanto al número de suicidas se debe a la edad y no al celibato. Es más, el estado matrimonial disminuye casi a la mitad el peligro de suicidio. Esto se debe a la existencia de la influencia familiar. En cuanto a los viudos, podemos destacar que el número de suicidios es mayor que en cualquier otra clase de población. De aquí se parte para considerar a la viudez como la más desgraciada de todas las formas de suicidio.

### **I. Suicidio Altruista.**

Así como una individualización excesiva conduce al suicidio, aquella persona que se encuentra demasiado ligada a la sociedad puede suicidarse también. Pero para que el individuo se sienta tan "insignificante" en la vida colectiva como para suicidarse, es necesario primero que el grupo lo "absorba", que forme una masa compacta y continua, todos sus integrantes (no son grupos numerosos) comporten todo, hasta la vida misma, ideas, ocupaciones, etc. En estos grupos, al poseer estas características resulta sumamente fácil y constante la "vigilancia colectiva". El



individuo resulta ser distinto de sus compañeros, forma parte de un todo, sin valor por sí mismo. Así su persona deja de tener valor. Para estas personas, los atentados que provienen de individuos particulares, resultan insignificantes; mientras que las exigencias colectivas resultan sumamente importantes, y por tanto, la sociedad le "exige" poner fin a su vida ante el menor motivo.

En este tipo de suicidio, nos encontramos a una etapa previa a él caracterizada porque "el yo no se pertenece", se confunde con todo aquello externo a él. Cabe destacar que no todo suicidio altruista comprende algunas variedades, aunque en todas ellas el hombre se mata sin estar expresamente obligado a matarse. Para quienes practican este tipo de suicidio, la virtud máxima es no tener apego a la existencia, quien renuncia a ella sin que las circunstancias la soliciten es la persona más virtuosa. Así podemos divisar una primacía social al suicidio, que se ve alentado. El individuo se sacrifica únicamente por el placer del sacrificio. El sujeto aspira a despegarse de su ser personal para "lanzarse" a otra cosa que es considerada como su verdadera existencia y su existencia propia.

La naturaleza del suicidio altruista proviene de la "esperanza", pues responde a la expectativa de que más allá de esta vida hay mejores perspectivas. Además, implica el entusiasmo y una fe impaciente en su satisfacción mediante actos de gran energía.

Suicidio altruista:

- Obligatorio
- Facultativo
- Agudo

## **J. Suicidio Anómico:**

La sociedad no sólo atrae hacia sí los sentimientos y la actividad de los individuos, sino que también es un poder que los regula. Esta regulación, mantiene una profunda relación con la tasa total de suicidios.

¿Las crisis económicas influyen de manera considerable al suicidio?

El infortunio económico no tiene la influencia agravante que a veces se le ha atribuido. Las crisis financieras no conducen al suicidio por empobrecer a la gente, sino porque son crisis, rupturas del orden colectivo, del equilibrio que impulsan a la muerte voluntaria.

Una persona no puede vivir ni ser feliz si sus necesidades no son suficientemente proporcionadas a sus medios. La tendencia a la vida es el resultado a todas las demás tendencias y, consecuentemente, se debilita si las otras se relajan.

En ninguna sociedad se ven igualmente satisfechos los grados de la jerarquía social. Sin embargo, la naturaleza humana es casi la misma en todos los ciudadanos. Esta naturaleza no es la que asigna un límite a las necesidades; por lo tanto cuando dependen exclusivamente del individuo, son ilimitadas.

Debido a que nuestra necesidad es imposible contener desde afuera, se constituye para sí mismo como "una fuente de tormentos", porque los deseos ilimitados son

insaciables, no encuentran limitación, sobre pasando indefinidamente los medios de que disponen.

Este estado de indeterminación se relaciona primero con las exigencias de la vida física, Perseguir un fin inaccesible provoca un continuo y permanente estado de descontento, este fin puede sostenerse por un tiempo, pero al repetirse las decepciones causadas por la experiencia, se abandonará. Es imposible permanecer en un estado alcanzado por mucho tiempo, debido a que "mientras más tenemos, más deseamos poseer". Esto se debe a que las satisfacciones, más que calmar, estimulan las necesidades. En la búsqueda de estas satisfacciones siempre encontramos obstáculos y en la medida en que estos se ausenten, se estará unido a la vida mediante un hilo muy tenue que puede "cortarse" en cualquier momento.

#### **K. Suicidio Colectivo o Ampliado:**

Ya hemos hablado del suicidio colectivo, que no es insólito en la melancolía de ciertos delirios crónicos. Comúnmente, son los hijos de melancólicos los que sucumben a una muerte injustificada. Puede ocurrir (suicidio con gas o con carbón vegetal) que los niños, más frágiles, pierdan la vida, y se logre reanimar en cambio al autor del drama.

Esto plantea delicados problemas médico-legales, pues el superviviente puede ser inculpado y hasta encarcelado por homicidio voluntario, lo cual no es muy apropiado para mejorar su disposición melancólica.

## **L. Suicidio Disimulados, Suicidio Coactivos, Suicidio Falso:**

Ciertos melancólicos, lúcidos y dueños de sí, preparan su desaparición con habilidad y presentación adecuadas para hacer sospechar una muerte natural o un atentado (accidentes ficticios de caza, por ejemplo): esto es el suicidio disimulado.

También hay desequilibrados, mitómanos que hacen gran ostentación de una tentativa de suicidio para impresionar a sus relaciones e imponer sus caprichos. Hay que determinar con precisión el grado de sinceridad en no pocos intentos de suicidio (ingestión de Luminal).

En el origen puede haber despecho, viva contrariedad, una decepción sentimental, pero los interesados toman ciertas precauciones (cálculo de tiempo o de lugar) para que se produzca a tiempo una intervención salvadora.

Es lo que se ha llamado a veces suicidio coactivo o chantaje por amenaza de suicidio. Sin embargo, cualquiera que sea el grado de sinceridad (sobre el que puede ser muy difícil emitir un juicio categórico), la tentativa de suicidio es siempre una llamada, que ante todo hay que saber oír e interpretar.

También se ha hecho mención del *suicidio por venganza* en ciertos individuos desgraciados o melancólicos que se dan la muerte y pretenden que la responsabilidad y el remordimiento pesen sobre aquellos a quienes tienen por causa de su desventura.

Finalmente, algunas personas que quieren evadirse de su vida actual para empezar otra en distinto lugar (mujeres infieles, estafadores), tratan de disfrazar su desaparición y presentada como suicidio, a cuyo fin escriben cartas de despedida en las que expresan su intención de quitarse la vida. (Recordar, texto de 1965).

#### **2.2.2.8. Teorías sobre el Suicidio e Ideas Suicidas**

##### **2.2.2.8.1 Teorías Biológicas**

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

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

En la exposición de su modelo, estos autores “toman el concepto de cerebro social o circuito baso lateral postulado por Deakin en 1996, que consta de las cortezas pre frontal y temporal del cerebro, las cuales ejecutando ciertas funciones a través de circuitos de retroalimentación. Por lo que, un primer subsistema del circuito baso lateral o cerebro social, consta de la corteza temporal en unión al hipocampo, el cual puede estar implicado en el procesamiento de la información sensorial.

Deakin ha planteado que la adaptación o tolerancia al estrés es la principal función de este sistema y que su alteración puede llevar a la subordinación, la baja autoestima y las ideas depresivas”.

Villalobos (2009) afirma que “los pacientes suicidas tienen niveles comparativamente bajos en dependencia del refuerzo, la cual puede llegar a ser evidente en el alejamiento y el aislamiento social. Más aún, los pacientes con intentos de suicidio tienen mayores niveles de producción de la hormona del estrés (cortisol) en comparación con otros pacientes psiquiátricos, con niveles de cortisol urinario correlacionando de manera negativa y significativa con las puntuaciones de dependencia del refuerzo. Esto significa que una baja dependencia del refuerzo refleja una baja resiliencia hacia estresores psicosociales. Esto se relaciona con el hecho de que un bajo nivel de búsqueda de refuerzo coincide con el sesgo atencional para percibirse a sí mismo, viéndose como un perdedor cuando se ve enfrentado con estrés psicosocial, aspecto que ha sido planteado como una de las características cognitivas centrales asociadas con la conducta suicida; basados en estas consideraciones”.

