

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



TESIS

La relación de la comunicación en la familia y el apoyo de los padres, en el riesgo suicida de los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021.

Presentada por

Melody Anette Varela Osorio

Para optar al grado de Máster en Psicología Clínica

Asesor:

Msc Miguel Landa Blanco

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.

13 de octubre, 2022

LISTADO DE AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Doctor Francisco José Herrera Alvarado
Rector Interino

Máster Belinda Flores de Mendoza
Vice-Rectora Académica

Abogada Emma Virginia Rivera Mejía
Secretaria General

Máster Magda Elsy Hernández
Directora de Docencia

Doctor Armando Euceda
Director Sistema de Estudios de Postgrado

Doctora Carmen Julia Fajardo
Decana Facultad de Ciencias Sociales

Máster María José Irías Escher
Coordinadora General Postgrados Facultad de Ciencias Sociales

Máster Andrea Castillo
Jefa de la Escuela de Ciencias Psicológicas

Máster Yaraní Echenique
Coordinadora Académica Maestría en Psicología Clínica

Máster Miguel Landa Blanco
Coordinador de Investigación y Vinculación de la Maestría en Psicología Clínica

Agradecimientos

Agradezco de forma especial a mi asesor de tesis y coordinador de investigación y vinculación de la Maestría en Psicología Clínica, el Máster Miguel Landa Blanco, por su apoyo, dirección, paciencia, orientación, disposición y por compartir siempre con entusiasmo su conocimiento y el ímpetu que transmitió para culminar este trabajo; sus consejos y motivación fueron trascendentales para llegar hasta aquí.

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo en primer lugar al Señor Jesús que siempre me ha guiado y me ha dado las fuerzas para conquistar cada una de las metas que me he propuesto.

A mi esposo y a mi hija, que son mi motor y mi motivación para seguir adelante y ser su ejemplo. Gracias por siempre apoyarme en todo y creer en mí.

A mi madre por su apoyo incondicional, ya que fue una pieza fundamental para poder llegar hasta el final.

Resumen

El suicidio es definido como la acción deliberada, donde un individuo decide ponerle fin a su vida. Según la Organización Mundial de la Salud, cada año, aproximadamente 703,000 personas ejecutan el suicidio y en el año 2019, fue la cuarta causa de muerte dentro del grupo etario de 15 a 29 años a nivel mundial; en Honduras este tipo de casos ha ido en aumento en los últimos años, especialmente en la población adolescente. El objetivo de este estudio, es analizar la relación entre la comunicación familiar, apoyo parental y el riesgo suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021; se realizó el análisis desde el enfoque cuantitativo; para la recolección de información, se utilizó una ficha de datos sociodemográficos y tres escalas para evaluar los constructos psicológicos de interés, las cuales fueron: Escala Parental Breve, Escala Breve de Relación Familiar y la Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida. Siendo uno de los mayores hallazgos, que la mayoría de los estudiantes, declararon que cuentan con el apoyo de sus padres o cuidadores y que mantienen una buena relación en la familia, produciendo sentido de pertenencia dentro de la misma; además de comunicación asertiva y adecuada resolución de conflictos, siendo estos factores de protección y seguridad, dando como resultado, el que no tengan ideas ni deseos suicidas. Se concluye de forma general, que el apoyo parental y la buena comunicación familiar, en el adulto joven es fundamental para evitar o prevenir la ideación o intentos suicidas.

Palabras clave: Suicidio, adolescencia, apoyo parental, prevención, familia

Abstract

Suicide is defined as the deliberate action, where an individual decides to end his life. According to the WHO, each year, approximately 703,000 people commit suicide and in 2019, it was the fourth cause of death within the age group of 15 to 29 years worldwide; In Honduras, these types of cases have been increasing in recent years, especially in the adolescent population. The objective of this study is to analyze the relationship between family communication, parental support and suicide risk in students of the National Autonomous University of Honduras, in the year 2021; the analysis was carried out from the quantitative approach; For the collection of information, a sociodemographic data sheet and three scales were used to evaluate the psychological constructs of interest, which were: Brief Parental Scale, Brief Family Relationship Scale and Suicidal Cognition-Behavior-Affect Scale; being one of the greatest findings, that the majority of the students declared that they have the support of their parents or caregivers and that they maintain a good relationship in the family, producing a sense of belonging within it; In addition to assertive communication and adequate conflict resolution, these being protection and safety factors and resulting in the fact that they do not have suicidal ideas or desires. It is generally concluded that parental support and good family communication in young adults is essential to avoid or prevent suicidal ideation or attempts.

Keywords: Suicide, adolescence, parental support, prevention, family

Contenido

Capítulo 1: Planteamiento del Problema.....	14
1.1 Construcción del objeto de estudio	14
1.2 Preguntas de investigación	18
1.3 Objetivos de la investigación	19
1.3.1 Objetivo general.	19
1.3.2 Objetivos específicos.	19
1.4 Justificación	19
Capítulo 2: Marco Teórico.....	21
2.1 Suicidio	21
2.1.1 Definición de suicidio.....	21
2.1.2 Diferencia entre ideación suicida, intento suicida y suicidio	24
2.1.3 Factores de riesgo en el suicidio	25
2.2 Adolescencia.....	33
2.2.1 Concepto de adolescencia	36
2.2.2 Características de la adolescencia	37
2.2.3 Cambios en la adolescencia	39
2.2.4 El adulto joven.....	46
2.3 Apoyo parental	48
2.3.1 Definición de estilo y apoyo parental.....	48
2.3.2 Dimensiones del estilo parental	50
2.3.3 El apoyo parental, soporte al adolescente y joven adulto	51
2.4 Comunicación en la familia	52
2.4.1 Tipos de Familia.....	52
2.4.2 Concepto de comunicación familiar.....	55
2.4.3 Tipos de comunicación familiar	57
2.4.4 Influencia de la comunicación familiar en los jóvenes	59
Capítulo 3: Marco Contextual.....	61
3.1 El suicidio, un fenómeno humano universal	61
3.2 El suicidio en el mundo	62
3.3 El suicidio en Honduras.....	65
3.4 Prevención y control del suicidio	67

Capítulo 4: Metodología de la Investigación	70
4.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación	70
4.2 Técnicas de recolección de información	71
4.2.1 Escala Parental Breve	71
4.2.2 Escala Breve de Relación Familiar	72
4.2.3 Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida	72
4.3 Población y muestra	73
4.4 Consideraciones éticas	76
4.5 Plan de análisis	76
Capítulo 5: Resultados	78
5.1 Descripción de Escala Apoyo Parental	78
5.1.2 Comparación de la Escala Apoyo Parental según sexo	81
5.2 Descripción de Escala Relaciones Familiares	83
5.2.1 Comparación de la Escala Relaciones Familiares según sexo	88
5.3 Descripción de Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida	90
5.3.1 Comparación de la Escala Riesgo Suicida según sexo	92
5.4 Relación entre apoyo parental, relaciones familiares y riesgo suicida	93
Capítulo 6: Discusión	96
6.1 Conclusiones	96
6.2 Recomendaciones e implicaciones para la práctica	98
6.3 Limitaciones e investigaciones futuras	100
Referencias Bibliográficas	101
Anexos	108
Consentimiento Informado:	108
Instrumentos aplicados	109
Escala Parental Breve	109
Escala Breve de Relación Familiar	110
Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida	111

Índice de Anexos

Anexo 1 Consentimiento Informado	108
Anexo 2 Escala Parental Breve	109
Anexo 3 Escala Breve de Relación Familiar	110
Anexo 4 Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida	111

Índice de Figuras

Figura 1 Comparación de puntajes de las subescalas de Apoyo Parental	78
Figura 2 Comparación de puntajes de las subescalas de Relaciones Familiares.....	83

Índice de Tablas

Tabla 1 Artículos sobre investigaciones de factores familiares que influyen en la ideación suicida de los adolescentes	33
Tabla 2 Desarrollo Psicosocial de los Adolescentes	36
Tabla 3 Escala de cognición-comportamiento-afecto suicida.....	73
Tabla 4 Distribución de la edad de los participantes	74
Tabla 5 Actividad de los participantes	75
Tabla 6 Facultades a las que pertenecen los participantes	75
Tabla 7 Personas con quien viven los participantes	76
Tabla 8 Resultados Escala Apoyo Parental.....	81
Tabla 9 Intervalo de Confianza para la D de Cohen en Apoyo Parental.....	82
Tabla 10 Comparativo Escala Apoyo Parental según Sexo.....	82
Tabla 11 Resultados Escala Relaciones Familiares.....	88
Tabla 12 Intervalo de Confianza para la D de Cohen en Relaciones Familiares	89
Tabla 13 Comparación Relaciones Familiares según sexo	89
Tabla 14 Resultados Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida	92
Tabla 15 Intervalo de Confianza para la D de Cohen en Riesgo Suicida.....	92
Tabla 16 Comparativo Riesgo Suicida según sexo	93
Tabla 17 Correlación entre variables	95

Introducción

El suicidio, es la forma voluntaria e intencional de quitarse la vida, siendo esta una acción fatal e irremediable, al que no se le aduce comprensión alguna (Sue y otros, 2010). Además, este es un evento doloroso que enluta familias, comunidades y países, provocando en las personas cercanas a la víctima, secuelas duraderas. El mismo puede suceder a cualquier edad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año, aproximadamente 703,000 personas ejecutan el suicidio y en el año 2019, fue la cuarta causa de muerte dentro del grupo etario de 15 a 29 años, a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La situación en Honduras es alarmante; durante el periodo de enero 2015 a diciembre de 2020, los suicidios han cobrado la vida de 2,274 personas. En el año 2019 en promedio de cada 20 horas y 13 minutos, una persona en el país llevó a cabo el suicidio (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

Aunado a esto, en los últimos años ha incrementado este tipo de casos, especialmente en la población adolescente, siendo el grupo etario más afectado el de los 15 a 39 años, que corresponde al 47.2% de las víctimas (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la etapa de la juventud inicia a los 15 años y se extiende hasta los 25 años; es decir, se calcula que el 18% de la población mundial son jóvenes. Esta etapa de la vida se caracteriza por ser enérgica y extrema, sin embargo, surgen situaciones que los desequilibran y es cuando deciden poner fin a sus vidas, evidenciando las conductas suicidas o el suicidio (Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018).

Por lo tanto, el propósito de este estudio es investigar cuál es la incidencia entre la comunicación familiar, el apoyo parental y el riesgo suicida en los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), en el año 2021; es decir, el confirmar o descartar si dichas variables sirven como factor de protección en el riesgo suicida de los estudiantes de la UNAH; siendo su objetivo principal: “Analizar la relación entre la comunicación familiar, el apoyo parental y el riesgo suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021”.

El rango de población de este estudio es de 18 a 21 años; siendo importante conocer la relación del apoyo parental y la comunicación en esta etapa y el desenvolvimiento del joven adulto, ya que, si no contó con ese apoyo en las etapas de la adolescencia anteriores; al ir en aumento su independencia, podrá tener dificultades y ver su salud mental comprometida, siendo vulnerable a padecer algún tipo de trastorno emocional o depresión (Gaete, 2015).

Por otra parte, muchos jóvenes adultos, no sienten la necesidad de independizarse o no lo pueden lograr, debido a que se les dificulta encontrar un trabajo; provocando que la independencia se retrase y permanezcan junto a sus padres por más tiempo, situación que explica el por qué en los últimos años, se ha prolongado la edad de la adolescencia (Silva, 2008).

Para esta investigación se realizó el análisis desde la óptica del enfoque cuantitativo; como técnica de recolección de información, se utilizó una ficha de datos sociodemográficos y tres escalas para evaluar los constructos psicológicos de interés, las cuales fueron: Escala Parental Breve, Escala Breve de Relación Familiar y Escala de cognición-comportamiento-afecto suicida.

La aplicación del instrumento fue en formato digital, mediante la plataforma Google Forms. Además, se seleccionó una muestra intencional por conveniencia, donde participaron 280 estudiantes inscritos en la UNAH; de los cuales 202 (72.1 %) eran mujeres y 78 (27.8%) hombres. El rango de edad fue de 18 a 21 años con una edad media de 19.87 ($DE= 1.04$); dicha selección fue por medio del apoyo recibido de docentes de UNAH.

Una vez obtenidos los puntajes de cada una de las escalas aplicadas, se realizó el análisis estadístico, donde se calcularon los resultados de estas, con cada una de las medidas de tendencia central, con el fin de obtener el puntaje promedio, y luego correlacionar estos datos con el coeficiente de correlación de r de Pearson con cada una de las escalas aplicadas y además se realizaron las comparaciones por sexo. La hipótesis establecida consiste en que, al existir apoyo parental y buena comunicación en la familia, el riesgo suicida en los estudiantes universitarios disminuye.

El análisis de resultados revela que la mayoría de los encuestados, declararon que cuentan con el apoyo de sus padres o cuidadores y que mantienen una buena relación en la familia, produciendo sentido de pertenencia dentro de la misma; además de comunicación asertiva y la adecuada resolución de conflictos, siendo estos factores de protección y seguridad, dando como consecuencia, el que no tengan ideas ni deseos suicidas.

En el Capítulo 1 se plantea el problema de investigación su justificación y objetivos; en el Capítulo 2 se exponen los fundamentos teóricos; en el Capítulo 3 se muestra el contexto del tema desarrollado, en el Capítulo 4 se detalla la metodología de investigación utilizada, el plan de análisis, los instrumentos utilizados y consideraciones éticas; en el Capítulo 5 se presentan los resultados obtenidos y en el Capítulo 6 se exponen las conclusiones, recomendaciones del estudio.

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

1.1 Construcción del objeto de estudio

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), no solo por la ausencia de un trastorno mental, sino, como un estado de completo bienestar tanto en lo físico, como en lo mental y lo social (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Al obtener este estado de bienestar es cuando el individuo es consciente de sus capacidades, con las que puede afrontar las adversidades cotidianas de la vida; permitiéndole trabajar de manera productiva y fructífera, siendo capaz de contribuir con su comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Tomando este concepto de base, podemos aseverar que la salud mental puede ser afectada por diferentes factores a lo largo de la vida, siendo los más significativos los factores biopsicosociales, factores estresantes y emociones negativas, en las relaciones interpersonales, de matrimonio o familiares y las relacionadas con el trabajo o discriminación social (Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018).

Es decir, que todas las personas pueden ser sensibles a la alteración de su salud mental; sin embargo, en la etapa de la adolescencia la vulnerabilidad es aún mayor, debido a todos los cambios que los jóvenes pueden enfrentar en este periodo de la vida (Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la etapa de la juventud inicia a los 15 años y se extiende hasta los 25 años; por lo que se calcula que el 18% de la población mundial son jóvenes. Esta etapa de la vida se caracteriza por ser enérgica y

extrema, donde también surgen situaciones que provocan desequilibrios y al no saber cómo sobrellevarlos, dan lugar al suicidio (Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018).

En relación a lo anterior, la OMS define los siguientes términos de la siguiente manera: El suicidio es el acto de quitarse la vida de forma voluntaria; así mismo, el intento de suicidio, es toda acción suicida que puede mostrarse con autolesiones intencionales, intoxicaciones, o daños hacia la persona, pero que no culmina con la muerte; sea que esta acción haya tenido o no esa intención, además, el comportamiento suicida se compone de una variedad de conductas que pueden ser la ideación suicida, planear el acto de suicidio, desear realizar el suicidio y por último, ejecutar el suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2014).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11(11va ed.) se define el Intento Suicida como un suceso puntual de conducta autolesiva que tiene como fin, acabar con su propia vida de forma consciente; y el comportamiento suicida lo define como acciones específicas para llevar a cabo el terminar con su vida, tales como almacenar o conseguir fármacos o adquirir un arma de fuego, sin conformar como tal un intento de suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Según datos proporcionados por la OMS, cada año el número aproximado de personas que consuman el suicidio es de 703, 000 y el número de intentos suicidas es aún mayor. En el año 2019, el suicidio se convirtió en la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, siendo esta población la más afectada. Por otra parte, en ese mismo año, se destaca que el suicidio se manifestó en un 77% en los países de ingresos medianos y bajos, afectando a sus familias, comunidades y países con consecuencias significativas y duraderas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que las enfermedades mentales en los adolescentes no son debidamente abordadas y en la mayoría de los casos, ni si quiera son descubiertas, ni controladas, aun cuando estos tienen su inicio antes de los 14 años. Los datos estadísticos que surgen sobre estos trastornos padecidos por los adolescentes y jóvenes, dentro del grupo etario de 15 a 29 años, ubican a la depresión en el tercer lugar de incidencia y al suicidio en segundo lugar. Por otra parte, el uso de alcohol y drogas ilícitas en los adolescentes y jóvenes, aumentan el riesgo de tener otras conductas nocivas para sí mismos (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

En este orden de ideas, es importante analizar en esta investigación, los temas relacionados a la familia, como ser la comunicación y el apoyo parental; ya que como lo afirman, otras investigaciones, son elementos que pueden incidir o prevenir la ideación y conducta suicida en los adolescentes y jóvenes, ya sea que ellos cuenten o no con dichos elementos en la dinámica familiar.

La comunicación en la familia es fundamental, porque, desde el nacimiento hasta ser un adulto, se va construyendo la relación entre los miembros de esta, donde se aprende a expresar emociones y se percibe el sentido de pertenencia y de aceptación dentro del núcleo familiar (Alfonso Hernández, Valladares González, Rodríguez San Pedro, & Selín Ganén, 2017).

Esto permite que se vaya creando un grado de satisfacción y cohesión dentro de la familia cuando este se da de forma satisfactoria y positiva y por el contrario, al no existir una comunicación adecuada, se producirán sentimientos de resentimiento, enojo, tristeza; experiencias y conductas negativas que pueden resultar de riesgo para la persona o miembros de la familia que lo perciben y viven de esa forma y por consiguiente la

generación de conflictos en el entorno familiar es mayor (Alfonso Hernández, Valladares González, Rodríguez San Pedro, & Selín Ganén, 2017).

El apoyo parental es esencial en la vida de los hijos y cobra mayor importancia en la etapa de la adolescencia. Cuando un individuo ha formado parte de una familia y ha recibido el adecuado apoyo parental durante su desarrollo, provocará que cuando llegue a la adultez, pueda tomar buenas decisiones, sea responsable e independiente (Gaete, 2015).

En la última etapa de la adolescencia, es cuando el joven adulto se dirige hacia el camino de adquirir su identidad y aprender a ser autónomo, por lo tanto, si el joven no ha contado con ese apoyo, se le dificultará enfrentar las situaciones y vivencias que experimentará de adulto, pudiendo desarrollar conductas autolesivas, trastornos emocionales y depresión (Gaete, 2015).

La situación en Honduras es alarmante, ya que, durante el periodo de enero 2015 a diciembre de 2020, los suicidios han cobrado la vida de 2,274 personas. En el año 2019 en promedio de cada 20 horas y 13 minutos, una persona en el país llevó a cabo el suicidio (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

Por otra parte, el grupo etario más afectado, son los niños, niñas y jóvenes, ya que el suicidio en menores de 18 años sumó el 11.4% (260) del total de jóvenes, y dentro de este grupo etario, el que obtuvo mayor número de suicidios fue de 15 y 17 años, con 181 muertes; cabe destacar que a este grupo se le calificó como vulnerable, ya que estos adolescentes y jóvenes no contaron una red de apoyo para aprender a enfrentar situaciones estresantes (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

El propósito de este estudio es investigar cual es la incidencia entre la comunicación familiar, el apoyo parental y el riesgo suicida en los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021; es decir, el confirmar o descartar si dichas variables sirven como factor de protección en el riesgo suicida de los estudiantes de la UNAH.

Inicialmente se había decidido trabajar con adolescentes en las edades de 13 a 19 años, pero debido a la pandemia, no se pudo conseguir los permisos en los centros educativos y, por ende, el consentimiento informado de los padres. Por tal motivo, se decidió cambiar las edades a estudiantes universitarios de la UNAH entre 18 y 21 años, ya que este rango de edad pertenece a la etapa del adulto joven y también contamos con el consentimiento informado de cada uno de los participantes.

1.2 Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el nivel de riesgo suicida de los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021?
- ¿Cuál es el nivel de apoyo parental, para el riesgo suicida de los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021?
- ¿Cuál es el nivel de comunicación familiar, para el riesgo suicida de los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021?
- ¿Cuál es la relación entre comunicación familiar, el apoyo parental y riesgo suicida en los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 *Objetivo general.*

Analizar la relación entre la comunicación familiar, el apoyo parental y el riesgo suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021.

1.3.2 *Objetivos específicos.*

- Describir los niveles de riesgo suicida de los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021.
- Describir los niveles de apoyo parental, en el riesgo suicida de los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021.
- Describir los niveles de comunicación familiar, en el riesgo suicida de los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021.
- Determinar la relación entre comunicación familiar, apoyo parental y riesgo suicida en los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021.

1.4 Justificación

La razón principal de llevar a cabo esta investigación es para hacer un aporte a la UNAH, a la sociedad y apoyo a los jóvenes con ideas o intentos suicidas, debido a que, en los últimos años, esta es la población que ha sido más afectada, al tomar esta fatal decisión; además, se proyecta que será un apoyo en la reducción de la incidencia de suicidios en nuestro país (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

Lastimosamente, el suicidio continúa siendo un tema tabú en la sociedad hondureña, debido a que no es abordado con la importancia o ímpetu que este debería tener y en la

mayoría de la población, son desconocidas sus causas, signos y síntomas; aun cuando estas pueden ser identificadas y prevenir el acto mismo. Por otro lado, es imperativo tomar en cuenta el entorno el que se desenvuelven los jóvenes; Bronfenbrenner (1987) y Belsky (1980) afirman que estos escenarios, al ser positivos, pudieran favorecer al desarrollo de la conducta prosocial de los jóvenes; por lo que, es necesario conocerlos y establecer estrategias que sirvan de protección en su entorno; siendo la familia el vínculo o sistema más próximo al adolescente (Frías-Armenta, López-Escobar, & Díaz-Méndez, 2003).

Los beneficios de esta investigación radicarán en que se brindarán herramientas y recomendaciones a las distintas facultades de la universidad, para que, por medio de la promoción y orientación en el manejo del tema, pueda llegar a los jóvenes y por ende a sus padres o cuidadores, para tratar el suicidio.

Ya que les servirá para poder identificar los signos y síntomas antes de que el acto suceda y poder crear conciencia del tema, además de potenciar los recursos que actualmente tiene la carrera de psicología para poder brindar apoyo psicológico gratuito.

Los beneficiarios directos serían los estudiantes universitarios, ya que con la promoción de los servicios psicológicos que brinda la carrera de psicología, en las diferentes facultades de la universidad, tendrán conocimiento de dónde poder recibir atención psicológica al presentar ideación o intentos suicida. Así mismo, al recibir atención psicológica los estudiantes, pueden ser intervenidos como familia con los padres o cuidadores, teniendo la oportunidad de aprender herramientas para modificar o mejorar los estilos de crianza y así detectar el problema a tiempo.

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1 Suicidio

2.1.1 Definición de suicidio

El suicidio se ha presentado de diferentes maneras desde la ideación, el intento, hasta el suicidio consumado, tomado como elección en la historia de la humanidad, para enfrentar los problemas y circunstancias difíciles de la vida (Rodríguez Hernández, Valladares González, Selín Ganen, González Brito, & Cabrera Macías, 2019).

La ideación suicida, se refiere a lo que piensa la persona; la intención de realizar el acto del suicidio se refiere a lo que la persona siente; así mismo, cuando surgen las amenazas, se refiere a lo que la persona dice y por último cuando la persona ejecuta el intento de suicidio, se refiere al acto mismo (Pacheco P & Peralta L, 2015).

Consecuentemente, se puede observar que, el suicidio, está relacionado de forma directa con la muerte; ya que tiene el mismo significado: el dejar de pensar, dejar de sentir y dejar de actuar, por ende, se vuelve necesario definir de forma exacta lo que se debe comprender por “suicidio” y luego describir o enfatizar los pensamientos, emociones y conductas que están afines al mismo (Pacheco P & Peralta L, 2015).

El suicidio, es la forma voluntaria e intencional de quitarse la vida, siendo esta una acción fatal e irremediable, al que no se le aduce comprensión alguna (Sue y otros, 2010). Por otra parte, la palabra suicidio significa matarse a sí mismo, término que tiene su origen de las expresiones latinas: *sui* y *occidere*; en otras palabras, el suicidio, es el hecho autoinfligido para provocarse la muerte en forma intencionada y planeada (Nizama, 2011).

El suicidio también es definido como la acción deliberada donde un individuo decide ponerle fin a su vida (Real Academia Española, 2016). Además, el suicidio se

refiere al acto consciente de dar fin a su existencia y se toman en cuenta todos los fallecimientos que fueron producto directa o indirectamente por la conducta del victimario, logrando alcanzar su meta final (Corpas, 2011).

Es importante destacar, que sin importar los valores morales que la persona pueda tener, la decisión del suicidio es ambivalente, y está cubierta por las tensiones personales o sociales que el individuo esté atravesando, además que una vez que el suicidio se lleva a cabo, no hay forma de revertirlo. Varios profesionales de la salud mental coinciden en que, si a la persona suicida se le hubieran mostrado la forma de manejar este tipo de crisis, no se quitarían la vida de forma tan consiente (Sue y otros, 2010).

El suicidio ha estado presente desde los tiempos antiguos, en distintas épocas, vinculado a rituales religiosos y en otras circunstancias; como una salida a situaciones extremas de esclavitud y sufrimientos. El suicidio ha sido aceptado o rechazado desde el inicio de la humanidad, según el pensamiento dominante de cada época. En la historia, se puede observar que ha sido transferido de cultura a cultura, formándose así conceptos, tales como que es producto de una enfermedad o padecimiento mental, como una falta a la moral y otros simplemente lo aceptan y muestran comprensión del acto mismo (Pacheco P & Peralta L, 2015).

Desde el punto de vista de Durkheim, el suicidio puede surgir de la incapacidad de una persona para pertenecer a la sociedad. Es decir, el individuo no tiene las herramientas necesarias para acceder a los sistemas de apoyo que la sociedad brinda y que son imprescindibles para lograr adaptarse a la misma, lo que provoca que la persona decida alejarse de esta sociedad y a que viva solo (Durkheim, 2012).

Además, hizo una diferenciación entre tres tipos de suicidios que responden a tres diferentes formas de sociabilidad; el primero es el suicidio egoísta, que surge cuando las

normas sociales existentes, brindan una considerable independencia de decisión en sus miembros y cuando la sociedad no está lo adecuadamente unida entre sí. Para Durkheim (1892), este tipo de suicidio egoísta no corresponde a una negación de la sociedad por parte del individuo, por el contrario, este está unido a ella, siendo la influencia de la sociedad, la que beneficia al progreso del egoísmo (citado por Romero & Gonnet, 2013).

El segundo tipo es el suicidio altruista y sucede cuando la conciencia colectiva domina enérgicamente al individuo, ya que el predominio de la división social del trabajo y la similitud entre las conciencias colectiva y la individual es mínima, por lo tanto, la persona se suicida porque cree que tiene la obligación de hacerlo, lo que es contrario al suicidio egoísta, siendo más común en las sociedades donde permanecen demasiado unidas o enlazadas (Romero & Gonnet, 2013).

Y en tercer lugar está el suicidio anómico, que sucede cuando el individuo carece de normas sociales, es decir, la persona no identifica lo que es justo o injusto, lo genuino o lo que es aceptable, percibe una ausencia de reglas que mantengan el control de la comunidad. Podría asegurarse que este es similar al suicidio egoísta, pero ambos tienen marcadas diferencias, ya que el suicidio egoísta surge por un exceso de individualismo y el suicidio anómico, se produce por la ausencia de regulaciones a la sociedad, es decir, las causas que los producen son diferentes (Romero & Gonnet, 2013).

Como se puede observar, varios autores coinciden, en que el suicidio es un acto voluntario, donde el mismo individuo se provoca daño, para querer evitar o dar solución a su problemática actual. Por otra parte, es necesario identificar las diferencias entre los siguientes términos:

2.1.2 Diferencia entre ideación suicida, intento suicida y suicidio

El acto del suicidio es un evento que viene a afectar a todas las personas cercanas a la persona fallecida, tales como sus familiares y amigos. Según Casullo (2005); se puede afirmar que esta acción realizada por un solo individuo genera un fuerte impacto en la familia y en sus cercanos, debido a la incertidumbre, a la falta de información del porqué de los hechos y también por ser un acto que no tiene reversa, generando dudas e intentando realizar acciones para afrontar esta realidad (citado por Vianchá Pinzón , Bahamón Muñetón , & Alarcón Alarcón, 2013).

Consecuentemente, según Goldney et al (1989) la ideación suicida y el intento suicida, es lo que precede al suicidio, siendo este la culminación final. La ideación suicida se refiere a los procesos cognitivos que inician desde ideas sobre no querer vivir o no estar satisfecho con su vida, continuando con imaginaciones o ilusiones autodestructivas, hasta llegar a la reflexión de planes específicos para dar fin a su vida (citado por Vianchá Pinzón , Bahamón Muñetón , & Alarcón Alarcón, 2013).

Del mismo modo, se enfatiza que las ideas suicidas son el anhelo y pensamiento de acabar con su vida, sin que esto conlleve a realizarlo; también, estos deseos o ideas pueden manifestarse de varias formas, tales como en las que no se tiene ningún plan específico o en su defecto, con un plan muy bien organizado; además del anhelo de morir, como una representación, acompañada con una adecuada planificación, considerándose esta idea, la más letal de todas. (Blandón Cuesta, Carmona Parra, Mendoza Orozco, & Medina Pérez, 2015).

Por otra parte, Casullo (2005) afirma que el intento suicida se compone de diferentes conductas tales como acciones autolesivas y manipuladoras o intentos de

terminar con su vida con actos donde se dañan a sí mismos, pero que no resulta mortal (citado por Vianchá Pinzón , Bahamón Muñetón , & Alarcón Alarcón, 2013).

También, otros autores coinciden en que el intento suicida consiste en varios actos o desatenciones realizados por la misma persona con el fin de causar la muerte, pero que al final no concluye con esta (Blandón Cuesta, Carmona Parra, Mendoza Orozco, & Medina Pérez, 2015).

Por consiguiente, el suicidio viene a ser el resultado o la culminación de la ideación e intento suicida, es todo fallecimiento que fue el resultado indirecto o directo, ejecutado por el sujeto, el cual puede ser denominado como positivo, cuando la realización se dio por parte de la víctima y se le llama negativo cuando las acciones dejaron de realizarse y dieron como resultado la muerte (Blandón Cuesta, Carmona Parra, Mendoza Orozco, & Medina Pérez, 2015).

2.1.3 Factores de riesgo en el suicidio

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas y a pesar de su gran trascendencia en términos de salud pública, el suicidio sigue siendo un tema tabú del que apenas se habla. Sin embargo, desde hace años se considera necesario la visualización de esta realidad.

No hay una edad específica para que ocurra el suicidio, sin embargo, es importante destacar que, en el año 2016, fue la principal causa de muerte entre las personas con edades comprendidas entre 15 a 29 años en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Se ha constatado en diferentes estudios que existen diferentes factores personales que influyen en que los adolescentes tengan conductas suicidas; dentro de estos factores se encuentran el sexo, la edad, orientación o identificación sexual debido a la reacción que la familia pueda tener, el estado civil, rasgos de personalidad, padecimientos mentales y enfermedades físicas adquiridas previamente (Serrano-Ruiz & Olave-Chaves, 2017).

En cuanto al sexo, la tasa de suicidio consumado en Estados Unidos, es casi 4 veces mayor en los hombres, en comparación con las mujeres. Cabe destacar que, en cuanto al intento de suicidio, es la mujer quien lo intenta más que el hombre, ya que el hombre por tener acceso a medios letales, son quienes llegan a ejecutarlo (Sue y otros, 2010).

El estado civil es otro elemento que muestra cierta influencia en la conducta suicida, dado que algunos estudios refieren que el estar casado actúa como protección, mientras otros afirman que no (Sánchez-Teruel, 2012).

Además, otros opinan que las personas que están separadas o divorciadas están en un riesgo mayor, sin embargo, este factor está sujeto a la correlación entre la edad y el sexo de la persona (Sánchez-Teruel, 2012).