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

#### **2.2.2.8.2 Teorías Socioculturales**

Desde la visión sociológica, uno de los autores con mayor impacto en las teorías explicativas del suicidio fue Durkheim en 1989 (como se citó en Villalobos, 2009) quien en esencia propuso “que el suicidio es un efecto de la estructura social, debido a que el ser humano es por encima de todo, un ser social, el cual ha sobrevivido a través de la historia por

vivir y colaborar con los seres humanos que están a su alrededor. Por ello, la necesidad de sentirse parte de una comunidad está profundamente arraigada en los individuos; sin embargo, la comunidad es algo que va más allá de la mera suma de individuos y tiene un nuevo significado, tiene una cierta forma de existencia y poder. Es la comunidad la que proporciona la estructura para la existencia de los individuos y su tarea es crear y mantener aquellas normas y valores que son necesarias para hacer a la estructura lo suficientemente firme, distintiva y de apoyo.

Además que los seres humanos también necesitan ser ellos mismos, ser autónomos y creer en su propia identidad y en su propia significancia única y vital, tanto como individuo como comunidad”.

Para Villalobos (2009) la vida en comunidad “demanda al individuo la necesidad del control social, el cual esté basado en las normas y los valores que la estructura social determina. Así pues, una persona está sometida a las normas sociales, pero a la vez, ella misma aporta a la determinación de tales normas, lo que en esencia es ser parte de una comunidad.

A juicio de Durkheim, esta interacción resulta de gran importancia al ayudar a la sociedad a desarrollarse y a funcionar positivamente, así como al individuo para vivir en armonía consigo mismo y con su comunidad, lo que Durkheim denominó: el balance entre individualidad y comunalidad”.

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

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

### **2.2.2.8.3 Teorías Psicológicas**

#### **Teoría cognitiva.**

Beck en 1980 postula que “la intencionalidad suicida es un continuum, puesto que en un extremo está la definitiva intención de morir y en el otro, la intención de seguir vivo. Cuando el intento se realiza para continuar viviendo, la conducta suicida se usa para lograr algunos cambios interpersonales o para hacer que otros efectivamente den la ayuda requerida. Por el otro extremo, los motivos de la conducta suicida pueden ser: escapar de la vida, liberarse de un distress emocional, también conocido como cansancio emocional, que le resulta intolerable o evitar sentirse suicida pueden ser: escapar de la vida, liberarse de un distress emocional, también conocido como cansancio emocional, que le resulta intolerable o evitar sentirse atrapado. En algunas ocasiones la intención puede ser ambigua, siendo una confusión entre deseo de vivir y deseo de morir”.

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



salir de la situación desesperada, o bien para sentir que tienen un último sentido de control en sus vidas”.

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

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

### **2.2.3.- Historia Natural de la Infección por VIH.**

En la mayoría de los casos, la infección sigue un curso definido, caracterizado por un periodo de sintomatología aguda que se resuelve rápida y espontáneamente, seguido de un largo periodo sin síntomas y, finalmente, uno en el que el síndrome de desequilibrio del sistema inmunológico se hace evidente. Este patrón es diferente en el caso de la infección

pediátrica y en adultos mayores, en quienes evolucionan rápidamente, e n la mayoría de los casos hacia el deterioro y la muerte.

**Las tres fases características de la infección por VIH son:**

- **Síndrome retroviral agudo**: infección primaria por VIH; generalmente es asintomática pero la mitad de las personas con infección aguda pueden presentar un síndrome parecido a la mononucleosis infecciosa. Los síntomas se presentan entre dos y cuatro semanas luego de la infección y se caracterizan por fiebre, mialgias, artralgias, exantema morbiliforme, adenopatías, faringitis, úlceras de cavidad oral y otros signos, e incluso pueden manifestar compromiso neurológico en 10% de los pacientes como meningitis aséptica, encefalitis autolimitada, neuropatía periférica, mielopatía, parálisis de Beel o síndrome de Guillan Barré.

La duración de los síntomas es de catorce días en promedio, aunque puede ser hasta de dos meses. La mayor duración de éstos se correlaciona con una progresión más rápida al sida. Unas tres semanas después de iniciados los síntomas pueden detectarse anticuerpos anti VIH, tipo IgM, que aumentan hasta la quinta semana y en tres meses ya no son detectables; en ese momento ya se encuentran anticuerpos IgG contra proteínas de la envoltura y el Core viral. El diagnóstico de infección aguda por VIH se confirma con una prueba positiva de antígeno p24, generalmente acompañada de una prueba negativa para anticuerpos anti VIH.

Actualmente no hay tratamiento establecido para este periodo, porque los estudios con antirretrovirales han dado resultados contradictorios.

- **Periodo asintomático**: es de amplitud variable; se estima en aproximadamente cinco años. La mayoría de las personas carece de síntomas durante este periodo de la infección, excepto por la presencia de adenopatías, las cuales se correlacionan con una adecuada respuesta inmune y su desaparición se considera un signo inminente de inmunodeficiencia. Cuando se presentan síntomas o signos clínicos estos son casi exclusivamente de piel y mucosas, entre ellos: dermatitis seborreica en surco nasogeniano y línea de implantación del cabello, psoriasis, foliculitis pruriginosa causada por bacterias o por infiltración de eosinófilos. La leucoplasia vellosa oral aparece, generalmente, más tarde en la evolución de la infección, pero puede presentarse en este momento y es un hallazgo que siempre indica infección por VIH. También puede presentarse (menos de 5%) ulceraciones de cavidad oral, bien sea por Herpes simplex o de etiología desconocida.

Cuando el recuento de CD4 cae por debajo de 500 células empiezan a aparecer complicaciones clínicas menores, especialmente en piel.

**SIDA**: es la manifestación sintomática más grave de la infección por VIH, que se caracteriza por la aparición de un estado severo de inmunodeficiencia que condiciona, a su vez, la aparición de infecciones oportunistas, neoplasias inmunodependientes y otras entidades de patogenia aún poco conocida (encefalopatía por VIH, síndrome caquético).

### **2.2.3.1. Situación de VIH Y SIDA en el Perú.**

El ministerio de Salud (MINSA) ha reportado a través de la dirección regional de Epidemiología: **30,878** casos de SIDA y **51,757** casos de VIH, notificados en el Perú a noviembre 2013. Al evaluar las vías de transmisión sexual, parenteral y vertical, se evidenció que la transmisión de la epidemia en el Perú fue casi exclusivamente sexual (97%). La

transmisión perinatal fue del orden de 2% y la transmisión parenteral 1%. El 50% se infectó a una temprana edad: la mediana de la edad de infección por VIH es 31 años. La mayoría de los casos se presentaron en ciudades y departamentos de la costa y de la selva del

Perú, con mayor concentración urbana (Lima- Callao, Iquitos, Chiclayo, Trujillo, Pucallpa, Arequipa, Huancayo, Piura, Ica, Chimbote Huaraz). Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados.

En el Perú aproximadamente a diciembre del 2012, se han enrolado a TARGA en el país un total de 22148 pacientes: 21 562 adultos y 586 niños.

### **2.2.3.2. Terapia Antirretroviral**

La posibilidad de controlar al VIH mediante el uso de terapia antiviral específica fue determinada al final de la década de los 80s y principios de los 90s. No fue sino en los últimos cinco años, en los que el uso de antirretrovirales de gran actividad a base de combinaciones de diversos compuestos, cuando se demostró un cambio significativo en las expectativas de las personas infectados con VIH.

La enfermedad se transformó de un proceso con alta mortalidad (100% de casos) a una enfermedad crónica manejable con perspectivas de sobrevida con calidad de vida por varios años. El impacto de la terapia antiviral ha sido sustancial, con reducciones importantes en la mortalidad y morbilidad asociadas. A fines de los '90s y principios del milenio ya se conocía que la terapia de gran actividad era efectiva para disminuir la carga viral y recuperar el estado inmune, y que esto se lograba con una adherencia adecuada del tratamiento evitando la adquisición temprana de resistencia, y con la vigilancia de los efectos adversos e interacciones medicamentosas.

La implementación del programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), es definitivamente uno de los principales logros alcanzados por el país en la lucha contra la epidemia del VIH. Según informe de la ESNPyC ITS-VIH/SIDA, para el año 2012, 22148 PVVS recibían TARGA en el país, de los cuales 21562 (94.3%) eran adultos y 586 niños. Del total de adultos en TARGA, el 81 % se encuentra recibiendo un esquema de primera línea y el 18% un esquema de segunda línea. En el caso de los niños el 64% se encuentra recibiendo un esquema de primera línea, y el 33% recibe un esquema de segunda línea, una proporción elevada y mayor en comparación a la de los adultos, y que podría tener como factores asociados problemas en la adherencia al tratamiento, entre otros. Aproximadamente el 70% de los pacientes en TARGA se encuentran concentrados en Lima y Callao.

En la actualidad, el tratamiento de elección de la infección por el VIH consiste en la combinación de al menos 3 fármacos antirretrovirales. Esta nueva terapia se ha denominado genéricamente “Terapia Antirretroviral de Gran Actividad” (TARGA= o de Gran eficacia (TARGE)).

La terapia Antirretroviral de Gran Actividad está diseñada para suprimir la replicación viral, lo que resulta en incremento del recuento de CD4, mejoría de la función inmune, retraso de progresión clínica y prolongación del tiempo de supervivencia. Es considerada como una de las mejores estrategias costo-efectiva, introducidas en la última década porque reduce mortalidad, hospitalizaciones, incidencia de infecciones oportunistas, uso de servicios de salud y mejora la calidad de vida.

El MINSA en el 2013 pone a disposición la norma técnica para la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA en adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana, NT N° 2004 – MINSA/DGSP – V 0, en la que indica que toda persona con

diagnóstico de infección por VIH/SIDA será considerada para su ingreso a la terapia antirretroviral según su estado clínico, inmunológico y virológico.

### **2.2.3.1. Criterios para iniciar Terapia Antirretroviral**

1. En todo paciente sintomático, que se encuentre dentro de la clasificación B o C del CDC 1993, está indicada la terapia antirretroviral, independiente de los niveles de CD4 y carga viral, los cuales deben ser obligatoriamente realizados para el seguimiento y monitorización de la terapia antirretroviral.
2. En todo paciente con niveles de carga viral mayor a 55,000 copias/ml o recuento de células T CD4 menor de 200 cel./mm<sup>3</sup>, la terapia antirretroviral está indicada, independiente de las manifestaciones clínicas.
3. En todos los pacientes asintomáticos con un recuento de células T CD4 igual o mayor de 200 cel./mm<sup>3</sup>, la decisión de ingreso a la terapia antirretroviral será definida por el Comité de Expertos siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones:
  - Carga viral mayor o igual a 55,000 copias/ml.
  - La caída significativa del recuento de células T CD4 igual o mayor de 100 cel./mm<sup>3</sup> monitorizada cada 3 meses y carga viral mayor o igual a 55,000 copias/ml.
4. Los pacientes sintomáticos con recuento de células T CD4 por encima de 200 cel./mm<sup>3</sup> y carga viral menor de 55,000 copias/ml deberán ser monitorizados por el especialista regularmente cada 3 o 6 meses desde el punto de vista clínico, inmunológico y virológico a fin de evaluar la progresión de la infección.

### **2.2.3. Ideas Suicidas y VIH/SIDA**

Existe una compleja relación entre la enfermedad física y las ideas suicidas, considerándose incluso como un relevante factor de riesgo. Las personas con enfermedades que afectan el cerebro presentan altas tasas de suicidio si se les compara con personas que tengan otro tipo de enfermedades, incluso con aquellas que tienen enfermedades francamente malignas. Algunas de las enfermedades con las que se ha asociado el riesgo de suicidio son: la insuficiencia renal crónica con diálisis, neoplasias malignas de cabeza y cuello, VIH SIDA, lupus, enfermedades de la espina dorsal, trasplante de riñón, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple y úlcera péptica. Sin embargo, algunas de las enfermedades mencionadas anteriormente no incluyen afecciones cerebrales (Hughes y Kleepies, 2001; y Maris, 1981).

La ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH. Además, algunos estudios epidemiológicos han demostrado que los individuos con VIH tienen una mayor probabilidad de suicidarse que el resto de la población general (Belkin, Fleishman, Stein y cols., 1989; Haller y Miles, 2003). De hecho, según Rundel et al. (1992), Gala et al. (1992), McKegey y O'Dowd (1992) y O'Dowd, Biederman y McKegey (1993), el impacto diagnóstico de VIH/SIDA incrementa el riesgo de suicidio particularmente justo después de haber recibido el resultado positivo y de haberse distanciado de los amigos, mencionando que en otros dos momentos específicos podría incrementarse el riesgo suicida: en los seis meses posteriores a haber recibido el diagnóstico y en el momento en que aparecen los síntomas del SIDA. La primera prueba que mostraba un incremento del riesgo de ideas suicidas en pacientes con SIDA se obtuvo en Nueva York a partir del análisis de los casos de suicidio que se presentaron (Marzuk, Tierney y Tadriff, 1988, citado en García, 1998). Resultados semejantes se han obtenido en trabajos realizados en América

Latina (Plott, Benton y Winslade, 1989, citado en García, 1998). El estudio de Schneider (1989), tuvo como objetivo investigar los indicadores biológicos relacionados con la ideación suicida en pacientes con SIDA, así como la muerte por SIDA y los eventos de enfermedad en la predicción del intento suicida.

En la investigación de los casos de suicidio de pacientes con VIH, hay inconvenientes frente a los datos, entre ellos: que se desconoce la cifra real de prevalencia de infección por VIH en la población general. Además, existe una tendencia a registrar las muertes debidas a sobredosis de drogas en adictos como accidentales o involuntarias.

#### **2.2.4. Exploración Psicológica de un Paciente con VIH / SIDA**

En la exploración psicológica de un paciente con VIH se debe tener en cuenta la identificación de los factores que han demostrado ser predictores de una idea o riesgo suicida elevado; los factores psicosociales que pueden precipitar el suicidio en pacientes con VIH son: el estigma relacionado con la enfermedad, la retirada del apoyo familiar, la pérdida del puesto de trabajo, la dependencia de los demás para el desempeño de actividades de la vida cotidiana, la pérdida de personas allegadas y la amenaza de la enfermedad como algo inexorable y terminal (García, 1998). Las Ideas Suicidas parecen incrementarse en el período que sigue inmediatamente después de la notificación de la infección, lo que confirma la importancia de las estrategias de prevención en el momento de dicha notificación. Hay una serie de síntomas depresivos que se asocian con frecuencia a la conducta autolítica: Sentimientos de culpa, inquietud motora, anestesia afectiva, ideas delirantes y alteraciones graves del sueño (Crespo, Vicente, Ochoa y Morales, 1992).

Como ha sido mencionado, la Ideación suicida es un aspecto complejo biopsicosocial que resulta de la depresión, la soledad y el déficit o ausencia de soporte social. La infección por



VIH con todas sus negativas connotaciones y la discriminación que genera, puede ser una causa de intentos e ideación suicida. Algunos factores se han asociado a la ideación suicida en personas con VIH; por ejemplo, la orientación sexual (homosexual), la seropositividad del compañero, la pérdida de la pareja por SIDA, historia de autolesiones y presencia de síntomas físicos. Algunas de las variables psiquiátricas que predi-cen la ideación suicida incluyen el policonsumo de sustancias psicoactivas, historia de depresión y sensación de soledad y abandono (Glor y Smith, 2005).

El estigma ha sido considerado también como una variable predictora del suicidio y por supuesto, en países como la India y como los latinoamericanos, puede serlo mucho más. De hecho, existen algunos estudios realizados en la India acerca de la relación entre Ideación Suicida y el VIH que indican que estas personas intentas suicidarse antes de ser discriminadas o incluso, por miedo a ello (Chandra, Desai y Ranjan, 2005). Por ejemplo, en uno de los estudios que estos autores citan se evaluó la historia de intentos e ideaciones suicidas además de la depresión en 51 mujeres seropositivas, encontrándose persistencia de las ideaciones de este tipo en el 14% de las mujeres, ideas de muerte en el 20% e intentos suicidas en el 8%. Otro estudio realizado recientemente en Bangalore (India) y citado también por estos mismos autores, indica que dentro de los factores de riesgo para el suicidio están el sexo femenino, el bajo nivel educativo y presencia de malestar físico.

Incluso, reportan que las variables psiquiátricas asociadas al suicidio fueron las mismas que las reportadas a nivel mundial: depresión (73%), soledad y ansiedad (29%).