Otro factor de riesgo para el suicidio es el desempleo en la familia, un nivel socioeconómico bajo o problemas económicos, en especial cuando esta situación se mantiene a largo plazo, provocando que no se pueda adquirir servicios adecuados de salud, especialmente el apoyo en salud mental (Serrano-Ruiz & Olave-Chaves, 2017).

Además, se ha confirmado en otros estudios que cuando existe una relación problemática entre los padres, puede generar violencia intrafamiliar y estrés, llevando al joven a considerar el suicidio como fuente de escape (Serrano-Ruiz & Olave-Chaves, 2017).

Conjuntamente, dentro de las situaciones más marcadas que afectan a los jóvenes están los escenarios de violencia, abuso sexual y agresividad dentro del seno familiar; así también como las dificultades de aprendizaje en el colegio que conlleva a bajo rendimiento escolar, hasta el rechazo, agresiones y burlas de los compañeros, convirtiéndose en muchas ocasiones en bullying (UNICEF, 2017).

Otro tema sensible para las personas que tienen preocupaciones suicidas son la desesperanza y las expectativas negativas, ya que pueden llegar a pensar que el suicidio es la única solución a sus problemas. Es conocido que no todas las personas son vulnerables a las pérdidas que puedan experimentar en el transcurso de su vida, pero una persona que sí sea sensible puede dar lugar al suicidio; siendo la depresión un factor relacionado para acelerar el mismo (Sarason & Sarason, 2006).

En un estudio realizado por Landa-Blanco et al., (2022), con estudiantes universitarios hondureños, identificaron que existe una relación entre las variables: presencia del sentido de la vida, síntomas de depresión, la búsqueda del sentido de la vida, la soledad percibida, el apoyo interpersonal y la esperanza con el riesgo suicida jóvenes (Landa-Blanco, Urtecho-Osorto, Mercado, & Aguilar-Chávez, 2022).

Por lo que fue posible identificar una relación significativa y directa entre las variables de síntomas de depresión y sensación de soledad con el riesgo suicida de los participantes de su estudio; confirmando así que estas variables también cuentan como factores de riesgo en la ideación e intento suicida de los jóvenes (Landa-Blanco, Urtecho-Osorto, Mercado, & Aguilar-Chávez, 2022).

Por otra parte, se pueden mencionar los factores comunitarios, tales como, vivir en un barrio o colonia inseguros, el no tener acceso a los servicios básicos de educación y

salud, el estar expuesto a la violencia, el no tener oportunidad de trabajar, la discriminación social, entre otras y, por último, están los factores de riesgo institucionales, que es cuando los individuos no tienen el trato adecuado dentro de las cárceles o centros educativos, predominando en estos lugares, la violencia (Corona Miranda, Hernández Sánchez, & García Pérez, 2016).

A continuación, se muestra una tabla con el resumen de los principales hallazgos de investigaciones realizadas sobre el suicidio, orientados al tema de investigación; ver Tabla 1

Tabla 1

Artículos sobre investigaciones de factores familiares que influyen en la ideación suicida de los adolescentes

Título del Artículo	Autor (es)	Revista	Resumen de principales hallazgos
Intento Suicida Y Adolescencia	(Cintra Hernández, López Santana, Villar Rojas, & Laugart Wilson, 2015)	Revista Información Científica	<p>Este es un estudio descriptivo prospectivo longitudinal donde su objetivo fue determinar el comportamiento del intento suicida, en la localidad de Palmar, en el período enero 2012-enero 2013. La población de este estudio fue de 13 adolescentes con diagnóstico de intento suicida, que anteriormente habían cumplido los criterios para la investigación. Las variables tomadas fueron: método suicida, síntomas referidos o identificados y diagnóstico definitivo.</p> <p>La recolección de datos fue a través de entrevistas y encuestas realizadas al paciente y por medio de sus historias clínicas.</p> <p>Se realizó el análisis y se identificaron síntomas que predominaron antes del intento suicida, tales como ansiedad, insomnio, ideación suicida, agresividad y tristeza, esto debido a que el adolescente no tiene una motivación adecuada por parte de la familia, para afrontar los nuevos retos y situaciones a los que son expuestos, aunado a los cambios que conlleva a la adolescencia, impide que puedan tener un proceso de adaptación satisfactorio.</p> <p>Recomienda el estudio, que una vez detectado el problema y abordado por el médico general, el joven debe recibir ayuda profesional con un especialista de la salud como prevención a que pierda su vida, pero esta intervención debe ir de la mano con el apoyo de la familia.</p>

Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor	(Laurencia Perales-Blum & Lored, 2015)	Salud Mental	El objetivo de este estudio es ver la relación entre problemas familiares y suicidalidad en pacientes adolescentes con trastorno depresivo mayor (TDM). Se trabajó con pacientes entre 10 y 18 años con diagnóstico de TDM. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Instrumento de Problemas Familiares (IPF) para trabajar con la familia y la Escala de Suicidalidad de Okasha, para el grado de suicidalidad. El total de pacientes evaluados fue de 37, donde 21 de ellos presentó alto riesgo de suicidalidad, siendo también estos mayores de edad, con un alto índice de gravedad en depresión y ansiedad, en comparación con los adolescentes con TDM sin suicidalidad, por otra parte, los problemas con la familia, no reflejan ser factores autónomos importantes que pudieran afectar la ideación o conducta suicida de manera indirecta por medio de sus efectos sobre la depresión.
Rasgos de conductas suicidas en jóvenes adolescentes: una visión de sus interacciones familiares, escolares y virtuales que ponen en riesgo su integridad	(Camacho Galicia, 2016)	Revista de psicoterapia	Es una investigación de tipo cualitativa, donde abordaron a cuatro adolescentes, estudiantes de secundaria y las personas a su alrededor, como padres de familia y maestros. La información fue recolectada a través de entrevistas y observaciones en trabajo de campo para conocer la forma de comprensión del adolescente a su realidad. Dentro de los hallazgos más importantes encontraron que el ambiente familiar es de los puntos de su vida más importantes para los cuatro jóvenes y también el ámbito en el que se desarrollan dentro del centro educativo. Con el fin de detectar síntomas de conductas suicidas que pueden manifestarse en los jóvenes y situaciones que los vuelven vulnerables, se concluyó que es más frecuente que estas conductas se presenten en la forma en como perciban sus relaciones familiares, con amistades y el ambiente escolar; afirmando que donde existen escenarios de inseguridad, conflictos y falta de aceptación es más frecuente que el adolescente presente este tipo de ideación suicida, por lo que es necesario llevar a la reflexión a los padres y maestros, para que la comunicación con ellos sea adecuada y en armonía. Es evidente que no es una sola situación la que puede desencadenar una idea o un acto suicida, sino que es un cúmulo de situaciones y de comportamientos que pueden dar la pauta de que el joven está atravesando por una situación difícil, por lo que toma mayor importancia el cuidado y apoyo que puedan recibir de sus padres y también un ambiente favorable dentro de la institución educativa.
Evaluación de las expectativas negativas y tipo de riesgo suicida en estudiantes de 9°, 10° y 11° de	(Gonzales-Portillo, Gil-Arévalo, Hernández-Botero, & Henao-	Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud	Esta es una investigación empírica-analítica, con un diseño descriptivo de corte transversal. La población que participó fueron los estudiantes de grados 9°, 10° y 11° de una institución educativa pública ubicada en el municipio de Armenia, en el departamento del Quindío, Colombia, la muestra fue aleatoria simple y los criterios de inclusión fueron estar matriculado en el colegio, tener buena

una institución educativa del departamento del Quindío	Sánchez, 2016)	<p>asistencia a clases, ser adolescente y ser parte de los cursos antes mencionados. Los instrumentos aplicados fueron: una ficha de caracterización y la escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester, & Trexler.</p> <p>Dentro de los hallazgos encontrados están que el riesgo bajo de suicidio está entre 0 y 8, mientras que el moderado se sitúa entre 9 y 14 y el alto, entre 15 y 20. El concepto de desesperanza, con expectativas negativas al futuro está asociado al riesgo de suicidio.</p> <p>El estudio afirma que, no solamente la depresión y la autoestima son los únicos elementos precipitantes de la ideación suicida, sino que también, los adolescentes son propensos a vivenciar de forma frecuente síntomas depresivos y estados de presión familiar con las figuras de autoridad especialmente con la madre, siendo estas crisis, complejas en la medida que se adhieren a otros factores de riesgo social, por lo que es importante el establecimiento de una cultura preventiva en todas las instituciones sociales. Además, es importante destacar que la población evaluada presenta riesgos elevados de cometer suicidio, en especial por motivos familiares y el mal manejo de las reglas en el hogar por parte de los padres, motivo por el cual es necesario trabajar el rol de autoridad, los límites y pautas de crianza a fin de elevar los factores protectores y las habilidades para la vida en los y las adolescentes.</p>	
Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares	(González, Martínez García, & Ferrer Lozano, 2017)	Revista Cubana de Medicina General Integral	<p>Esta es una investigación con enfoque cualitativo, siendo su principal objetivo el determinar el funcionamiento de las familias de escolares con intento suicida. Dicha investigación se realizó con un estudio de caso múltiple, exploratorio y descriptivo. El procedimiento inició por seleccionar a 8 familias de escolares atendidos por intento suicida en el Policlínico Universitario "Marta Abreu", de la ciudad de Santa Clara. Dentro de las técnicas utilizadas están: entrevistas, revisión de historias clínicas, dibujo de tema sugerido, completamiento de frases, historietas gráficas, cuestionario sobre violencia intrafamiliar y la prueba de funcionamiento familiar FF-SIL.</p> <p>Dentro de los hallazgos más significativos se encontró que los métodos empleados en los intentos suicidas fueron en su mayoría la toma de medicamentos, considerados de forma moderadamente graves y letales. Los factores desencadenantes de los intentos se relacionaron de manera directa con la presencia de maltrato infantil intrafamiliar. Se constató una disfuncionalidad, caracterizada por dificultades en el mantenimiento de procesos básicos de la dinámica familiar, que se traducen en el no cumplimiento de funciones específicas como las de crianza y socialización. En las familias existió un predominio de procedencia rural o suburbana, con estructuras generalmente nucleares.</p> <p>Además, como segundo punto importante se explicó que como antecedente a esta conducta suicida por parte de los adolescentes, son los mismos métodos que fueron utilizados en ocasiones anteriores por sus mismos padres o familiares. En el último tema analizado se encontró que el</p>

mayor reto en la atención terapéutica en estos casos es la presencia de familias con conflictos en su funcionamiento por presencia de violencia intrafamiliar.

Relación entre riesgo suicida y estilos de crianza en adolescentes	(Andrade Salazar, Peñuela Gallo, & García Saavedra, 2017)	Revista de Psicología a GEPU	<p>Esta investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva con un diseño descriptivo transversal, donde su objetivo fue encontrar la relación entre indicadores de ideación suicida y estilos parentales de socialización. La población investigada fueron estudiantes del noveno al onceavo grado de bachillerato de dos instituciones educativas públicas del departamento del Quindío, Colombia, y los instrumentos aplicados fueron, la escala de socialización parental ESPA-29 y la Escala de Desesperanza de Beck.</p> <p>El riesgo suicida fue elevado en esta población, ya que 6 de cada 10 estudiantes, presentaron un tipo de riesgo de suicidio entre alto, moderado y leve; estado altamente relacionado a condiciones de vulnerabilidad sociofamiliar. El estilo de crianza predominante fue el indulgente y el autoritativo, creando ambivalencia en los adolescentes, lo que provoca que se sientan confundidos y por ende sean vulnerables a la ideación suicida o al suicidio mismo. Cabe destacar que un elemento responsable en el que se dé, este riesgo, es la motivación teniendo su raíz en la desesperanza.</p> <p>Motivo por el cual recomiendan que tanto padres como hijos sostengan una comunicación clara y en acuerdo en cuanto a límites, para mejorar la relación familiar y por ende disminuir los riesgos que conlleva a una inadecuada crianza.</p>
Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos	(Bahamón, y otros, 2018)	Revista Psicogente	<p>Esta investigación fue realizada de forma cuantitativa con alcance explicativo, donde se realizó la relación entre variables y la descripción del fenómeno, para establecer las posibles causas de la ideación suicida en los adolescentes, demarcado desde las prácticas parentales. Para este estudio se contó con la participación de 328 estudiantes adolescentes matriculados en escuelas públicas. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (PP-A) elaborada por Andrade y Betancourt y una escala para medir la Ideación Suicida, constituida por ocho ítems que refieren a ideas de quitarse la vida.</p> <p>Dentro de los hallazgos más significativos están la relación que se encontró que los altercados y rechazo de los padres hacia los adolescentes, se asocian de forma directa con la manifestación de depresión e ideación e intento suicida. En este sentido, los resultados mostrados por la investigación indican que existe una correlación significativa entre la ideación suicida y el control psicológico, la autonomía y la imposición de los padres. También se demostró que las dimensiones que predicen en mayor medida la ideación suicida en hombres y mujeres son el control psicológico materno y la imposición paterna.</p>

Prevencción de la conducta suicida en jóvenes y adolescentes: Una revisión desde 1997	(Mora Encinas, 2018)	Revista de psicoterapia	<p>Es una revisión bibliográfica de 38 artículos, donde se establecieron criterios de inclusión, como, por ejemplo; que se tratara de intervenciones psicosociales para el tratamiento o prevención de conducta suicida en adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años, diseños experimentales y cuasiexperimentales, entre otros y criterios de exclusión, como ser estudios sin resultados, reseñas de libros, estudios de aceptabilidad, entre otros, para validar su estudio.</p> <p>Dentro de los tipos de estrategias encontraron intervenciones en el ámbito escolar, individuales, de capacitación, basadas en la publicidad e intervenciones familiares, siendo estas las de mayor tiempo de intervención (3 meses).</p> <p>Como parte de los resultados, enfatizan que las intervenciones familiares son las que reflejan ser más eficaces en disminuir las amenazas planes y escritos de la ideación y las tentativas suicidas, por lo que sugieren que en los casos que estas intervenciones no fueron exitosas, es necesario revisar y evaluar en dónde estuvo la diferencia, ya que en general, estas intervenciones, tanto familiares, como individuales, dieron resultados positivos. En el ámbito educativo, arrojaron pocos resultados en cuanto a la ideación suicida, ya que casi no ha sido evaluado ese aspecto.</p> <p>Por otra parte, las intervenciones de apoyo social no han dado buenos resultados, ya que, al parecer, los jóvenes son realmente significativo el recibir el apoyo de sus cuidadores primarios, de sus familiares y no de otro adulto que quiera auxiliarles, aunque ellos mismos lo hayan elegido. Cabe destacar que, al recibir este apoyo por parte de la familia, produce que la comunicación se mejore, que los jóvenes tengan sentido de pertenencia y reconozcan sus fortalezas y obtengan habilidades para la resolución de problemas.</p>
Inclusión Educativa: Factores Psicosociales asociados a conductas suicida en adolescentes.	(Beaven Ciapara, Campa Alvarez, Valenzuela, & Guillén Lúgico, 2018)	Revista Prisma Social No. 23	<p>Esta es un estudio mixto, donde el objetivo general es identificar los principales factores de riesgo asociado a la conducta suicida en jóvenes de 13 a 18 años en la comunidad de Guaymas, Sonora, México. Se utilizaron una batería de pruebas psicológicas a 120 estudiantes de secundaria y preparatoria, así como entrevistas para corroborar los resultados.</p> <p>Los resultados muestran que los factores psicosociales que se reflejaron en la población de estudio son las familias disfuncionales, causando depresión y baja autoestima, por lo que se propone diseñar estrategias de inclusión socioeducativa para la aplicación en centros escolares, siendo este de gran influencia en la formación de los jóvenes. Además, se identificó una mayor probabilidad de ideación suicida al presentar depresión, baja autoestima y mal funcionamiento familiar, donde este último hace alusión a problemas de comunicación, escasa expresividad emocional y escaso apoyo familiar, que son altos factores de riesgo para la conducta suicida.</p>

			Acerca del funcionamiento familiar, se obtuvo una gran relación con la posibilidad directa e indirecta del suicidio, debido a que afecta áreas de comunicación y apoyo familiar, repercutiendo en el autoestima, depresión e ideación suicida.
Psicodinámica familiar y apoyo social en adolescentes con conducta suicida. Área VI. Cienfuegos	(Rodríguez Hernández, Valladares González, Selín Ganen, González Brito, & Cabrera Macías, 2019)	Revista Medisur	Es un estudio observacional descriptivo, realizado en el policlínico Área VI del municipio de Cienfuegos, que incluyó 18 adolescentes con conducta suicida, donde su objetivo es determinar la necesidad de apoyo social, comunicación, cohesión y psicodinámico familiar. Para este proceso se aplicaron los siguientes instrumentos: Encuesta para pacientes con conducta suicida, escala valorativa, test de percepción de funcionamiento familiar, subescala de cohesión familiar y cuestionario de apoyo social. Dentro de los hallazgos más relevantes, fue que la mayor incidencia del intento suicida se obtuvo en los adolescentes entre las edades de 15 años y 19 años y del sexo femenino, siendo dentro de los factores de riesgo personal más relevante, el padecer de depresión. El método más utilizado por los adolescentes fueron los fármacos, por otra parte, las alteraciones en la dinámica familiar son considerados como factores desencadenantes de mayor importancia en la conducta suicida, además de los problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, debido a que tienen un lugar importante en la vida afectiva de las personas y de las variables familiares. La satisfacción familiar y la frecuencia de conflictos con la madre tuvieron también las mayores correlaciones con la ideación suicida. Se puede concluir que la psicodinámica de las familias que conviven con los adolescentes estudiados se determina por la necesidad de apoyo social por parte de ellas, comunicación regular, cohesión intermedia

2.2 Adolescencia

La adolescencia de manera general se estudia determinando tres aspectos que están relacionados entre sí, estos son: el biológico, que se refiere a la pubertad; el psicológico que está comprendido por las fases y tareas de la adolescencia; y lo social, que está formado por los valores sociales y la autonomía; siendo estos dos últimos los que establecen la experiencia del adolescente (Aláez, Madrid, & Antona, 2003)

Actualmente la adolescencia surge como una categoría alargada cronológicamente hacia ambos extremos; por lo que se afirma que se da hacia la infancia, debido al mejoramiento en la alimentación y nivel de vida, los cambios fisiológicos hormonales, tienden a adelantarse (Aláez, Madrid, & Antona, 2003).