Los predictores más importantes de los intentos suicidas previos fueron una historia positiva de desórdenes psiquiátricos (particularmente diagnóstico de depresión), una larga historia de abuso de sustancias psicoactivas e historia familiar de intentos suicidas. Estos

hallazgos indican que las tasas de ideación suicida aumentan en los hombres seropositivos y que los factores psicosociales en esta población están estrechamente ligados con la intención y la ideación suicida.

En la sexta conferencia internacional sobre el SIDA, realizada en San Francisco, Atkinson et al. (2010), presentaron un estudio relacionado con la intención e ideación suicida en el VIH. El objetivo fue examinar la prevalencia y correlatos clínicos de la ideación e intención suicida en hombres homosexuales seropositivos y seronegativos, comparándolos con sujetos control. Se encontró que la presencia de trastornos psiquiátricos tales como la depresión y el abuso de sustancias elevan el riesgo en hombres homosexuales seropositivos y seronegativos homosexuales en comparación con los del grupo de control y contribuye significativamente con altas tasas de intentos e ideaciones suicidas. Así mismo, Gutierrez et al. (1990), encontraron que el afrontamiento evitativo y el aislamiento están estrechamente asociados con las conductas suicidas. Cuando las funciones neuropsicológicas declinan, puede incrementarse el afrontamiento inapropiado y esto a su vez, incrementar el riesgo de mayores conductas e ideaciones suicidas.

Otros de los factores relacionados con el incremento del riesgo de suicidio en los pacientes con VIH/ SIDA son el desorden mental orgánico, particularmente el delirium y la demencia, los cuales suelen presentarse en etapas avanzadas de la infección. De hecho, de acuerdo con Breibart (1987; 1990), en la evaluación predominan los signos de delirium superpuestos a la demencia SIDA. Así mismo, depresión, desesperanza, tristeza, nostalgia del pasado, culpas, múltiples duelos y aislamiento son en conclusión, los principales factores de riesgo para la conducta suicida en estos pacientes seropositivos.

## **2.4.- Hipótesis de la Investigación**

### **2.4.1. Hipótesis General.**

- Existe relación significativa entre el clima social familiar e ideación suicida de las personas con VIH del centro de ASPOV - Piura 2014.

### **2.4.2. Hipótesis Específicas**

- El nivel del clima social familiar es bajo en las personas con VIH del centro de ASPOV - Piura 2014.
- El nivel de ideación suicida es alto en las personas con VIH del centro de ASPOV - Piura 2014.
- Existe relación significativa entre la dimensión de desarrollo de clima social familiar e ideación suicida en las personas con VIH del centro de ASPOV - Piura 2014.
- Existe relación significativa entre la dimensión de relaciones del clima social familiar e ideación suicida en las personas con VIH del centro de ASPOV - Piura 2014.
- Existe relación significativa entre la dimensión de estabilidad del clima social familiar e ideación suicida en las personas con VIH del centro de ASPOV - Piura 2014.

### **III METODOLOGÍA**

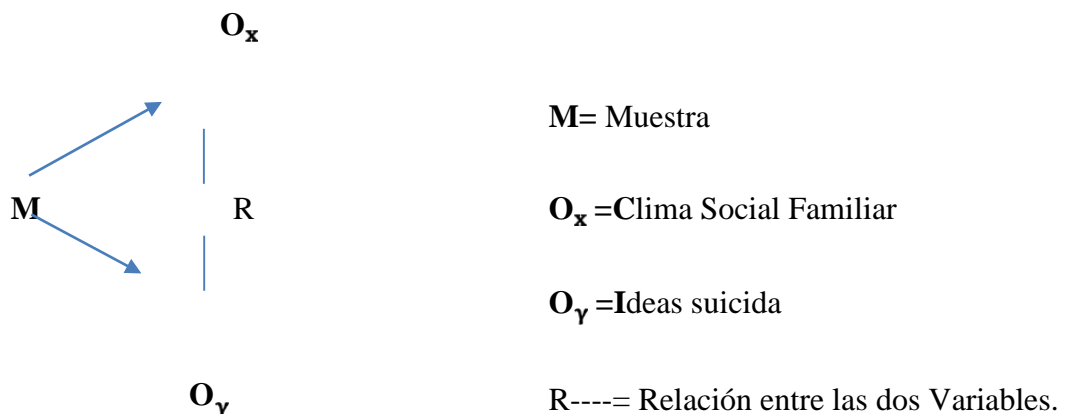
### 3.1. Tipo y Nivel de la Investigación.

Cuantitativo – Descriptivo- Correlacional. Es de tipo cuantitativo: Porque se utilizan magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística.

Descriptivo – Correlacional: debido que tiene como objetivo describir la incidencia de los niveles de las variables en la población para posteriormente determinar la relación entre dichas variables.

### 3.2. Diseño de la Investigación

La presente investigación es no experimental, porque la variable de estudios no son manipuladas, pertenecen a la categoría transeccional transversal, ya que se recolectaran los datos en un solo momento y tiempo único, teniendo como propósito describir variables y analizar su incidencia en interrelación en un momento dado. Hernández (2006). El diseño se esquematiza de la siguiente manera:



### **3.3. Población y Muestra**

#### **3.3.1 Población**

En el presente estudio se tuvo como población a todas las personas diagnosticadas con VIH del centro de ASPOV – Piura, 2014.

#### **3.3.2 Muestra**

La muestra es de 73 personas diagnosticadas de VIH, se seleccionó ambos sexos del centro de ASPOV – Piura, los cuales tenían edades comprendidas de entre 33 a 40 años.

#### **Criterios de Inclusión**

- Personas diagnosticadas con VIH.
- Ambos sexos.
- Recurrentes constantemente al centro.

#### **Criterios de Exclusión**

- Niños y adolescentes diagnosticados con VIH.
- Niños no diagnosticados con VIH Personal Administrativo.
- Pruebas anuladas.

### **3.4. Definición y Operacionalización de las variables.**

#### **3.4.1 Clima social familiar.**

**Definición Conceptual (D.C):** Entendido como la percepción que se tiene del ambiente familiar, producto de las interacciones entre los miembros del grupo familiar, en el que se

considera la comunicación, la libre expresión, la interacción conflictiva que la caracteriza, la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, la organización familiar y el control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. (Moos, 1997)

**Definición Operacional (D.O.):** El clima social familiar será evaluado a través de una escala que considera las siguientes dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad. De acuerdo a los puntajes alcanzados en el instrumento, se establecerán en las siguientes categorías:

VARIABLE	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	ITEMS
CLIMA SOCIAL FAMILIAR	RELACIONES	Cohesión	1 ,11,21,31,41, 51 ,61,71,81.
		Expresividad	2 ,12,22,32,42, 52 ,62,72,82.
		Conflicto	3 ,13,23,33,43, 53 ,63,73,83.
	DESARROLLO	Autonomía	4 ,14,24,34,44, 54 ,64,74,84.
		Área de Actuación	5 ,15,25,35,45, 55 ,65,75,85.
		Área Social Recreativo	7 ,17,27,37,47, 57 ,67,77,87.

		Área Intelectual	6 ,16,26,36,46,
		Cultural	56 ,66,76,86.
		Área de Moralidad	8 ,18,28,38,48,
		Religiosidad.	58 ,68,78,88.
	ESTABILIDAD	Área de Organización	9 ,19,29,39,49,
		Área de Control	59 ,69,79,89.
			10,20,30,40,50,
			60,70,80,90.

Puntajes		
Muy buena	:	59 a +
Buena	:	55 a 58
Tendencia buena	:	53 a 54
Media	:	48 a 52
Tendencia mala	:	46 a 47
Mala	:	41 a 45
Muy mala	:	40 a –

### 3.4.2. La Escala de Ideación Suicida

**Definición Conceptual (D.C):** planes, ideas o pensamientos de un sujeto a cerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo. (Beck, 1979)

**Definición Operacional (D.O):** La ideación suicida se medirá por medio de los siguientes reactivos, en la última semana (Anexo):



- No podía “seguir adelante”
- Tenía pensamientos de muerte
- Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a)
- Pensé en matarme (Roberts, 1980)

<b>Escala de Ideación Suicida</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Aron Beck</b>	Deformación de pensamiento, el cual presenta distorsiones cognitivas, es decir; errores sistemáticos en los pensamientos lo cuales desencadenan esquemas que afectan las creencias respecto al yo o al entorno (Beck, 1999)	Actitud hacia la Vida/Muerte	1,2,3,4 y 5
		Pensamientos/deseos Suicidas	6,7,8 y 9
		Proyecto de intento Suicida	10, 11, 12 y 13
		Desesperanza	14, 15, 16, 17 y 18

### 3.5. Técnicas e Instrumentos

**Técnicas:** La técnica que se utilizó en la investigación fue Cuestionario.

**Instrumentos:** los instrumentos utilizados fueron la Escala de Clima Social Familiar (FES) de R.H Moss. B.S. Moos y la escala de Ideación suicida de Aaron Beck.

#### 3.5.1 Ficha Técnica Escala de Clima Social Familiar FES

Nombre Original: Escala de Clima Social Familiar (FES)

Autores: RH. Moos, B.S. Moos y Aron Beck,

Adaptación:	TEA Ediciones S.A., Madrid, España, 1984
Administración:	Individual y Colectiva
Duración:	Variable (20 minutos Aproximadamente)
Significación:	Evalúa las características socio ambientales y las relaciones personales en familia.

**Tipificación:** Baremos para la forma individual o grupal, Elaborado con muestras para Lima Metropolitana.

**Dimensiones que mide:** Relaciones (Áreas: Cohesión, Expresividad, Conflicto), Desarrollo (Áreas: Autonomía, Actuación, Intelectual- cultural, Social- Recreativo y Moralidad- Religiosidad), Estabilidad (Áreas: Control y Organización).

**Instrucciones para la Calificación:** Para la calificación del FES, coloque la parrilla sobre la hoja de respuestas, cuente de manera lineal las V (verdadero) y F (Falso) que coincidan con la parrilla. Coloque la sub Escala que evalúa, y anote el puntaje bajo la columna de PD.

Recuerde que cada coincidencia equivale a un (1) punto. En cada fila no puede haber más de 9 (Apéndice “E”).

- 0 – 1: Muy mala
- 2: Mala
- 3: Tendencia Media
- 4 – 5: Media
- 6: Tendencia Buena
- 7: Buena
- 8 – 9: Muy Buena

## **Validez y confiabilidad**

### **Validez:**

Validez externa: Se asegurará la validez externa presentando el instrumento a 3 expertos en el área a investigar, quienes con sus sugerencias brindarán mayor calidad y especificidad al instrumento. Validez interna: Para la validez interna, se obtendrá a través del análisis de correlación ítem-test, utilizando para ello el estadístico de

Correlación de Pearson.

### **Confiabilidad:**

Para medir la confiabilidad del instrumento se utilizara el índice de confiabilidad

Alfa de Cron Bach. La validez y confiabilidad se realizará en cada sub proyecto que se derive del Proyecto línea de investigación.

### **3.5.2 Ficha técnica de la Escala de Ideación Suicida de Beck.**

Nombre de la prueba: Escala de ideación Suicida de Beck, (Scale for Suicide Ideation, SSI).

Autor: Beck (1970).

Año de Publicación: Beck (1979) da a conocer su inventario.

Adaptada por Bobadilla y otros en Chiclayo (2004).

Administración: Individual y colectiva.

**Descripción de la prueba:** La escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala eteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el

que alguien pensó o está pensando suicidarse. La escala de Ideación Suicida consta de 18 ítems con respuesta SÍ y No; de las cuáles su puntuación oscila entre 1 y 2.

**Interpretación de la Prueba:** El Interno tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 1 – 2, la suma total va a ser de acuerdo a la sumatoria de los valores asignados por cada ítem; así mismo se utilizará una planilla para la calificación.

**Puntuación:**

18 – 23, Bajo

24 – 29, Medio

30 – 36, Alto

**Indicadores de la Escala:** Actitud hacia la vida / muerte Pensamientos / deseos Proyecto de Intento de Suicidio Desesperanza.

**Validez y Confiabilidad:** Con respecto a la validez total de la Escala de Ideación Suicida adaptada; Beck (2004) utiliza un análisis factorial y halla 3 factores principales en la construcción de la escala de intencionalidad suicida; misma que coincide por Plutchik en el análisis factorial de la Escala, demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales. En cuanto a la confiabilidad es de 0.81 coincidiendo con Plutchik (2004), la coincidencia interna de la escala era de 0.84 coincide con Beck (0.82) siendo su consistencia interna elevado de 0.82.

### **3.6. Plan de Análisis.**

Para el plan de análisis, se utilizó la estadística en cuestión a una base de datos a través del paquete estadístico SPSS. Para determinar la correlación entre las variables de estudio se utilizó el Chi Cuadrado (nivel de significancia)  $\alpha = 0.05$ .

### **3.7. Principios Éticos**

Se contó con la previa autorización de las autoridades de la institución. Previo a la aplicación del cuestionario se les explico a las personas diagnosticadas con VIH del centro de ASPOV – Piura, el objetivo de la investigación; asegurándoles que se mantendrá de manera anónima la información obtenida de los mismos.

Para seguridad de los evaluados se les hizo firmar un consentimiento informado, de manera que si rehúsa a firmarlo, se le excluirá del estudio sin ningún perjuicio para ellos.

## **IV. RESULTADOS**

## 4.1 Resultados

**Tabla 1.**

Relación de Clima Social Familiar e Ideación Suicida de las Personas con VIH del Centro ASPOV. Piura, 2014.

		<b>Ideación suicida</b>
	Correlación de Pearson	,143*
<b>Clima social familiar</b>	Sig.(bilateral)	,022
N	73	

\*La Correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: escala del clima social familiar y escala de ideación suicida.

**Descripción:** Se puede evidenciar que existe relación significativa entre Clima Social Familiar e Ideación Suicida de las Personas con VIH del Centro ASPOV. Piura. Lo que permite concluir que las variables evaluadas y relacionadas son dependientes entre sí.

**Tabla 2.**

Niveles del Clima social familiar de las personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.

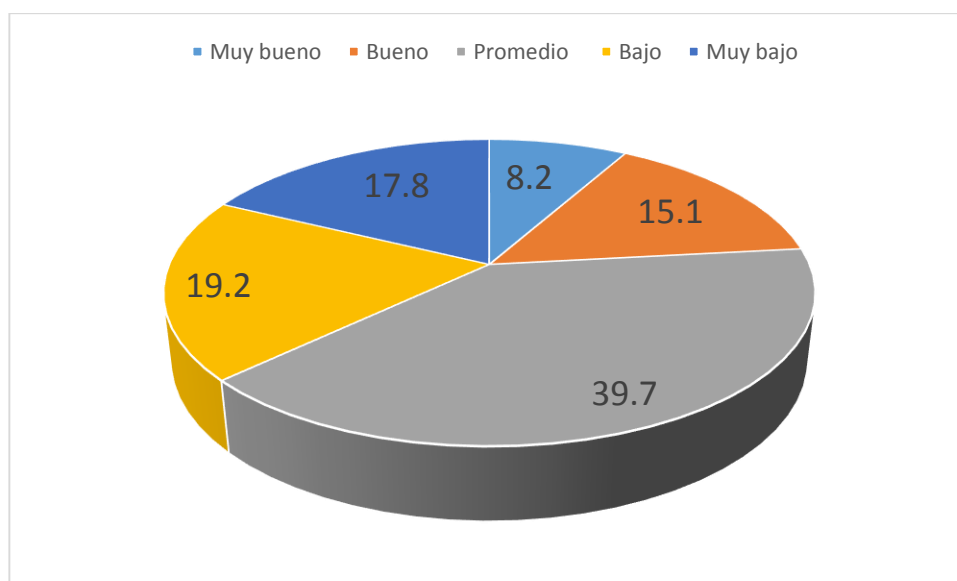
Niveles	f	%
Muy bueno	6	8.2
Bueno	11	15.1
Promedio	29	39.7
Bajo	14	19.2
Muy bajo	13	17.8
Total	73	100.0

Fuente: Escala del clima social familiar.

En la tabla 2 se observa que la mayoría 39.7% de las personas con VIH del centro ASPOV se ubican en el nivel promedio, el 37% en los niveles bajos y el 23.3% en los niveles altos del clima social familiar.

**Figura 1.**

Niveles del Clima social familiar de las personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.