Así mismo, hacia la juventud, los jóvenes sufren las consecuencias de la etapa del estiramiento del tiempo de formación y preparación, donde tienen insuficientes oportunidades para involucrarse socialmente al mundo adulto; provocando esta situación que el proceso de su autonomía se demore y, por ende, padezcan una prolongación de la crisis, especialmente el proceso para poder establecer una identidad adulta (Aláez, Madrid, & Antona, 2003).

Por otra parte, no se puede dejar de lado que la adolescencia se da en un contexto social definitivo, donde hace su aparición innegable de los medios de comunicación social, así como los valores del consumo y la competitividad (Aláez, Madrid, & Antona, 2003).

A continuación, se muestra se muestra un cuadro donde se explican cada una de las etapas de la adolescencia, mencionadas anteriormente, ver Tabla 2.

Tabla 2

Desarrollo Psicosocial de los Adolescentes

Área de desarrollo	Primera adolescencia (10-14 años)	Adolescencia media (15-17 años)	Joven Adulto (18-21 años)
Independencia	Menor interés en las actividades paternas. Inicio de conflictos	Punto máximo de conflictos con los padres.	Reaceptación de los consejos y valores paternos.

	con los padres y las normas.	Cambio de relación padre-hijo por adulto-adulto.	
Aspecto corporal	Preocupación por aspecto físico. Sensibilización ante los defectos: Chicas: desean perder peso. Chicos: ser altos y musculosos	Aceptación general del cuerpo. Preocupación por hacer el cuerpo más atractivo.	Aceptación e identificación con la nueva imagen corporal.
Relación	Intensas relaciones con amigos del mismo sexo. Poderosa influencia de los amigos.	Máxima integración con los amigos. Pandillas. Conformidad con los valores de los amigos.	Grupo de amigos menos importante. Formación de parejas.
Identidad	Desarrollo del pensamiento formal. Objetivos vocacionales idealistas. Necesidad de intimidad. Escaso control de los impulsos. Labilidad y crisis de identidad.	Mayor ámbito de sentimientos. Consolidación de una identidad personal. Desarrollo de la conducta moral. Sentimientos de omnipotencia. Adquisición de una autoidentidad.	Objetivos vocacionales más prácticos y realistas. Delimitación de los valores morales, religiosos y sexuales. Capacidad para comprometerse y establecer límites.

Sexualidad	Autoexploración. Contacto limitado con el otro sexo.	Actividad sexual con múltiples parejas. Prueban su feminidad o masculinidad. Fantasías románticas. Inicio de relaciones coitales.	Se forman relaciones estables. Capacidad de reciprocidad afectiva. Mayor actividad sexual.
------------	---	--	---

Fuente: Adaptado de Neistein (1991) y Brañas (1997), citado por Aláez , Madrid, & Antona, 2003.

La adolescencia es una etapa de cambios físicos y cognitivos que van en aumento de forma acelerada y que suceden entre las edades de 10 y 19 años, siendo la transición de la infancia a la adultez. Estos cambios rápidos, que van entrelazados por procesos orgánicos, son los que definen el paso de la niñez a la adolescencia, lo que lleva por nombre; la pubertad (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En este periodo de la adolescencia, el joven experimenta un aumento en su cognición, en su forma de pensamiento y de realizar juicios, en su capacidad de análisis y de resolución de problemas, y también en su percepción; lo que permite que esté más consciente de las situaciones y circunstancias que le rodean (Craig & Baucum, 2001).

2.2.1 Concepto de adolescencia

La palabra adolescencia procede del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez». Todo este proceso y cambios acelerados produce que las personas lleguen a ser un individuo independiente, aunque, claro está, eso también depende de las circunstancias en las que se desarrolle (Gaete, 2015).

Para Erikson (1972), la adolescencia es la etapa donde el joven se adapta a la sociedad y se define lo que desean ser en el futuro; es decir, entre la edad de 12 a 21 años, se manifiesta la búsqueda de la identidad y la definición del yo (citado por Fernández 2014).

La adolescencia se identifica por los cambios notables que suceden en los aspectos sociales, biológicos y psicológicos que provocan conflictos, confusiones y crisis. Esta importante etapa se da entre la niñez y la edad adulta, es decir, en la pubertad (Cintra Hernández, López Santana, Villar Rojas, & Laugart Wilson, 2015).

La adolescencia es una transformación que experimentan los jóvenes y que sucede después de la niñez, donde deben adecuarse a los cambios psicobiológicos que tendrán y a su vez, poder aprender a cubrir y afrontar sus necesidades más importantes, que surgirán en esa transición, como ser; el relacionarse con el sexo opuesto o la identificación y aceptación de su propia identidad. El autoconcepto y la autoestima puede verse afectado por las distorsiones cognitivas que sufren en esta etapa, sumado también a la importancia que cobra para ellos, los jóvenes de su misma edad y el hecho de ser aceptados por estos (Mora Encinas, 2018).

2.2.2 Características de la adolescencia

La adolescencia está formada por un grupo de cambios físicos, que desde el punto de vista biológico se llama “Pubertad”. Estos cambios en el cuerpo de los adolescentes van desde el desarrollo físico, que finalizará cuando se transforme en un cuerpo adulto; y el desarrollo endocrino, que es el que permite el surgimiento de las características sexuales

secundarias y que son los que marcan la diferencia entre un hombre y una mujer (Lillo Espinosa, 2004).

Además, surgen por primera vez la capacidad sexual y reproductiva, como ser la primera eyaculación y el primer período menstrual, o menarquia; lo que, a su vez, estimula que nazcan las primeras pulsiones y deseos sexuales, de una forma más intensa y desconocida para ellos, hasta ese momento y que tienen un impacto significativo en sus emociones (Lillo Espinosa, 2004).

El adolescente también pasa por un cambio radical en cuanto a etapas, ya que deja de ser un niño, que es una etapa bien marcada, a ser un adolescente, donde todo lo percibe ambiguo y muchas veces los límites no están bien delimitados, por lo que tienden a sentirse confundidos e inseguros, en este periodo que es breve y que depende también de como sea el ambiente cultural donde se desenvuelva (Lillo Espinosa, 2004).

Por lo tanto, estos cambios vienen a generar nuevas experiencias en el ámbito social, donde el antes definido como “niño”, ahora es identificado como un “joven” y lo coloca en una nueva posición, como individuo dentro de la sociedad. Cabe destacar que en esta etapa el joven, todavía es considerado un menor de edad, en términos legales, y que cuenta con derechos y deberes penales específicos, acordados en dentro del marco de los derechos del menor (Lillo Espinosa, 2004).

No hay una definición específica del término juventud, sin embargo, este se refiere a cambios en el desarrollo y a una etapa inmadura y de nuevos descubrimientos, de alguien que le falta experiencia y que inicia una nueva aventura de retos y experiencias por vivir, para llegar al punto de la madurez (Gaete, 2015).

Por lo tanto, la juventud puede verse desde diferentes ópticas, como ser, los aspectos biológicos, psicológicos, judicial y sociológico, ya que estos cambios no son

solamente en el cuerpo físico, sino, que también en los cambios a nivel cognoscitivo, social, el papel que tomará en la comunidad y el desempeño que este tendrá como ciudadano (Lillo Espinosa, 2004).

2.2.3 Cambios en la adolescencia

Debido a la importancia que cada uno de esos cambios adquiere, se hará una descripción de cada uno de ellos:

a) Cambios físicos y de crecimiento; se afirma que se manifiesta un desarrollo apresurado de los órganos de reproducción y el surgimiento de las características sexuales secundarias. Todos estos cambios están regulados por hormonas y son muy notorios. Así mismo, se da lugar al desarrollo acelerado en la fuerza física, y cambios en el cuerpo y en el tamaño, lo que se denomina el estirón del crecimiento (Craig & Baucum, 2001).

Luego el estirón del crecimiento da lugar a la pubertad, que generalmente primero inicia en las niñas, que en los varones y finaliza cuando la persona está apta para la reproducción; cabe destacar, que el tiempo en que se presentan estos cambios, es variable y por lo general tiene una duración de cuatro años. Además, la pubertad se evidencia por dos momentos importantes, que son, la activación de las glándulas suprarrenales y la madurez de los órganos sexuales. Los signos de madurez trascendentales en el adolescente son la menstruación en las mujeres y la producción de esperma en el hombre (Papalia, Duskin Feldman, & Martorell, 2012).

En cuanto a su apariencia física, los adolescentes con el afán de querer corresponder a la autoimagen ideal que ven en los medios de comunicación se someten a dietas y regímenes fuertes de preparación física, ya que son muy sensibles respecto a su aspecto.

Otro punto para resaltar es que la conducta sexual del adolescente se ve influida por la comunicación que tengan con sus padres, ya que los jóvenes que son activos sexualmente manifiestan que la comunicación que sostienen con sus padres no ha sido buena (Craig & Baucum, 2001).

b) Cambios cognoscitivos: Ortiz (1999), afirma que entre las características que presentan los procesos mentales en la adolescencia, se puede mencionar que estos tienen mayor conciencia de sus estados de ánimo, sean estos positivos o negativos, en la ejecución de sus asignaciones o actividades diarias y la percepción que tienen de las personas a su alrededor. Es decir, son más reflexivos en cuanto a sus sentimientos y en la forma de percibir las emociones de los demás, volviéndolos más sensibles a la opinión de las personas a su alrededor y modificando su respuesta emocional. Además, su capacidad para recopilar información y realizar deducciones sobre las emociones de las personas que los rodean, es mayor. Las capacidades cognoscitivas y la autorreflexión están relacionadas a una creciente confianza en el manejo de sus afectos y a referencias de habilidades mentales mayores, en cuanto al control de sus emociones (citado por Colom Bauzá & Fernández Bennassar 2009).

Rosenblum y Lewis (2004) afirman que debido a los cambios que advierten los jóvenes en su capacidad intelectual, las habilidades emocionales son sometidas a un gran desarrollo, lo que conlleva a que su pensamiento sea más complejo y, a su vez influirá en que sus capacidades de procesamiento de información sean aún mayores (citado por Colom Bauzá & Fernández Bennassar 2009).

El adolescente tiene la capacidad para manipular y comprender aspectos abstractos, razonar en situaciones hipotéticas y hacer reflexiones al tener variedad de opciones; gracias a esta habilidad, puede tocar temas complicados y sensibles como ser la forma de

conducirse en cuanto a lo sexual, enfermedades de transmisión sexual, las consecuencias que puede obtener al practicar las relaciones sexuales sin protección, etc. (Morris & Maisto, 2001).

A pesar de que los adolescentes ya tienen desarrollada la etapa de operaciones formales, tienden a ser poco objetivos y no alcanzan a comprender con total claridad las complicaciones de los juicios morales. De forma paralela, los jóvenes que alcanzan este nivel de comprensión pueden verse demasiado confiados en sus juicios y capacidad mental, por lo que les darán más importancia a sus propios pensamientos (Morris & Maisto, 2001).

c) Cambio en la relación con sus padres: La adolescencia es una etapa donde los padres y los hijos negocian nuevas relaciones, también es donde ponen en práctica sus habilidades en desarrollo para las actividades morales e intelectuales en los que se involucra, enfocándose en ellos, su familia y el mundo; así mismo, manifiestan egocentrismo, donde les es difícil distinguir entre los intereses de otros y los propios (Craig & Baucum 2001).

Por otra parte, Elkind (1967) menciona el fenómeno donde el adolescente percibe que es vigilado y juzgado de forma constante como la “audiencia imaginaria”. Otro aspecto al que no habían estado expuestos antes es el aspecto moral, su sentido ético y de principios, se afirma y sus decisiones cada vez son más importantes (citado por Craig & Baucum 2001).

Es en esta etapa donde el adolescente tiene un deseo inminente de independencia de sus padres, y que a su vez, desconoce y teme las responsabilidades que conlleva el ser un adulto, ya que las decisiones y situaciones que está por vivir son trascendentales, lo que también provocará estrés, sobre todo donde la sociedad se vuelve más tecnológica y moderna (Morris & Maisto, 2001).

Para que el adolescente logre esa independencia de sus padres, que tanto anhela, es necesario que adquiriera un sentido firme y seguro de sí mismo. Erickson (1968), denomina a este proceso como “formación de la identidad”, que corresponde al reto de enfrentarse a la identidad personal frente a la confusión de roles. Por lo tanto el joven busca darle respuesta a la pregunta “¿Quién soy yo?”, respuesta que encontrarán al obtener varios roles, como por ejemplo; futbolista, cantante, ingeniero, dentro de un todo vinculado y en armonía. Al no poder conseguir su identidad personal, es cuando surge la confusión de roles, que suele variar según el origen étnico o estatus social (Morris & Maisto, 2001).

Dentro de las acciones que logra alcanzar es el desvincular la unión con sus padres de su niñez, por lo que se pone a prueba para vivenciar sus nuevas capacidades y adaptarse a todas las posibilidades que estas traen. El adolescente es competitivo, tiene la necesidad inminente de probar su audacia en el mundo real y así lograr la admiración por sus logros; sin embargo, la ansiedad y culpabilidad, son sus mayores dificultades en este desarrollo, ya que se genera el temor de no poder alcanzar la madurez (Gaete, 2015).

Es frecuente que expresen ataques a los adultos y a las figuras paternas lo que, a su vez, los hace sentir como que han dañado sus objetivos por alcanzar y a sí mismos; es entonces cuando se observa a adolescentes que logran su desarrollo de forma parcial, en especial, en el área intelectual; mientras su personalidad y área sexual la mantienen inhibidas de forma general (Gaete, 2015).

d) Cambios en el área social: La red de apoyo social y emocional que es fundamental para el adolescente, son sus compañeros o grupo de amigos, ya que le permite ganar una mejor independencia en relación a las personas adultas y poder encontrar su identidad, ya que al ser parte de un grupo de amigos, forma su estilo social propio y se define a sí mismo. Una vez que es el joven tiene esta red de apoyo, es para él de extrema importancia la

necesidad de ser aprobado en el mismo, junto con sus ideas, decisiones y su conducta (Morris & Maisto, 2001).