Fuente: tabla 2.



**Tabla 3.**

Ideación suicida de las personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.

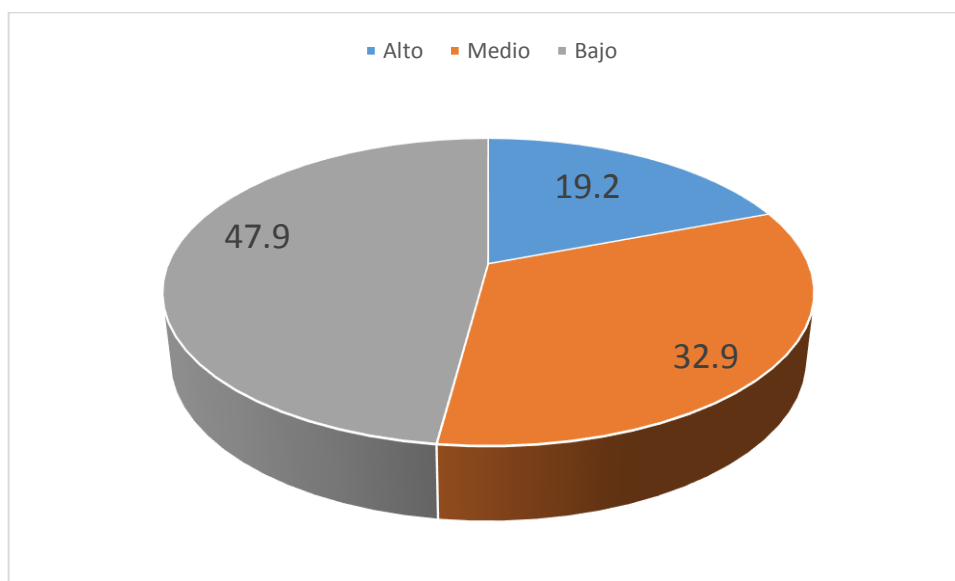
Niveles	f	%
Alto	14	19.2
Medio	24	32.9
Bajo	35	47.9
Total	73	100.0

Fuente: Escala de Ideación suicida.

En la tabla 3 se observa que la mayoría 47.9% de las personas con VIH del centro ASPOV se ubican en el nivel bajo, mientras que el 32.9% en el nivel medio y por último el 19.2% en el nivel alto de la escala de ideación suicida.

**Figura 2.**

Ideación suicida de las personas con VIH del centro de ASPOV. Piura, 2014.



Fuente: (Iden Tabla III).

**Tabla 4**

Relación de la Dimensión Relaciones del Clima Social Familiar e Ideación Suicida de las Personas con VIH del Centro ASPOV. Piura, 2014

		<b>Ideación suicida</b>
	Correlación de Pearson	,136*
<b>Dimensión Relaciones</b>	Sig.(bilateral)	,019
	N	73

\*La Correlación es significativa al nivel 0,05 (Bilateral)

Fuente: escala del clima social familiar y escala de ideación suicida.

**Descripción:** Se puede evidenciar que existe relación significativa entre la Dimensión Relaciones del Clima Social Familiar e Ideación Suicida de las Personas con VIH del Centro ASPOV – Piura. Lo que permite concluir que las variables evaluadas y relacionadas son dependientes entre sí.

**Tabla 5.**

Relación de la Dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar e Ideación Suicida de las Personas con VIH del Centro ASPOV. Piura, 2014.

		<b>Ideación suicida</b>
	Correlación de Pearson	,138*
<b>Dimensión desarrollo</b>	Sig.(bilateral)	,019
	N	73

\*La Correlación es significativa al nivel 0,05 (Bilateral).

Fuente: escala del clima social familiar y escala de ideación suicida

**Descripción:** Se puede evidenciar que existe relación significativa entre la Dimensión de Desarrollo del Clima Social Familiar e Ideación Suicida de las Personas con VIH del Centro ASPOV – Piura. Lo que permite concluir que las variables evaluadas y relacionadas son dependientes entre sí.

**Tabla 6.**

Relación de la Dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar e Ideación Suicida de las Personas con VIH del Centro ASPOV. Piura, 2014.

		<b>Ideación suicida</b>
	Correlación de Pearson	,244*
<b>Dimensión Estabilidad</b>	Sig.(bilateral)	,018
	N	73

\*La Correlación es significativa al nivel 0,05 (Bilateral).

Fuente: Escala del clima social familiar y escala de ideación suicida.

**Descripción:** Se puede evidenciar que existe relación significativa entre la Dimensión de Estabilidad del Clima Social Familiar e Ideación Suicida de las Personas con VIH del Centro ASPOV – Piura. Lo que permite concluir que las variables evaluadas y relacionadas son dependientes entre sí.

## 4.2 Análisis de Resultados

En la presente investigación se determinó que sí existe relación entre Clima Social Familiar y la Ideación Suicida, en una muestra caracterizada por personas diagnosticadas con VIH. Del mismo modo, se halló también correlaciones con cada una de las dimensiones del Clima Social Familiar como son: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad con la variable Ideación Suicida. Lo que se puede decir que lo que define Moos como Clima Social Familiar a una atmósfera psicológica donde se describe las características psicológicas e institucionales de un determinado grupo humano situado sobre un ambiente, influirá de manera directa a lo que define Aaron Beck a la ideación suicida como planes, ideas o pensamientos de un sujeto a cerca del suicidio, así como de las expectativas de cómo llevarlo a cabo. Lo que podemos concluir que la familia en esta investigación no desencadena una ideación suicida sino todo lo contrario ayudar a aminorar la intensidad de esta.

Lo que es similar a los resultados obtenidos pero en diferente población en la investigación de **Santiago Prado, Arnold Fernando (2012)**; lo cual concluye que si existe relación entre Ideación Suicida y Clima Social Familiar en estudiantes de cuarto y quinto grado de Educación Secundaria de una Institución Educativa Estatal de Chiclayo. Esto significa que cuando en las áreas de clima familiar se obtienen puntajes altos, los puntajes en Ideación suicida son bajos, de igual modo se puede observar que cuando en la familia reina el estrés, la discordia, la agresión intrafamiliar, etc. generando un clima negativo la familia y demás miembros tienen alta probabilidad de pensar en el suicidio como una forma de escapar de ese ambiente.

Se halló que el clima social familiar de la personas con VIH del centro de ASPOV en la ciudad de Piura, que el 40 % de las personas se encuentran en un nivel “Promedio”, y 19% en un nivel “malo” siendo estos los porcentajes más elevados. Un nivel promedio se evidencia o

se refiere a un estado de Clima Social Familiar en el que es estable como también se puede llegar a elevar como lo contrario, en todo caso se refiere a que la familia tienen preponderancia de resolver de manera positiva sus problemas.

En cuanto a Ideación Suicida, se halló que el 48% se encuentra en un nivel “Bajo” y el 19% en un nivel “Medio”, recalcando que si el clima social familiar baja la ideación suicida tiende a subir. Dato que coincide con lo expresado en los resultados estadísticas de (MINSA 2009); el núcleo familiar es un desencadenante para un desequilibrio emocional, vinculado a ideaciones suicidas, nuestro país no es ajeno a este ámbito. Así, refiriendo que se quitan la vida 650 personas, donde esta problemática se ha convertido no solamente individual sino social, así mismo similar a los resultados encontrados por Gatti et al. (2011), con un 39% en África, que si bien existe similitud entre los porcentajes de nuestra investigación con las investigaciones internacionales, son diferentes los motivos, puesto que en las investigaciones internacionales podría deberse a que existe un mayor soporte emocional en los pacientes, mayor accesibilidad a los establecimientos de salud, y más conocimiento y conciencia de la enfermedad. Mientras que por medio de una breve entrevista previa con cada uno de los pacientes de nuestra investigación, al momento de la aplicación del instrumento, se reconoció que hay una cantidad regular de pacientes en los que no hay conciencia de la seriedad de su propia enfermedad, esto quiere decir que desconocen lo que es el VIH, o simplemente no lo consideran como algo grave, que interfiere con sus actividades diarias, ellos quizá podrían ser quienes presentaron nivel bajo de ideación suicida; sin embargo, también hay pacientes que muestran cierta resignación ante la enfermedad, al saber que es una enfermedad crónica, y que no cuentan con habilidades de resiliencia, podría ser lo que probablemente los llevó a pensar en acabar o atentar contra sus vidas en más de una ocasión, e incluso hasta planificaron algún de intento suicida, lo que representaría a la cantidad de pacientes con nivel

medio, y uno o dos que quizá tuvo un intento fallido, que se ve representado en el 19% de pacientes con nivel alto.