Al inicio de la adolescencia estos grupos son formados por miembros del mismo sexo, en la medida que van creciendo, ya en la mitad de la adolescencia este tipo de grupos se desintegra y son cambiados por grupos con ambos sexos, los que a su vez, serán reemplazados por grupos de parejas. También es común que los jóvenes tengan breves relaciones con el sexo opuesto dentro de estos grupos, donde no hay ninguna exigencia de compromiso por parte de ambos y que sirve para satisfacer sus necesidades en un corto plazo; cabe destacar que estas relaciones no demandan amor y a su vez, pueden disolverse en un pequeño lapso de tiempo (Morris & Maisto, 2001).

Los noviazgos que ya se manifiestan una larga duración y estabilidad, se da entre las edades de 16 y 19 años. En esta etapa ya han adquirido madurez sexual y tienen más competencia en este tipo de relaciones, porque ya no están orientados al grupo (Morris & Maisto, 2001).

En esta etapa donde el joven está en la búsqueda de su identidad, en el proceso de aprendizaje de la toma de decisiones, de reflexionar en las consecuencias de sus actos y en la lucha por su independencia, es de vital importancia que todavía tengan la dirección y apoyo de personas adultas, en especial de sus padres (Morris & Maisto, 2001).

Por otra parte, la adolescencia también atraviesa por un periodo de duelo y de renuevo; es aquí donde se marcan elementos de pérdidas, rupturas y abandonos; debido a que poco a poco va dejando su comportamiento infantil, su cuerpo de niño se va transformando, la relación infantil con sus padres y la forma de pensar de niño van cambiando progresivamente, para continuar en su camino de crecimiento (Lillo Espinosa, 2004).

Este momento de duelo del adolescente se puede enumerar en tres aspectos importantes:

a) Duelo por el recuerdo infantil perdido: No pocas veces el adolescente observa sus cambios desde afuera, como alguien externo que esta a la mira de la transformación que está sufriendo en su cuerpo y organismo.

b) El duelo por la identidad y rol infantil, donde es prácticamente obligado a renunciar a su dependencia infantil y a una toma de responsabilidades, todavía desconocidas para él:

c) El duelo por ese recuerdo de sus padres de infancia a los que trata de mantener en su mundo interior, a toda costa, con el fin de mantener la protección y refugio que ellos son para él (Lillo Espinosa, 2004).

Por otra parte, se manifiesta también el duelo por la bisexualidad infantil, la que también se perderá con el fin de encontrar una clara y determinada identidad sexual. Otro punto que también es sentido como una pérdida por parte del adolescente, y que transforma sus creencias, relaciones y mundo en general, es la forma en como el niño percibía a sus padres, ya que ahora adolescentes, se dan cuenta de sus debilidades, y ese conocimiento pueden llevarlos a sentirse inseguros, provocando también que se sientan con la libertad de rebelarse en cuanto a la obediencia a ellos (Lillo Espinosa, 2004).

Esta transición es difícil también para los padres, ya que ellos también deben aceptar y adaptarse al envejecimiento y a ver a sus hijos, ya no como niños, si no, en personas que están pronto a ser adultos. Por otra parte, el adolescente siente presión, debido al cúmulo de cambios en su cuerpo, en su mente y lo que se espera de ellos en el aspecto social, por lo que surge la necesidad de retener muchos de sus logros de la infancia y esto les sirve como un refugio temporal para poder aceptarse a sí mismos y tomar como propios

todos estos cambios; a este proceso se le llama “Regresión al servicio del desarrollo” (Morris & Maisto, 2001).

Al tomar y aceptar con premura su identidad genital, el adolescente puede sentirse amenazado, ya que esto conlleva a la pérdida de su dependencia infantil en un momento que es de confusión, en donde, de forma irónica, lo que más necesita en ese momento es la dependencia (Lillo Espinosa, 2004).

Por todos estos motivos, es necesario que el adolescente haga ensayos y pruebas de pérdida y recuperación de la edad infantil y la edad adulta, para que pueda afirmar su confianza en la nueva identidad, con recién obtenida independencia. Es aquí, en este periodo de adolescencia donde se debe despedir de la infancia, de su forma de pensar de niño y de los objetos del pasado, para sumergirse poco a poco en el mundo de la adultez; requiriendo transformaciones en su estructura, en su orientación y una reacomodación en su formación mental y formas de pensar (Lillo Espinosa, 2004).

Mientras el adolescente va camino hacia la adultez, comienza a adaptarse y a utilizar todas sus capacidades, socializa con los demás, su cuerpo, su sexualidad, su forma de pensar, su forma de ver el mundo que lo rodea; mostrando esfuerzos crecientes por alcanzar a llegar a ser un adulto (Lillo Espinosa, 2004).

Por otra parte, el adolescente hace un esfuerzo máximo por no verse doblegado por temores, miedos infantiles y cambios en su cuerpo, para así poder encaminarse a obtener su madurez; por lo que se vale de la actuación para afirmar estas nuevas características; por lo que se evalúa y comprueba sus capacidades y habilidades recién adoptadas, en su mundo externo (Lillo Espinosa, 2004).

Es evidente el anhelo de madurar y crecer del adolescente, encontrándose con el obstáculo de reconocer que no puede enfrentar los problemas en solitario; por otra parte,

muestra una gran sensibilidad frente a los desaires y las presiones exteriores de los adultos y les atemoriza el quedar en evidencia frente a los demás (Lillo Espinosa, 2004).

2.2.4 El adulto joven

Tal como lo afirma Gaete, (2015); esta etapa, que corresponde de los 17 años en adelante; es el último peldaño del adolescente para lograr alcanzar su autonomía e identidad, y se prevé que, si el joven ha contado con el apoyo de sus padres, y ha logrado sobrellevar las etapas anteriores con éxito, entonces contará con todas las herramientas necesarias para poder afrontar la etapa adulta (Gaete, 2015).

Por este motivo se definió el rango de la población de este estudio de 18 a 21 años; ya que es importante conocer la relación del apoyo parental en esta etapa y el desenvolvimiento del joven adulto, debido a que, por el contrario, si no conto con ese apoyo; al ir en aumento su independencia, podrá tener dificultades y ver su salud mental comprometida, siendo vulnerable a padecer algún tipo de trastorno emocional o depresión (Gaete, 2015).

Por otra parte, muchos jóvenes adultos, no sienten la necesidad de independizarse o no lo pueden lograr, aunque así lo quisieran; ya que existen situaciones que pueden impedir que lo logren, tal como la dificultad para encontrar un trabajo, induciendo así, a que se posponga la misma; y donde ellos deben invertir tiempo en obtener nuevos conocimientos y habilidades para valerse por sí mismos en la vida; situación que explicaría el por qué en los últimos años, se ha prolongado la edad de la adolescencia (Silva, 2008).

En esta etapa están incluidas sus elecciones académicas y de trabajo; las cuales las eligen según sus capacidades, gustos y vocación; además tienen un manejo adecuado de sus

impulsos, es decir, los pueden controlar mejor y también surge la capacidad de adquirir compromisos (Gaete, 2015).

Por otra parte, adquiere las habilidades necesarias para establecer límites, el poder tomar decisiones por sí mismos e inicia el camino para la planeación futura, es decir, ya piensa y se preocupa más por sus metas a corto, mediano y largo plazo (Gaete, 2015).

En cuanto al área social, empieza a elegir sus amistades de una forma más selectiva, ya que en esa etapa la influencia de sus iguales ya no les parece tan importante, porque empiezan a apropiarse de su propia identidad y valores. También se da un espacio para acercarse a sus padres y desea poder fortalecer esos lazos, ya que adquiere mayor comprensión de la experiencia y valores de sus padres y es en esta etapa donde esta relación se torna en un nuevo tiempo aportando así el crecimiento de su desarrollo personal (Gaete, 2015).

En el área sexual, el adolescente joven ha completado su desarrollo y crecimiento físico, llegando a aceptar su apariencia física, cambios en su cuerpo y su identidad sexual y también inician a practicar relaciones sexuales; en el caso que no haya sufrido ninguna anomalía. Por otra parte, logra alcanzar relaciones de pareja más estables, donde buscan compartir los mismos intereses y valores. El establecimiento de relaciones de pareja estable y también el llegar a ser un adulto joven saludable, está muy influenciado si el proceso de la adolescencia fue atravesado y culminado con la mejor de las resoluciones y con el apoyo adecuado de sus cuidadores (Gaete, 2015).

2.3 Apoyo parental

2.3.1 Definición de estilo y apoyo parental

Los estilos parentales producen una influencia no tan directa en la conducta de los hijos, en comparación con las formas de ejercer la disciplina en ellos. La clasificación de los distintos estilos de crianza, se establecen por la composición de los aspectos de control y afecto, de los padres hacia los hijos. Es a partir de esta combinación que pueden establecerse cuatro estilos de crianza; autoritarios, democráticos, permisivos e indiferentes. Darling y Steinberg (1993), manifiestan que el efecto de los estilos parentales en los hijos, permiten que, en la práctica del aspecto emocional, sean afinadas en sus habilidades y, por otra parte, también afectan la susceptibilidad de los hijos a la influencia de los padres (citado por García Linares, Pelegrina, & Lendínez 2002).

Los padres autoritarios manifiestan un nivel alto de control y pocas manifestaciones de afecto, donde no es costumbre el verbalizar con sus hijos y el orden y obediencia son muy marcados (Capano Bosch, González Tornaría, & Massonnier, 2016).

En cambio los padres democráticos, presentan niveles equilibrados de afecto y control, existe un balance por medio de la comunicación en ambas direcciones, donde se brinda apoyo, sentido de pertenencia y establecimiento de reglas (Capano Bosch, González Tornaría, & Massonnier, 2016).

Por otra parte, los padres permisivos, muestran un alto nivel de afecto, son condescendientes y cariñosos, pero no ejercen un control efectivo en sus hijos, existiendo escasas exigencias para sus hijos; finalmente los padres indiferentes, tienen bajos niveles tanto en afecto, como en control; provocando que no tomen las riendas de sus

responsabilidades como padres y se preocupan más por sí mismos (Capano Bosch, González Tornaría, & Massonnier, 2016).

El padre autoritario provoca que sus hijos no sean felices, tengan baja estima y sean conflictivos y el padre permisivo, conduce que sus hijos no tengan control de sus impulsos, aunque logran tener relaciones con sus iguales de forma adecuada y por último el padre indiferente es relacionado con la desobediencia, conductas agresivas, tristeza y baja estima en los hijos (Baumrind, 1973; Maccoby y Martin, 1983 citado por García Linares, Pelegrina, & Lendínez 2002).

En conclusión, la mayoría de estudios afirman que, para el bienestar de los hijos, es mejor tener padres democráticos, ya que está mancomunado con autoestima, adaptación, mejor aptitudes y actitudes entre los compañeros y la conducta antisocial, disminuye; en cambio, el tener padres autoritarios o indiferentes, tiene efectos negativos en los hijos (Capano Bosch, González Tornaría, & Massonnier, 2016).

Llega un momento en la vida del adolescente, que puede sentirse acorralado, no encontrarle sentido a la vida, sentirse desesperado y angustiado, hasta el punto de querer escapar por medio del suicidio, como una forma de sancionar a sus padres o de requerir apoyo en situaciones delicadas como ser: limitaciones físicas, algún tipo de enfermedad mental, la ruptura de un noviazgo, un embarazo no deseado o situaciones comunes del diario vivir. Esto sucede, debido a la naturaleza impulsiva del adolescente mismo y a la poca tolerancia que podrían tener, al no poder sobrellevar este tipo de dificultades, siendo el suicidio, su única salida a sus problemas (Cintra Hernández, López Santana, Villar Rojas, & Laugart Wilson, 2015).

García (2005), menciona que hay efectos en el desarrollo integral de los hijos, según la conducta parental, para el caso, si en el estilo parental predominan las constantes expresiones de rechazo, ira, cólera de los padres a los hijos, esto se podrá traducir después en problemas de salud mental en los adolescentes y estos problemas, podrían permanecer hasta la edad adulta. En cambio, si el estilo parental es amoroso, los hijos llegarán a ser más sociables, cooperativos, seguros e independientes, con mayor seguridad en sí mismos (citado por Pérez y otros, 2013).

2.3.2 Dimensiones del estilo parental

Es necesario definir tres dimensiones que están vinculadas de forma implícita en los estilos parentales y que influyen significativamente en la crianza de los hijos:

a) Demanda/expectativas; según Yamamoto & Holloway, (2010); se entienden como las creencias de los padres sobre los logros en el futuro de sus hijos; como por ejemplo, en el ámbito educativo; tal y como lo afirma Fan & Williams, (2010); las expectativas parentales expresadas por medio de la consejería y orientación con relación al futuro educativo de los hijos, demostraron ser excelentes predictores de la motivación, autoeficacia y en el compromiso escolar en los adolescentes (citado por: Morales Castillo & Aguirre Dávila, 2018).

b) Responsividad y calidez: Dumont, Trautwein, Nagy y Nagengast, (2014) se refieren a la responsividad como la sensibilidad que tienen los padres hacia sus hijos, y afirman que a mayor responsividad por parte de los padres a los hijos, provocará un desempeño óptimo en relación a lo académico en los grados posteriores, motivando a mayores esfuerzos y logros (citado por: Morales Castillo & Aguirre Dávila, 2018).

Por otra parte Wang, Hill, & Hofkens, (2014), afirman que la calidez afectiva ayuda a mantener el equilibrio entre los problemas de comportamiento de los adolescentes, el promedio de calificaciones y la provisión de estructura en casa (citado por Morales Castillo & Aguirre Dávila, 2018).

c) Monitoreo: Anderson & Branstetter, (2012); lo definen como la información que obtienen los padres sobre la ubicación, actividades y relaciones de sus hijos; además de la ejecución de tareas con sus iguales, comprobación del nivel académico, supervisan su desarrollo y regulan el uso del tiempo libre (citado por Morales Castillo & Aguirre Dávila, 2018).

A su vez, Lopez, LaVome, Lambert, Jason, & Ialongo (2016), aseveran que el monitoreo parental ha mostrado ser efectivo para prevenir que los adolescentes manifiesten problemas en el comportamiento, cuando este se ha ejercido antes de que sean expuestos a situaciones de riesgo (citado por Morales Castillo & Aguirre Dávila, 2018).

Como se mencionó anteriormente, el apoyo parental, es fundamental para determinar o prevenir que el adolescente se vea involucrado en algún factor de riesgo, como el suicidio; dando por sentado que la familia y la relación con los padres, es esencial para el desarrollo óptimo del adolescente. Por ende, es trascendente que, en el país, los profesionales de salud mental identifiquen las variables o situaciones de este fenómeno, llamado suicidio (Perez y otros, 2013).

2.3.3 El apoyo parental, soporte al adolescente y joven adulto

En la medida que el ser humano va creciendo y desarrollándose, va también asimilando y adquiriendo valores que le serán de una utilidad fundamental para poder

desarrollarse dentro de la sociedad y cultura a la que pertenece, siendo este aprendizaje tomado de su entorno más cercano como lo es su familia. Según mencionan los autores Grusec & Goodnow (1994), Grusec, Goodenow & Kuczynski (2000), Hoffman (1990); estas enseñanzas y formas de crianza tienen un importante papel, debido a que abonan para que las reglas, normas y valores aprendidas desde niños, lleven a generar un adulto adaptado socialmente y que pueda integrarse en su futuro próximo (citado por Mestre, Tur, Samper, Nácher, & Cortés, 2007).

En este sentido, son de vital importancia las relaciones que el joven sostenga con su padre y su madre y, por ende, en que ambos estén involucrados en la crianza, apoyo, adecuada comunicación y disponibilidad que pueda percibir el adolescente hacia él (Mestre, Tur, Samper, Nácher, & Cortés, 2007).

Por lo tanto, así como lo mencionan los autores Alonso y otros (2005), los padres que brindan afecto y apoyo a sus hijos producen y practican la comunicación en la familia, estableciendo normas y velando por el cumplimiento de estas; generando así, hijos más autónomos, sociables y cooperativos (citado por Mestre, Tur, Samper, Nácher, & Cortés, 2007).