En cuanto a la dimensión Relaciones del Clima Social Familiar e Ideación Suicida se encontró una relación significativa ( $,136^*$ ), definiendo como el grado y el estilo de comunicación, así como el nivel de conflicto que se da en la familia influirá en la ideación suicida de las personas que reciben apoyo por el Centro ASPOV. Es así que para los pacientes con VIH primero piensan en que les va afectar como se relacionan con los demás y es así que la familia interviene para ayudarlo a seguir normal con su vida con las relaciones tanto en lo afectivo como lo amical.

Con respecto a la dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar e Ideación Suicida se encontró de igual manera una relación significativa ( $,138^*$ ) definiendo e influyendo así como al valor en el fomento de los procesos de desarrollo personal de los miembros de la familia en los pensamientos suicidas de las personas que acuden al Centro ASPOV. En lo que se puede concluir que el desarrollo personal si bien es cierto es afectado por un lado en lo social la familia también interviene de manera en que el afectado siga con su instrucción educativa.

En cuanto a la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar según los resultados encontrados se evidencia una relación significativa ( $,244^*$ ), por lo tanto definiendo así la dimensión como la evaluación del grado en que se estructura y organiza la vida familiar, así como el grado de control que se ejerce sobre los miembros de la familia influyendo en el pensamiento de acabar con la propia existencia.

### **4.3. Contrastación de Hipótesis**

De lo hasta aquí desarrollado, a lo largo de la presente investigación, el análisis y contrastación de las variables correspondientes a las hipótesis, objeto de la presente tesis, permite determinar que se Aceptan:

#### **Hipótesis General:**

H.: Existe relación significativa entre el Clima Social Familiar e Ideación suicida en personas con VIH del Centro ASPOV Piura.

#### **Hipótesis Específicas**

H3: Existe relación significativa entre la dimensión de Desarrollo del Clima social Familiar e Ideación suicida en las personas con VIH del centro de ASPOV – Piura.

H4: Existe relación significativa entre la dimensión de Relaciones del Clima social Familiar e Ideación suicida en las personas con VIH del centro de ASPOV – Piura.

H5: Existe relación significativa entre la dimensión de Estabilidad del Clima social Familiar e Ideación suicida en las personas con VIH del centro de ASPOV – Piura.



**Se Rechazan:**

**Hipótesis Específicas**

H1: El nivel del clima social familiar es bajo en las personas con VIH del centro de ASPOV –Piura 2014.

H2: El nivel de Ideación Suicida es alto en las personas con VIH del centro de ASPOV – Piura.

## **V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1 Conclusiones

- ✓ Sí existe correlación entre clima social familiar e Ideación suicida en personas con VIH del Centro ASPOV Piura.
  
- ✓ El nivel de mayor porcentaje con respecto al Clima Social Familiar en personas con VIH del Centro ASPOV Piura, fue el nivel “media” con un 40% del total de la población.
  
- ✓ El nivel de mayor porcentaje con respecto a la Ideación Suicida en personas con VIH del Centro ASPOV Piura, fue el nivel “bajo” con un 48% del total de la población.
  
- ✓ Sí existe relación entre Ideación Suicida y la Dimensión de Relación del Clima Social Familiar en personas con VIH del Centro ASPOV Piura.
  
- ✓ Sí existe relación entre Ideación Suicida y la Dimensión de Desarrollo del Clima Social Familiar en personas con VIH del Centro ASPOV Piura.
  
- ✓ Sí existe relación entre Ideación Suicida y la Dimensión de Estabilidad del Clima Social Familiar en personas con VIH del Centro ASPOV Piura.

## 5.2 Recomendaciones.

- ✓ se recomienda establecer programas preventivos-promocionales que permitan fortalecer, mejorar y propiciar un adecuado Clima Social Familiar, de manera que se involucre a la familia para evitar o disminuir los niveles de ideación suicida en las personas con VIH.
  
- ✓ Se sugiere aplicar programas psicológicos, Esto permitirá en las personas que acuden al Centro ASPOV a desarrollarse en un ambiente de aceptación y confianza en sí mismas. Puesto que el Clima Social Familiar está relacionado con la Ideación Suicida.
  
- ✓ Realizar programas con los Familiares, donde se aborde la problemática en mención, se aplique estrategias de intervención temprana, reconocimiento de señales de alarma de una posible ideación suicida y qué hacer frente al mismo; promocionando así la cohesión familiar, logrando que la familia se compenetre, se sienta unida emocionalmente y desarrolle un fuerte sentimiento de pertenencia, a pesar que no necesariamente cohabiten.
  
- ✓ Se recomienda la creación de espacios a nivel multidisciplinario, integrando instituciones de salud involucradas en el bienestar de las personas, donde puedan expresar abierta y libremente sus emociones, sentimientos, opiniones y valoraciones, en actividades como por ejemplo: teatro, psicodramas, juego de roles, dinámicas, etc. Que permitan canalizar y autorregular los Ideación suicida y clima social Familiar

sentimientos de minusvalía personal e ideas autodestructivas, apuntando hacia la formación de una personalidad sana.

- ✓ Se sugiere seguir realizando investigaciones con otras variables psicológicas en relación con el clima social familiar; de modo que junto con el estudio de la ideación suicida, permitan tener una mejor idea acerca del impacto que suscita el clima social familiar en el comportamiento de las personas que padecen de VIH.

## REFERENCIAS.

Aguilar M. Diaz, E. (2010). *Relación entre resentimiento e ideación suicida en las adolescentes de 14 a 17 años de edad de las instituciones educativas femeninas de la ciudad de Chulucanas.*

Amezquita. & otro (2008). *Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grados, en ocho colegios oficiales de Manizales.*

Bayona Zapata Gaby Mabel (2012). *Clima social familiar e ideación suicida en adolescentes de un Institución educativa estatal del distrito de la unión, 2012. Universidad Cesar Vallejo -Piura.*

*Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de infección por VIH/SIDA atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unànue. Abril 1998 a abril 2004. Huamani, C. Lima : Tesis para optar el título de Medico Cirujano - UNMSM, 2005.*

*Características epidemiológicas, clínicas y laboratoriales de los pacientes con SIDA en tratamiento antirretroviral Hospital III Iquitos ESSALUD. Enero 2002 a Diciembre 2003.*

Murrieta, R. Iquitos: Tesis para Optar el Título de Médico Cirujano de la FMH - UNAP, 2004. *Características de Pacientes con VIH/SIDA del Hospital III Iquitos ESSALUD: Algunas características clínicas y epidemiológicas 1996 - 2003.*  
C., Zegarra. iquitos : Tesis para optar el título de médico cirujano de la FMH - UNAP, 2004.

Collins J., Rodriguez L., Castillo R., Hidalgo J., Gutiérrez L., Salazar R. Lima: *II Congreso Peruano de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.* 2001.

Castellanos Sirlopú Ruperto, Soza Carrillo Fiorella (2014), *Ideación Suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los distritos de pueblo nuevo y de Ferreña fe*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo.

Daar ES, Pilcher CD, Hecht FM. *Clinical presentation and diagnosis of primary HIV-1 infection*. Curr Opin HIV AIDS 2008 and 3:10.

Daar ES, Little S, Pitt J, et al. *Diagnosis of primary HIV-1 infection*. Los Angeles County Primary HIV Infection Recruitment Network. Ann Intern Med 2001 and 134:25.

Escala de Ideación suicida de Beck.

Eugenio, S. y Zelada, M. (2011). *Relación entre estilos de afrontamiento e ideación suicida en pacientes viviendo con VIH del GAM “Somos Vida” del Hospital Nacional Sergio E. Vinales de la ciudad de Lima*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán. Pimentel, Perú.

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

Hernández, S. R., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. 2 edición Mc Graw-Hill.

Landa, A.(2011). *Relación existente entre depresión, ideación, intento y riesgo suicida en pacientes que padecen enfermedades terminales de los hospitales de la ciudad de Piura*.

- Larraguibel, M. & Gonzales, P. (2000). *Factores de Riesgo de la Conducta Suicida en niños y adolescentes. Revista Chilena de Pediatría. 71(3): 183-191* Ideación Suicida en adolescentes
- Ministerio de Salud. Norma Técnica para el TARGA en Adultos infectados por el VIH. Lima: MINSa and V.01, 2004. NT N° 004- MINSa/DGSP –.
- Organización de la Naciones Unidas en el Perú (2013). *Lucha contra el VIH/Sida*. Recuperado de: <http://onu.org.pe/temas/lucha-contra-el-vihsida/>.Perú: Sistema de las Naciones Unidas en el Perú.
- Ministerio de Salud. *Situación del VIH/SIDA en el Perú*. Lima: Dirección General de Epidemiología 2013.
- Quinn TC. *Acute primary HIV infection*. JAMA and 278:58.UNAIDS 2008. Reporto n the Global AIDS epidemi. Geneva 20012. Tha AIDS 20012 impact Report Evidence to.
- Revista científica de la universidad lo Ángeles de Chimbote Vol. 1 N° 1, Enero – Junio 2010 Chimbote, Perú.
- Reyes Valdez & Héctor Eduardo (2008). *El comportamiento suicida y su relación con el auto concepto y la depresión en los adolescentes*.
- Moos, R., Moos, B. S., & Trickett, E. (1993). Escala de clima social familiar (FES). Madrid España: TEA Ediciones SA.



Santiago Prado, Arnold Fernando (2012). *Realizo la investigación sobre Ideación suicida y clima social familiar en estudiantes de una institución educativa estatal de Chiclayo.*

Sistema de las Naciones Unidas en el Peru. *El VIH y el Sida en el Peru.* ONUSIDA Peru. Noviembre. 2013.

## ANEXOS

**ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR (FES) – R. H. MOOS**

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 mi casa peleamos mucho
4. Nadie en mi casa decide por su propia cuenta
5. Creemos que es importante ser los mejores e cualquier cosa que hagamos
6. En mi familia, a menudo hablamos de temas políticos y sociales
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre
8. Mi familia asiste frecuentemente a diversas actividades de la iglesia
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado
10. Muy pocas veces se dan reuniones obligatorias en mi familia
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos “pasando el rato”
12. Siempre podemos hablar de los que nos parece o queremos dentro de mi familia
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos
14. En mi familia nos esforzamos para mantener la independencia de cada uno
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida
16. Casi nunca asistimos a exposiciones conferencias, etc.
17. Mi familia recibe frecuentemente visitas
18. En mi casa no rezamos en familia
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios
20. En mi familia hay pocas normas que cumplir
21. El esfuerzo está presente en lo que hacemos en casa
22. Es difícil desahogarse sin molestar a todos en mi familia
23. En la casa a veces nos molestamos tanto que golpeamos o rompemos algo
24. Cada quien decide por sus propias cosas en mi familia
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno
26. Es muy importante aprender algo nuevo o diferente
27. En mi familia alguien practica deporte
28. Nos interesa el sentido religioso en mi familia y lo conversamos con temas como la navidad, semana santa, etc.
29. Cuando necesitamos algo en casa es difícil encontrarlo
30. Las decisiones de mi casa son tomadas por una sola persona
31. En mi familia estamos fuertemente unidos
32. Nuestros problemas personales lo comentamos en familia
33. Los miembros de la familia casi nunca expresamos nuestra cólera
34. En casa cada uno entra y sale cuando quiere
35. Mi familia acepta la competencia y respeta al que gana
36. Las actividades culturales nos interesan muy poco
37. Frecuentemente vamos al cine, excursiones, paseos con mi familia
38. No creemos en el cielo o en el infierno
39. En mi familia la puntualidad es muy importante
40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida
41. Es raro que se ofrezca un voluntario cuando hay algo que hacer en casa

42. Si a alguien de la casa se le ocurre hacer algo, lo hace sin consultar primero
43. Frecuentemente nos criticamos unos a otros en mi familia
44. En mi familia las personas tienen poca vida privada
45. Tratamos de hacer que las cosas se hagan cada vez un poco mejor
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales
47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones
48. Los miembros de mi familia tienen una idea clara de lo que está bien y lo que está mal
49. En mi casa se cambia de opinión con facilidad
50. En mi casa se pone mucha importancia al cumplimiento de las normas
51. En mi familia nos apoyamos unos a otros
52. En mi familia si alguien se queja hay otra persona que se siente mal
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema
55. En la casa nos preocupamos poco por los asensos en el trabajo o las notas en el colegio
56. Alguno de nosotros toca algún instrumento
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas fuera del trabajo o del colegio
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe
59. En mi casa se aseguran que los dormitorios queden limpios y ordenados
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor
61. En mi familia hay poco ejercicio de trabajo en grupo
62. Se conversan libremente los temas de dinero
63. Cuando ocurre un desacuerdo todos los miembros de mi familia trata de mantener la calma
64. Cada miembro de mi familia defienden sus propios derechos
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos por tener éxito
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias
67. Las personas de mi familia van a clases particulares por interés
68. Los miembros de mi familia piensan diferente sobre lo que es bueno y lo que es malo
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada uno
70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiere
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros
72. Frecuentemente ponemos cuidado en todo lo que nos decimos
73. Los miembros de mi familia estamos enfrentados unos con otros
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás
75. "Primero es el trabajo luego es la diversión", es una norma en mi familia
76. En mi casa ver la tv es más importante que leer
77. Frecuentemente los miembros de mi familia salimos a divertirnos
78. En mi casa leer la biblia es algo importante
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado
80. En mi casa las normas son muy rígidas y tienen que cumplirse
81. En mi familia se concede mucha atención 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. No existe libertad en mi casa para expresar lo que se piensa  
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo en el estudio. 86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura  
87. En mi familia la principal diversión es escuchar radio o ver tv  
88. En mi familia se cree que todo aquel que haga algo malo recibirá su castigo  
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer  
90. En mi familia es difícil se salga con la suya

### **Criterios de Calificación**

Verdadero	V=1
Falso	F=0

\*Los ítems encuadrados son de dirección negativa y su calificación es en sentido opuesto.

## HOJA DE RESPUESTAS

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **Sección:** \_\_\_\_\_ **N° de hermanos:** \_\_\_\_\_

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

## CLAVE DE RESPUESTAS

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **Sección:** \_\_\_\_\_ **N° de hermanos:** \_\_\_\_\_

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

### Validez y confiabilidad

**Validez:**

Validez externa: Se asegurará la validez externa presentando el instrumento a 3 expertos en el área a investigar, quienes con sus sugerencias brindarán mayor calidad y especificidad al instrumento.

Validez interna: Para la validez interna, se obtendrá a través del análisis de correlación ítem-test, utilizando para ello el estadístico de Correlación de Pearson.

**Confiabilidad:**

Para medir la confiabilidad del instrumento se utilizara el índice de confiabilidad Alfa de Cron Bach. La validez y confiabilidad se realizará en cada sub proyecto que se derive del Proyecto línea de investigación.



**“AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL  
COMPROMISO CLIMÁTICO”**

Solicita Permiso para la  
Ejecución de Proyecto de  
Investigación.

Señorita. Encargada del centro de ASPOV, Piura.

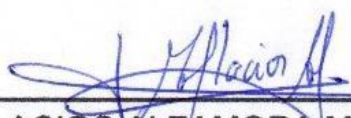
PALACIOS ALZAMORA, Mayra Vanessa, identificada con DNI N° 72513945, alumna perteneciente a la escuela de Psicología de la Universidad católica los Ángeles de Chimbote, filial Piura, ante usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que siendo requisito para culminar mis estudios universitarios, el aplicar un trabajo de investigación dentro del ámbito rural o urbano marginal y que habiendo preparado el proyecto de investigación denominado: CLIMA SOCIAL FAMILIAR E IDEAS SUICIDAS EN PERSONAS CON VIH DEL CENTRO DE ASPOV- PIURA 2014. Solicito a usted me conceda la autorización correspondiente para realizar dicho proyecto en la institución que usted tan dignamente dirige.

POR LO EXPUESTO:

Espero acceda a mi pedido.

Piura, 10 de febrero del 2014

  
\_\_\_\_\_  
PALACIOS ALZAMORA MAYRA VANESSA  
DNI. N° 72513945.