2.4 Comunicación en la familia

2.4.1 Tipos de Familia

La familia es la célula básica de la sociedad; su existencia proviene de tiempos históricos y es la primera forma de organización social. Debido a sus múltiples funciones, es importante estudiar la forma en como ella se desarrolla, ya que tendrá directa incidencia en el crecimiento del individuo desde su niñez hasta la adultez (Martínez Vasallo, 2015).

Podemos encontrar diferentes tipos de familia, los cuales se definen a continuación:

- a) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica compuesta por esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser hijos biológicos de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- b)) La familia extensa o consanguínea: está formada por más de una unidad nuclear, se amplía más allá de dos generaciones y está fundada en los vínculos sanguíneos de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás;
- c) La familia monoparental: está formada por uno de los padres y sus hijos, pudiendo tener diferentes orígenes, tales como: un embarazo precoz, divorcio de los padres y los hijos quedan viviendo con el padre o la madre; o por la muerte de uno de los cónyuges.
- d) La familia de madre soltera: es cuando la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as, y el hombre al no reconocer su paternidad por diversos motivos, se aleja. En este tipo de familia es importante enfatizar que existen diferencias, pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.
- e) La familia de padres separados; Es cuando lo padres se niegan a vivir juntos; no son pareja, pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy alejados que estos se encuentren. Por el bienestar de los hijos/as se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad y maternidad (Martínez Vasallo, 2015).

Sin importar como esté constituida la familia, esta tiene funciones básicas que debe cumplir, para su buen desarrollo. En primer lugar, está el cubrir las necesidades básicas,

como ser la alimentación, vestido, calzado, techo, etc. Es decir, el aspecto económico o monetario; siendo indispensable para el buen desarrollo y nivel de vida alcanzado por la familia (Martínez Vasallo, 2015).

En segundo lugar, está la función afectiva; que tiene influencia directa en la estabilidad emocional de cada uno de los miembros de la familia; debido a que es en el hogar, donde desde niños hasta adultos se experimentan y reciben las muestras de cariño y afecto; formando la personalidad y se aprenden los hábitos, valores y habilidades maternidad (Martínez Vasallo, 2015).

En tercer lugar, tenemos la función social, donde está la responsabilidad de engendrar para el mantenimiento de la humanidad y la sociedad; tiene que ver también con la forma de desarrollarse de la familia dentro del ambiente donde pertenece; como ser los centros educativos, lugares de trabajo, etc. Donde se pueda ejecutar una labor útil para la sociedad; aportando así un equilibrio dentro de la sociedad y la subsistencia de la humanidad (Martínez Vasallo, 2015).

No obstante, para que la familia pueda cumplir de forma efectiva con su papel formador, es necesario que estas 3 funciones antes descritas, se cumplan en armonía, no se puede esperar que el éxito exista, si solo se cumple una o dos funciones; ya que, al carecer de alguna, incide en el desarrollo óptimo del niño y adolescente (Martínez Vasallo, 2015).

Aunado a esto, es importante destacar que las personas y la familia forman parte de una sociedad, la cual influye en el desarrollo de los individuos; tal y como lo menciona Belsky (1980), al hacer referencia del modelo original de Bronfenbrenner; donde afirma que la familia corresponde al entorno más pequeño y próximo que tiene el individuo donde

experimenta las relaciones más cercanas, y estas pueden ser positivas y ayudar en el adecuado crecimiento o pueden ser destructoras y dañar el desarrollo; a este grupo le llamó microsistema (citado por Frías-Armenta, López-Escobar, & Díaz-Méndez, 2003).

El siguiente grupo que define es el exosistema que corresponde a las relaciones personales informales, la escuela, el vecindario, la iglesia, organismos de seguridad e instituciones recreativas; estos son las comunidades más cercanas a las familia y es donde surge el desarrollo social, emocional e intelectual (Frías-Armenta, López-Escobar, & Díaz-Méndez, 2003).

Y el último grupo que define es el macrosistema, que está formado por el ambiente ecológico que está más allá de las situaciones cercanas que afectan al individuo; tales como los estilos de vida o sistemas de creencias que prevalezcan en una subcultura o cultura y las formas de organización social. Por lo tanto, afirma que el individuo se ve afectado de manera íntima por situaciones donde él no está presente; siendo indispensable tomar estos aspectos en cuenta para la integración en la sociedad y el desarrollo de este en la misma (Frías-Armenta, López-Escobar, & Díaz-Méndez, 2003).

2.4.2 Concepto de comunicación familiar

Los autores Tesson y Youniss (1995), definen la comunicación familiar como la herramienta que padres e hijos utilizan para manejar y desarrollar sus relaciones y roles y lograr así un cambio hacia una mejor unidad y conexión entre los miembros de la familia. Musitu & Cava (2001) afirman que, por gracias a este proceso de adaptación y modificación que se ejecuta en lo más interno de la familia, es donde los hijos adquieren las

habilidades necesarias para desarrollarse en la sociedad de la forma más adecuada (citado por Rivadeneira & López, 2017).

Se es conocido, así como lo mencionan Isaza & Henao (2011), que, para obtener un adecuado desarrollo en la niñez, es ineludible practicar la comunicación familiar, dentro del seno de la familia; ya que es una herramienta eficaz para facilitar las prácticas en el desenvolvimiento de las actividades que correspondan al desempeño social. Por lo tanto, (Bronfenbrenner, 2005), confirma que dentro del seno familiar es donde el individuo adquiere el mayor y más significativo aprendizaje para el desarrollo en la sociedad y, es también donde es posible el tratar de dar respuesta a comportamientos sociales complicados como, ser el abuso sexual, el maltrato infantil o la violencia familiar (citado por Rivadeneira & López, 2017).

Por consiguiente, se puede afirmar que la comunicación en la familia es una herramienta muy importante en funciones de intervención biopsicosocial, ya que además de poder conocer y evaluar el clima familiar y los factores que le dan su funcionalidad, se puede conocer el comportamiento emocional de la misma desde el momento de su nacimiento hasta el tiempo actual (Rivadeneira & López, 2017).

Por su naturaleza social, el hombre tiene la necesidad de crecer y desarrollarse en familia, sintiéndose parte de esta, creado relaciones y lazos afectivos, además de dependencia de este grupo de manera natural; esto, entre cada uno de sus miembros. Es aquí donde se forma el carácter desde la niñez hasta que se es un adulto y según lo aprendido en esta estructura jerárquica, da como resultado el tipo de personalidad que todos y cada miembro de la familia adquiere (Alfonso Hernández, Valladares González, Rodríguez San Pedro, & Selín Ganén, 2017).

La comunicación es el medio que utiliza el individuo para intercambiar información con otras personas, en tanto existan reglas y conocimientos previos que permitan que ésta sea viable (Alfonso Hernández, Valladares González, Rodríguez San Pedro, & Selín Ganén, 2017).

Otro elemento importante es la cohesión familiar, la cual se expresa a través de lazos afectivos entre los miembros de la familia; tales como demostraciones de cariño, de gratitud, ejecución de actividades en conjunto y apoyo mutuo, el nivel de autonomía de cada miembro y el tipo de relaciones estrechas y cercanas que estos puedan tener (Alfonso Hernández, Valladares González, Rodríguez San Pedro, & Selín Ganén, 2017).

En consecuencia, para un adecuado desarrollo en las relaciones de la familia, este tipo de cohesión debe ser acompañado por un apropiado nivel de individualismo e independencia de cada uno de sus miembros, y de esta forma puedan sentirse valorados, estimados, aceptados y satisfechos dentro de la misma (Alfonso Hernández, Valladares González, Rodríguez San Pedro, & Selín Ganén, 2017).

Por lo tanto, se puede afirmar que el grado de satisfacción familiar puede ayudar a predecir, cual es el funcionamiento real de dicha familia; es decir, si presenta adecuados niveles de satisfacción, entonces se entendería que los conflictos se manejan de mejor manera o existe la ausencia de estos (Alfonso Hernández, Valladares González, Rodríguez San Pedro, & Selín Ganén, 2017).

2.4.3 Tipos de comunicación familiar

A continuación, se describen los tipos de comunicación que existen, mismos que se aplican al nivel familiar. Según Van der Hofstandt (2005), se pueden definir los siguientes

estilos de comunicación: Los estilos asertivo, pasivo y agresivo. Siendo el estilo asertivo el mejor modo para utilizar en la comunicación y que esta sea adecuada y los estilos pasivo y agresivo, vienen a constituir los extremos opuestos del estilo asertivo de comunicación (citado por Corrales Pérez, Quijano León, & Góngora Coronado, 2017).

La comunicación asertiva significa el adquirir la habilidad de poder expresar los sentimientos y emociones de forma adecuada sin ofender o lastimar a las personas a las que nos dirigimos, tomando en cuenta la situación que esté atravesando y la cultura; siendo también una herramienta para ayudar al joven para lograr alcanzar de forma aceptable socialmente sus logros personales. Por otra parte, este tipo de comunicación está relacionada con la habilidad de poder pedir ayuda o consejo al atravesar situaciones difíciles (Mantilla, 2002) (citado por Corrales Pérez, Quijano León, & Góngora Coronado, 2017).

Por otra parte, se define la comunicación pasiva cuando una persona no es capaz de establecer límites, accediendo a las demandas de las personas a su alrededor y dejando sus intereses a un lado, por ende, no es capaz de defender sus derechos, puede comportarse de forma tímida, con habla suave, apartada y sin dar lugar al humor (Corrales Pérez, Quijano León, & Góngora Coronado, 2017).

Por último, Van der Hofstandt (2005) menciona que la principal característica del estilo de comunicación agresivo es la ofensa, el insulto, la humillación y el querer mantener el dominio hacia los demás. La persona que utiliza este tipo de comunicación pretende defender sus derechos, pasando por encima de los derechos de los demás, sin importarle sus sentimientos o consecuencias que estas acciones traigan (Corrales Pérez, Quijano León, & Góngora Coronado, 2017).

2.4.4 Influencia de la comunicación familiar en los jóvenes

Quintanar, citado por Pérez et al. (2013), señala que existe una relación entre las estructuras sociales y la conducta suicida, las cuales sirven como contención y soporte para que el individuo haga frente a los eventos de la vida. Dentro de estas estructuras las más importante lo constituye la familia, la cual es base para el desarrollo emocional y social; lo que permite definir que un cambio en esta estructura incrementa la vulnerabilidad, especialmente en los adolescentes.

Para Sánchez, Guzmán y Cáceres (2005), la prevalencia de ideación suicida es mayor en hogares desligados o separados que en aquellos con mayor cohesión familiar, cuestión que coincide con lo planteado por diferentes autores (Pérez et al., 2007; Sarmiento & Aguilar, 2011), quienes afirman que entre los principales motivos para la ejecución de un intento suicida en niños y adolescentes se encuentran los conflictos familiares y el manejo inadecuado de estos (Pérez, y otros, 2013, pág. 555).

En relación con lo anterior, Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas (2012) expresan que un alto control conductual favorece al adolescente en disminuir el riesgo de presentar otro problema, ya que los adolescentes con depresión severa perciben alto control psicológico y un bajo control conductual de parte de sus madres, situación que afecta de manera negativa en su desarrollo a causa de la discordancia entre las exigencias de la madre, los límites o reglas establecidas y la autonomía que el adolescente tiene (citado por Pérez y otros, 2013).

Es conocido que cuando existe una buena comunicación dentro del círculo familiar, esta ayuda a fortalecer el sentido de pertenencia, autoestima, autonomía y seguridad en cada uno de sus miembros, en especial, en los adolescentes; por el contrario, cuando no

existe cohesión familiar y lo que predomina son las expresiones de rechazo y la falta de comunicación, estos se traducen en un factor de riesgo suicida en el adolescente, provocando que este reaccione con enfado y con conductas agresivas, que a su vez, se replica en su familia y forma un círculo vicioso, que da como resultado, el alejarse de sus padres (Valadez-Figueroa, Amezcua-Fernández , Quintanilla-Montoya, & González-Gallegos, 2005).

Capítulo 3: Marco Contextual

3.1 El suicidio, un fenómeno humano universal

La persona que toma la fatal decisión de suicidarse es orillada a realizar este acto por múltiples factores; no es posible tener la seguridad del porqué las personas toman la fatal decisión de quitarse la vida, a pesar de que las explicaciones para el suicidio sean múltiples, como lo afirman Leenaars (2008) y Rudd y otros (2004) (citado por Sue, Wing Sue, & Sue, 2010).

Debido a que el tema del suicidio es tan delicado, es necesario que este sea prevenible de forma inmediata; lastimosamente, aun a nivel mundial, este no ha sido tratado con el ímpetu necesario, ya que todavía es un tema estigmatizado por el tabú y también por la poca divulgación de la importancia y la gravedad del problema. Es tal la displicencia, que solo unos cuantos países han incluido entre sus prioridades, el tema de prevención del suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Esta intervención no solo requiere el apoyo del sector salud, sino, que es fundamental, el involucramiento de la sociedad en general, el sector de educación, las iglesias, la clase política, la familia y los medios de comunicación; ya que es un problema que nos concierne a todos (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La OMS, en el año 2014, hizo público un primer Informe mundial sobre el suicidio, donde su principal objetivo es marcar la importancia y sensibilizar sobre el tema de los intentos suicidas y el suicidio en sí, para la salud pública, además, que, en los países a nivel mundial, sea incluida la prevención de este, como alta prioridad en sus agendas de salud pública. Por otra parte, su objetivo es motivar y brindar apoyo a los países que pongan en

marcha, estrategias multisectoriales para la prevención del suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Todo lo anteriormente expuesto introduce a la necesidad de plantear los temas que conformaran el presente marco contextual, los cuales son: El suicidio en el mundo, el suicidio en Honduras y prevención y control del suicidio:

3.2 El suicidio en el mundo

Los trastornos mentales en el mundo establecen un grave problema de salud pública, donde las personas son afectadas sin importar su edad, nivel socioeconómico, cultural o género, provocando así un alto costo social.

El 13% de la carga global de enfermedad corresponde a la enfermedad mental, la que forma una de las tres primeras causas de mortalidad de personas en el grupo etario de 15 a 35 años, siendo este último en mención influido por el suicidio. Es sabido que el 10% de los adultos experimentarán algún tipo de trastorno mental y el 25% de estos, será propenso a desarrollar alguna dificultad relacionada durante su vida (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Las personas que sufren de un trastorno mental deben enfrentar una considerable disminución en su funcionamiento, mostrando elevadas tasas de mortalidad de forma desmedida. Por ejemplo, las personas que padecen esquizofrenia y depresión grave presentan una probabilidad de muerte prematura del 40% al 60% mayor que en la población en general, esto es debido a que padecen una enfermedad de base, como ser diabetes, enfermedades del corazón, infección por VIH y cáncer, y que, por lo general, no reciben el tratamiento

adecuado. La segunda causa de muerte en la escala mundial más común entre los jóvenes es el suicidio (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Para la OMS y la OPS, es de vital importancia que los países cuenten con programas de salud mental para que sea promovida la prevención de los trastornos, fomentar el bienestar mental, dar una buena atención, mejorar la calidad de la recuperación, que la mortalidad, discapacidad y morbilidad sea reducida y que sean promovidos los derechos humanos; además consideran necesario que los países posean una legislación en salud mental para que los derechos de las personas que padecen este tipo de trastornos sean protegidos (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

El suicidio es un evento doloroso que enluta familias, comunidades y países, provocando en las personas cercanas a la víctima, secuelas duraderas. El mismo puede suceder a cualquier edad. Según la OMS, cada año, aproximadamente 703,000 personas ejecutan el suicidio y en el año 2019, fue la cuarta causa de muerte dentro del grupo etario de 15 a 29 años, a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2019).

El suicidio es un suceso que afecta a todos los países del mundo, no solamente ocurre en los países de altos ingresos, ya que en el año 2019 el 77% de los suicidios consumados sucedieron en los países de bajos y medianos ingresos (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Asimismo, se ha comprobado que las situaciones que pueden generar la conducta suicida están el perder a seres queridos, el vivir con catástrofes o conflictos, la sensación de aislamiento y ser víctima de abusos. Por otra parte, se ha observado una elevación en las tasas de suicidio en los grupos discriminados y vulnerables como ser los pueblos indígenas, migrantes, refugiados, reclusos y las personas pertenecientes a los grupos LGTBI (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Dentro de los métodos comunes utilizados para ejecutar el suicidio están las armas de fuego y el ahorcamiento. Se calcula que aproximadamente de un 20% de todos los suicidios, se efectúan por envenenamiento con plaguicidas, siendo más frecuente este método en las zonas rurales y en los países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud, 2019). Este dato es importante, para elaborar estrategias de prevención basadas en medidas de eficacia probada, entre ellas la restricción del acceso a estos medios.

El suicidio entre los jóvenes es una tragedia que no se menciona en nuestra sociedad. Por tradición hemos evitado pensar que algunas personas jóvenes encuentran la vida tan dolorosa que se quitan la vida de manera consciente y deliberada. La tasa de suicidio en niños menores de 14 años se ha incrementado de forma alarmante, y la de adolescentes crece aún más rápido. Entre los 15 y los 24 años, 73% de los suicidios son cometidos por hombres blancos, pero el aumento en suicidios ha sido más rápido entre hombres afroamericanos (Sue y otros, 2010).

Lastimosamente las personas que piensan o han intentado quitarse la vida, desisten de buscar ayuda, debido al estigma que existe alrededor de los trastornos mentales y al suicidio, por lo tanto, no perciben esa ayuda que necesitan. Por la falta de sensibilización del suicidio, como principal tema de salud pública y al tabú que lo rodea y que impide que se trate de forma abierta; la prevención del suicidio no se ha logrado abordar acertadamente (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Es una pena que actualmente, unos pocos países sean los que hayan decidido incluir la prevención del suicidio entre las prioridades sanitarias, los países que han informado que ya tienen una estrategia nacional de prevención del suicidio, son escasamente 38. Para lograr que los países puedan avanzar en aplicar políticas para la prevención del suicidio, se

debe incrementar la sensibilidad de la comunidad y superar los tabúes (Organización Mundial de la Salud, 2019).

3.3 El suicidio en Honduras

Honduras no está exento de este mal, ya que cada día vemos en los medios de comunicación, como el suicidio, especialmente en adolescentes, como está tomando auge y las estadísticas son cada vez más altas.

En los últimos años ha incrementado este tipo de casos, especialmente en la población adolescente. En Honduras, el suicidio ha ido en aumento de forma constante, convirtiéndose en un problema de salud pública, al que es necesario prevenir y erradicar, así como destinar fondos para su prevención (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2017).

En Honduras se celebró el Día Mundial de la Salud Mental en el año 2019, con el lema “Trabajando juntos para prevenir el suicidio”, con el fin de persistir con la campaña de sensibilización sobre la dimensión del suicidio en el mundo, la población en general, la atención a los servicios de salud, los medios de comunicación y el papel de las personas encargadas de tomar decisiones (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

El objetivo principal en la celebración de este día es el mejorar y hacer conciencia sobre lo que significa el suicidio como un problema de salud pública mundial, así mismo disminuir el estigma que se asocia al suicidio y comunicarles a las personas que están con este padecimiento, que no están solas (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Las estadísticas recopiladas en nuestro país, en el año 2019 se mantuvo un alza en los casos de suicidio, observando una tasa parcial de 5.4 suicidios por cada cien mil

habitantes, siendo el total de número de casos de 433 víctimas, es decir se promedió que cada 20 horas y 13 minutos una persona cometió suicidio en Honduras (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

En el periodo de enero 2015 a diciembre 2020, en Honduras se registraron un total de 2274 muertes por suicidio, reflejado en los 18 departamentos del país; siendo el departamento con mayor incidencia de muertes; Francisco Morazán al acumular el 21.5% , que corresponde a 488 víctimas, seguido por Cortes con 310 fallecimientos y Comayagua con 172 suicidios consumados, haciendo un total porcentual del 21.2%; y en incidencia continúan los departamentos de Intibucá, Copán, El Paraíso y Choluteca, sumando entre todos el total de 588 muertes Honduras (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

Entre enero 2015 a diciembre 2020, la mayoría de las víctimas de suicidio fueron del sexo masculino, haciendo un total de 1784 hombres y el total de muertes de mujeres fue de 490; es decir, que en Honduras los hombres se suicidan 4 veces más que las mujeres, concordando este dato con los que surgen en el resto del mundo, donde los hombres son más vulnerables a cometer suicidio en relación con las mujeres (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

El grupo etario más afectado por el suicidio es el de los 15 a 39 años, que corresponde al 47.2% de las víctimas, en las personas de la tercera edad se reportaron 237 fallecimientos y en menores de 15 años hubo 79 muertes (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

Por otra parte, el 58.8% de los suicidios ocurrieron en las zonas urbanas y el 39.7% ocurrió en la zona rural, dejando entrever la necesidad de implementar campañas de

intervención, con mayor énfasis en las zonas urbanas de Honduras (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

Del total de suicidios registrados entre los años 2015 y 2020, el 49.6%, que corresponde a 1,128 víctimas, utilizaron el método de ahorcamiento o asfixia por suspensión; el siguiente método más común fue el consumo de sustancias tóxicas sumando el 36.1% (820), seguido por el arma de fuego que corresponde al 11.3% (256) (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

Además, se reportaron 21 casos con arma blanca y 27 casos más donde utilizaron métodos tales como quemaduras, lanzamiento al vacío, haciendo un total de 4.4% (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

Los datos preliminares del Observatorio Nacional de la Violencia (ONV) revelan que, durante los años 2019 y 2020 el grupo etario más afectado fue el de 15 a 29 años al acumular el 45.0 % (195) en 2019 y 42.1 % (172) del total en 2020. Haciendo la comparación en ambos años, se puede concluir que el mayor aumento en porcentaje se registró en adultos mayores de 64 años (+50.0 %) y al concretar el análisis comparativo al período de restricción de circulación debido a la pandemia de la COVID -19, los grupos más afectados se mantienen, pero la variación porcentual muestra que los jóvenes de 15 a 19 años presentaron un incremento de 114.3 % (Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, 2021).

3.4 Prevención y control del suicidio

Prevenir el suicidio depende de una detección temprana, ya que, en casi todos los casos, existen señales de que este, está a punto de suceder. A pesar de que el deseo de morir

es intenso, en la persona que está contemplando el suicidio, también el deseo de vivir es fuerte, por ende, los profesionales de la salud mental que se dedican a la prevención del suicidio ejecutan su labor, tomando en cuenta que los pacientes tienen estos deseos ambivalentes. Es importante destacar que los potenciales equipos de rescate también son aptos para preservar la vida y que por la capacidad que tienen de evaluar la gravedad del suicidio en alguna persona que esté por intentarlo, es de donde radica el éxito en la prevención (Sue y otros, 2010).

Hay muchas formas de prevenir el suicidio e intentos de suicidio y son acciones que pueden ser de fácil aplicación para la población, entre ellas se puede mencionar, el que los medios de comunicación cuenten con información fehaciente en cuanto al tema y se informe de la manera correcta a la población, el lograr una temprana identificación, atención y tratamiento a las personas que padecen problemas de salud mental y abuso de sustancias, la limitación a objetos que puedan utilizarse para ejecutar el suicidio, como ser armas de fuego, plaguicidas, ciertos medicamentos y objetos cortopunzantes; la capacitación adecuada al personal de salud, la evaluación y gestión de conductas suicidas, que existan políticas encaminadas a la reducción del alto consumo de alcohol y el seguimiento y apoyo comunitario a las personas que tuvieron un intento suicidas. La buena noticia es que el suicidio es prevenible (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En nuestro país no existe un mecanismo efectivo para la prevención del suicidio, es necesario, que como se describe en las recomendaciones anteriores, toda la sociedad se involucre para poder detectar a tiempo y poder prevenir este mal que aqueja nuestra sociedad y con especial énfasis en los adolescentes.

Los establecimientos de salud pública son insuficientes y la atención no es la óptima para tratar el suicidio, por lo que debe convertirse en un tema de importancia nacional y

también capacitar no solo al personal sanitario, si no, también a maestros, padres de familia y aún a los mismos adolescentes; para que puedan hablar de este tema sin temor y pueda ser prevenido.

Capítulo 4: Metodología de la Investigación

4.1 Enfoque, alcance y diseño de la investigación

Para esta investigación se realizó el análisis del objeto de estudio desde la óptica del enfoque cuantitativo, lo que conlleva a construir un marco conceptual acorde al problema planteado, para analizar las relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva y numérica.

A efecto de los objetivos del presente estudio, el enfoque cuantitativo brindará las posibilidades de medir el fenómeno de interés a través de la utilización de datos estadísticos, y la correlación entre las variables estudiadas, mediante un proceso secuencial, probatorio, deductivo y de análisis de la realidad, de forma objetiva, abarcando todas las dimensiones de esta (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Es decir, la investigación se realizará enmarcado en un diseño no experimental, transversal con un alcance relacional, debido a que, por la naturaleza de la investigación, no es posible manipular de forma directa las variables. Lo que, si es posible, es el asociar estas variables, es decir, conocer la relación que puede existir en ellas; el objetivo es confirmar o descartar, si en realidad el apoyo parental y la adecuada comunicación influye de forma positiva en la conducta de sus hijos adolescentes, para prevenir o detectar las ideas o conductas suicidas en estos, por lo tanto, se realizará con un alcance correlacional y la temporalidad del estudio será transversal, ya que estos datos serán recopilados en un momento único (Hernández et al., 2010).

4.2 Técnicas de recolección de información

Se utilizó una ficha de datos sociodemográficos y tres escalas para evaluar los constructos psicológicos de interés para el presente estudio. La ficha exploró datos tales como edad, sexo, universidad a la que pertenece, facultad en la que estudia, con quien vive y si trabaja actualmente. La aplicación del instrumento fue en formato digital, mediante la plataforma Google Forms. Las escalas aplicadas fueron las siguientes:

4.2.1 Escala Parental Breve

La Escala Parental Breve (Cumsille, Loreto Martínez, Rodríguez, & Darling, 2014), la cual se compone de 3 subescalas: 2 que evalúan dimensiones del estilo parental (responsividad/calidez y demanda parental) y una que evalúa la práctica parental de monitoreo. Cada una de las dimensiones está conformada por 4 reactivos, haciendo un total de 12 reactivos en la escala. Entre ellos están: “Puedo contar con la ayuda de mis padres si tengo problemas” “Mis padres esperan que les diga dónde estoy y a qué hora voy a llegar a la casa.” con 5 opciones de respuesta: Muy en desacuerdo, En desacuerdo, No estoy seguro, De acuerdo, Muy de acuerdo.

En el presente estudio se obtuvo una consistencia interna de la escala total de 0.79, NC 95% [0.76, 0.83]. En la subescala de Responsividad/Calidez se obtuvo una confiabilidad de 0.84, NC 95% [0.81, 0.88]. En la subescala de Demandas y Expectativas se obtuvo una confiabilidad de 0.84, NC 95% [0.81, 0.87]. Y en la subescala de Monitoreo se obtuvo una confiabilidad de 0.85, NC 95% [0.82, 0.88].

4.2.2 Escala Breve de Relación Familiar

El segundo instrumento fue la Escala Breve de Relación Familiar (Ting Fok, Allen, & Henry, 2014) que mide la percepción de una persona sobre la calidad del funcionamiento de su relación familiar y se compone de 3 subescalas: Cohesión, Expresividad y Conflicto. La dimensión de Cohesión está conformada por 7 reactivos, la de Expresividad consta de 3 reactivos, y la de Conflicto contiene 6 reactivos; haciendo un total de 16 reactivos en la escala. Entre ellos están: “En nuestra familia realmente nos ayudamos y apoyamos mutuamente.” “Los miembros de mi familia a veces son violentos.” con 5 opciones de respuesta: Muy en desacuerdo, En desacuerdo, No estoy seguro, De acuerdo, Muy de acuerdo.

En cuanto a consistencia interna, la puntuación obtenida en la escala total es de 0.92, NC 95% [0.91, 0.94]. En la subescala de Cohesión se obtuvo una confiabilidad de 0.87, NC 95% [0.85, 0.90]. En la subescala de Expresividad se obtuvo una confiabilidad de 0.82, NC 95% [0.78, 0.85]. Y en la subescala de Conflictos se obtuvo una confiabilidad de 0.87, NC 95% [0.85, 0.89].

4.2.3 Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida

Por último, se utilizó la Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida (Harris, y otros, 2015) la cual tiene dos objetivos importantes, evaluar tanto la tendencia suicida actual como el potencial de conductas suicidas futuras. Y está compuesta por 6 reactivos. (Ver Tabla 3)

Tabla 3

Escala de cognición-comportamiento-afecto suicida

Reactivo	Opciones de Respuesta
1. ¿Alguna vez ha pensado o intentado suicidarse?	Nunca (0), Fue solo un breve pensamiento pasajero (1), He tenido un plan al menos una vez para suicidarme, pero no traté de hacerlo (2), Intenté suicidarme, pero no quería morir (3), He tenido un plan al menos una vez para suicidarme y tenía muchas ganas de morir (4), He intentado suicidarme y tenía muchas ganas de morir (5).
2. ¿Con qué frecuencia ha pensado en suicidarse durante el último año?	Nunca = (0) (1) (2) (3) (4) (5) = Muy a menudo
3. En el último año, ¿ha tenido un debate / discusión interna (en su cabeza) sobre si vivir o morir?	Nunca = (0) (1) (2) (3) (4) (5) = Con frecuencia
4. Ahora mismo, ¿cuánto deseas vivir?	Nada = (5) (4) (3) (2) (1) (0) = Mucho
5. Ahora mismo, ¿cuánto deseas morir?	Nada = (0) (2) (3) (4) (5) (6) (7) = Mucho
6. ¿Qué posibilidades hay de que intente suicidarse algún día?	Nada = (0) (1) (2) (3) (4) (5) = Muy probable

En cuanto a consistencia interna, la puntuación obtenida en la escala total es de 0.89, NC 95% [0.87, 0.91].

4.3 Población y muestra

Los criterios de inclusión establecidos fueron el ser estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y estar dentro del rango de edad entre 18 a 21 años, además de que la participación fue totalmente anónima y voluntaria.

Para el desarrollo del presente estudio se seleccionó una muestra intencional por conveniencia, en ella participaron 280 estudiantes inscritos en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras; de los cuales 202 (72.1 %) eran mujeres y 78 (27.8%) hombres. El rango de edad fue de 18 a 21 años con una edad media de 19.87 ($DE= 1.04$); dicha selección fue por medio del apoyo recibido de docentes de UNAH, los cuales dieron la apertura para exponer el estudio y motivar a los estudiantes a participar, especialmente a los de primer ingreso, asimismo, el apoyo fue solicitado a los grupos creados en redes sociales de las diferentes facultades de la UNAH (ver Tabla 4)

Tabla 4

Distribución de la edad de los participantes

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
18	34	12.143	12.143	12.143
19	69	24.643	24.643	36.786
20	74	26.429	26.429	63.214
21	103	36.786	36.786	100
Total	280	100		

Cabe destacar que de los 280 estudiantes que participaron en el estudio, 32 (11.43%) de ellos trabajan y los restantes 248 (88.57%) solamente estudian. También 129 de los estudiantes (46%) viven con ambos padres, 124 (36%) de ellos viven al menos con uno de sus padres y 27 (10%) estudiantes viven sin ninguno de sus padres. La mayor parte de los encuestados pertenecían a la Facultad de Ciencias con 77 (27.5%) estudiantes, seguido de la Facultad de Ciencias Sociales con 65 (23.21%) estudiantes y la tercer Facultad con mayor participación de estudiantes fue la Facultad de Ciencias Médicas con 56 (20%) (ver Tabla 5, Tabla 6 y Tabla 7).

Tabla 5

Actividad de los participantes

Trabaja	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	11.43%
No	248	88.57%
Total	280	100%

Tabla 6

Facultades a las que pertenecen los participantes

Facultades	Muestra	Porcentaje
Ciencias	77	27%
Ciencias Sociales	65	23%
Ciencias Médicas	56	20%
Humanidades y Artes	26	9%
Ciencias Espaciales	22	8%
Ingeniería	21	8%
Ciencias Jurídicas	10	4%
Odontología	2	1%
Ciencias Química y Farmacia	1	0%
Total	280	100%

Tabla 7

Personas con quien viven los participantes

Personas con quien viven	Muestra	Porcentaje
Padre y madre	104	37%
Ambos padres y familia	25	9%
Madre y familia	51	18%
Padre y familia	10	4%
Solo madre	50	18%
Solo padre	13	5%
Con familia sin sus padres	20	7%
Solos o con amigos	7	2%
Total	280	100%

4.4 Consideraciones éticas

Las siguientes consideraciones éticas, están regidas por el Código de Ética del Profesional de la Psicología de la República de Honduras (2016):

- Expresar las garantías de seguridad que se brindará a los participantes.
- Respetar el derecho a ser partícipe o no de la investigación.
- Garantizar el anonimato y confidencialidad de los participantes.
- Contar con el consentimiento informado en digital de la investigación de los participantes, el cual estaba conformado por el tema de la investigación, la edad de participación, el nombre de la persona encargada de la investigación, el propósito de ésta, las garantías de seguridad y confidencialidad.

4.5 Plan de análisis

El plan de análisis fue realizado una vez recogidos los resultados de la aplicación de la Escala de Apoyo Parental (EAP), de la Escala Relaciones Familiares (ERF) y la Escala

de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida (ECCAS), para luego proceder a tabular los datos por medio del paquete estadístico JASP (Jeffrey's Amazing Statistics Program).

Una vez obtenidos los puntajes de cada una de las escalas aplicadas, se realizó el análisis estadístico, por lo que se calcularon los resultados de las escalas, con cada de las medidas de tendencia central, con el fin de obtener el puntaje promedio, y luego correlacionar estos datos con el coeficiente de correlación de R de Pearson con cada una de las escalas aplicadas y además se realizaron las comparaciones por sexo.

Se postuló que al existir apoyo parental y buena comunicación en la familia, el riesgo suicida en los estudiantes universitarios disminuiría, por lo que se consideró la siguiente hipótesis, la cual fue realizada a un nivel de confianza del 95%:

Hipótesis 1 (H1) Existe relación significativa entre la comunicación familiar, el apoyo parental y el riesgo suicida en estudiantes de la UNAH.

Hipótesis 2 (H2) A mayor comunicación en la familia y apoyo parental, el riesgo suicida de los estudiantes de la UNAH, disminuirá.

Hipótesis nula (H₀): No existe relación significativa entre la comunicación familiar, el apoyo parental y el riesgo suicida en estudiantes de la UNAH.

Hipótesis alternativa (H_a): Las buenas relaciones familiares, la comunicación y el apoyo parental son factores de protección para los estudiantes de la UNAH.

Capítulo 5: Resultados

5.1 Descripción de Escala Apoyo Parental

La escala total de Apoyo Parental tiene un puntaje mínimo de 12 y máximo de 60 en la que se obtuvo un puntaje promedio de 49.29 ($DE= 8.23$). El puntaje de las subescalas oscilaba entre los 4 y 20 puntos. La subescala de Demanda y Expectativas reportó un puntaje medio de 18.37 ($DE=2.61$). La subescala Responsividad-Calidez reportó un puntaje medio de 15.81 ($DE=3.95$). La subescala de Monitoreo reportó un puntaje medio de 15.11 ($DE=4.06$). Ver Figura 1

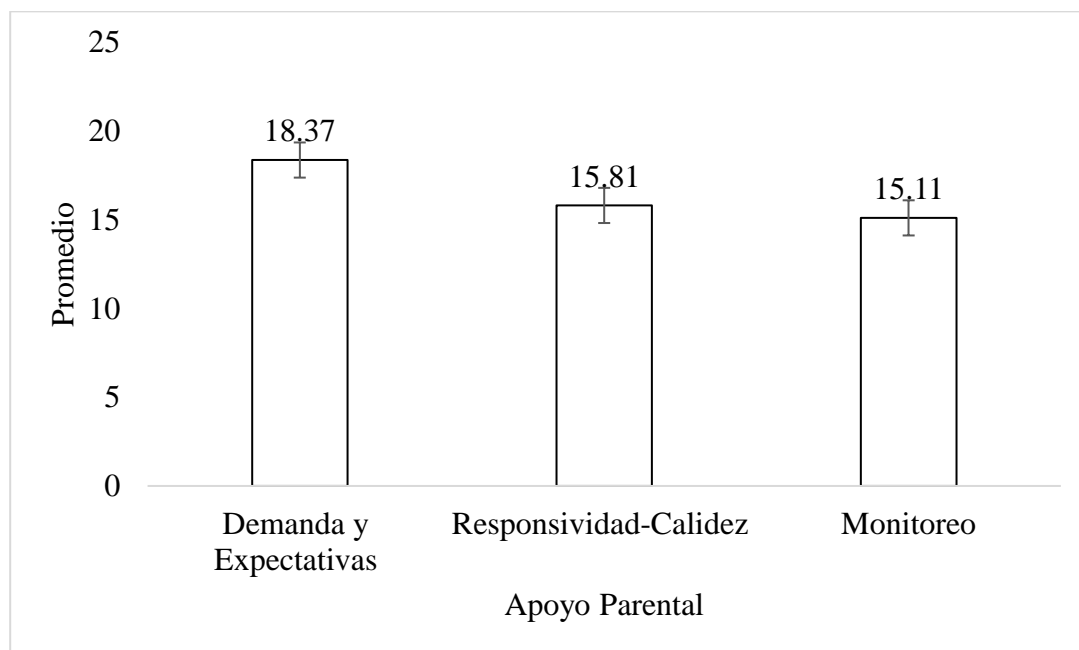


Figura 1 Comparación de puntajes de las subescalas de Apoyo Parental

Se puede observar que, en la Escala de Apoyo Parental, los ítems con mayor puntaje, en la opción de respuesta “Totalmente de acuerdo” son el No. 6: “Mis padres esperan que me comporte responsablemente”, con 228 participaciones que corresponden al (81.49%); el ítem 8: “Mis padres esperan que sea respetuoso/a y considerado/a con la

gente”, obtuvo 220 participaciones, que corresponden al (78.57%) y el No. 5: “Mis padres esperan que trate de hacer mis cosas lo mejor que puedo”, con 204 elecciones, que corresponden al (72.85%); donde estos 3 ítems corresponden a la sub escala de Demandas /Expectativas, lo que indica que para la mayoría de los adolescentes que participaron en este estudio, perciben que el apoyo parental va de la mano, con el cumplimiento de las expectativas de los padres y que, por ende, ellos los cumplen y cuentan con el apoyo de sus padres. ver Tabla 8.

Tabla 8

Resultados Escala Apoyo Parental

Reactivo	1	2	3	4	5	Promedio (DE)
P1. Puedo contar con la ayuda de mis padres si tengo problemas	9 (3.21%)	15 (5.35%)	49 (17.50%)	65 (23.21%)	142 (50.71%)	4.12 (1.08)
P2. Mis padres se dan el tiempo de conversar conmigo	30 (10.71%)	49 (17.5%)	46 (16.4%)	76 (27.14%)	79 (28.21%)	3.44 (1.34)
P3. Sé que mis padres van a estar conmigo si los necesito.	9 (3.21%)	8 (2.85%)	37 (13.21%)	62 (22.14%)	164 (58.57%)	4.30 (1.01)
P4. Mis padres disfrutan	11 (3.92%)	21 (7.50%)	62 (22.14%)	67 (23.92)	119 (43.50%)	3.93 (1.14)

estando
conmigo.

P5. Mis
padres
esperan
que trate
de hacer
mis cosas
lo mejor
que puedo.

7 (2.50%)	1 (0.35%)	16 (5.71%)	52 (18.57%)	204 (72.85%)	4.58 (0.82)
--------------	--------------	---------------	----------------	-----------------	----------------

P6. Mis
padres
esperan
que me
comporte
responsabl
emente.

5 (1.78%)	2 (0.71%)	3 (1.07%)	42 (15.00%)	228 (81.49%)	4.73 (0.68)
--------------	--------------	--------------	----------------	-----------------	----------------

P7. Mis
padres
esperan
que le diga
dónde
estoy y a
qué hora
voy a
llegar a la
casa.

10 (3.57%)	13 (4.64%)	22 (7.85%)	57 (20.35%)	178 (63.57%)	4.35 (1.04)
---------------	---------------	---------------	----------------	-----------------	----------------

P8. Mis
padres
esperan
que sea
respetuoso
/a y
considerad
o/a con la
gente.

4 (1.42%)	2 (0.71%)	11 (3.92%)	43 (15.35%)	220 (78.57%)	4.68 (0.71)
--------------	--------------	---------------	----------------	-----------------	----------------

P9. A mis
padres les
gusta que
les
informe de
lo que
hago.

10 (3.57%)	12 (4.28%)	48 (17.14%)	70 (25.00%)	140 (50.00%)	4.13 (1.07)
---------------	---------------	----------------	----------------	-----------------	----------------

P10. Mis padres se preocupan de averiguar con qué amigos me junto.	17 (6.07%)	22 (7.85%)	54 (19.28%)	60 (21.42%)	127 (45.35%)	3.92 (1.22)
P11. Mis padres se preocupan de averiguar qué hago después de la universidad o trabajo.	16 (5.71%)	24 (8.57%)	59 (21.07%)	73 (26.07%)	108 (38.57%)	3.83 (1.19)
P12. Mis padres se preocupan de averiguar cómo me comporto en la universidad o trabajo.	44 (15.71%)	39 (13.92%)	78 (27.85%)	48 (17.14%)	71 (25.37%)	3.22 (1.38)

Nota: Los valores utilizados en la escala fueron: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=No estoy seguro, 4=De acuerdo, 5=Totalmente en acuerdo.

5.1.2 Comparación de la Escala Apoyo Parental según sexo

Se encontró que no existe diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de la escala total de apoyo parental, reportados por hombres ($M=48.78$, $DE= 9.33$) y mujeres ($M=49.49$, $DE=7.77$), $p=0.51$, ver Tabla 9 y Tabla 10.

Tabla 9

Intervalo de Confianza para la D de Cohen en Apoyo Parental

	t	gl	p	D de Cohen	95% IC para la D de Cohen	
					Inferior	Superior
Apoyo Parental Responsividad	-0.227	278	0.82	-0.03	-0.292	0.231
Calidez						
Demanda Expectativas	1.53	278	0.127	0.204	-0.058	0.466
Monitoreo	0.554	278	0.58	0.074	-0.188	0.335
Total Apoyo Parental	0.649	278	0.517	0.087	-0.175	0.348

Nota. Student's t-test.

Tabla 10

Comparativo Escala Apoyo Parental según Sexo

Grupo Descriptivo					
	Grupo	N	Media	DE	EE
Apoyo Parental Responsividad Calidez	Femenino	202	15.777	4.028	0.283
	Masculino	78	15.897	3.799	0.43
Demanda Expectativas	Femenino	202	18.52	2.249	0.158
	Masculino	78	17.987	3.379	0.383
Monitoreo	Femenino	202	15.198	3.904	0.275
	Masculino	78	14.897	4.462	0.505
Total Apoyo Parental	Femenino	202	49.495	7.776	0.547
	Masculino	78	48.782	9.337	1.057

5.2 Descripción de Escala Relaciones Familiares

La escala total de Relaciones Familiares tiene un puntaje medio mínimo de 1 y máximo de 5 en la que se obtuvo un puntaje promedio de 3.40 ($DE=0.95$). La subescala de Cohesión reportó un puntaje medio de 3.67($DE=1.01$). La subescala Expresividad reportó un puntaje medio de 3.36 ($DE=1.17$). La subescala de Conflictos reportó un puntaje medio de 3.18 ($DE=1.01$). Ver Figura 2

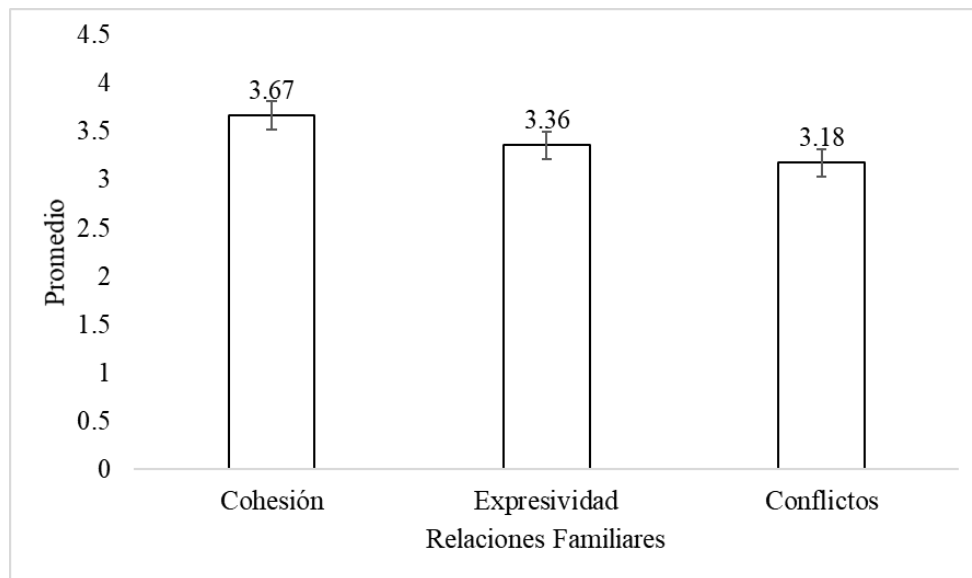


Figura 2 Comparación de puntajes de las subescalas de Relaciones Familiares

En la Escala de Relaciones Familiares, los ítems con mayor puntuación, en la opción de respuesta “Totalmente de acuerdo” son el No.14: “Estoy orgulloso de ser parte de nuestra familia.” 149 (53.21%), que corresponde a la subescala de Cohesión; el No. 18: “En nuestra familia comenzamos conversaciones con facilidad.” 113 (40.35%), que corresponde a la subescala de Expresividad y el No. 15: “En nuestra familia solucionamos nuestros problemas.” 111 (39.64%), que corresponde a la subescala de Conflicto; donde se puede analizar que, para los adolescentes, es importante la buena relación en la familia el sentido de pertenencia, la comunicación y la resolución adecuada de conflictos, dado que la

mayoría de los participantes expresan que sostienen buenas relaciones en su familia. (ver Tabla 11)

Tabla 11

Resultados Escala Relaciones Familiares

Reactivo	1	2	3	4	5	Promedio (DE)
1. En nuestra familia realment e nos ayudamo s y apoyamo s mutuame nte.	18 (6.42%)	26 (9.28%)	61 (21.78%)	69 (24.62%)	106 (37.85%)	3.78 (1.22)
2. En nuestra familia discutim os mucho. (R).	25 (8.92%)	81 (28.92%)	57 (20.35%)	66 (23.57%)	51 (18.21%)	3.13 (1.26)
3. En nuestra familia pasamos mucho tiempo haciendo cosas juntos en casa.	57 (20.35%)	72 (25.71%)	56 (20.00%)	64 (22.85%)	31 (11.07%)	2.78 (1.30)
4. En nuestra familia podemos	53 (18.92%)	32 (11.42%)	61 (21.78%)	62 (22.14%)	72 (25.71%)	3.24 (1.43)

hablar
abiertam
ente en
nuestro
hogar.

5. En
nuestra
familia
estamos
muy
enojados
unos con
otros.
(R)

106 (37.85%)	61 (21.78%)	68 (24.28%)	27 (9.64%)	18 (6.42%)	2.25 (1.23)
-----------------	----------------	----------------	---------------	---------------	----------------

6. En
nuestra
familia
trabajam
os duro
en lo que
hacemos
en
nuestro
hogar.

15 (5.35%)	16 (5.71%)	60 (21.42%)	95 (33.92%)	94 (33.57%)	3.84 (1.11)
---------------	---------------	----------------	----------------	----------------	----------------

7. En
nuestra
familia
hay un
sentimie
nto de
unión.

18 (6.42%)	35 (12.50%)	64 (22.87%)	68 (24.28%)	95 (33.92%)	3.66 (1.24)
---------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

8. En
nuestra
familia, a
veces
nos
contamo
s
nuestros
problema
s
personal
es.

56 (20.00%)	56 (20.00%)	50 (17.85%)	62 (22.14%)	56 (20.00%)	3.02 (1.42)
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

9. En nuestra familia nos enojamos fácilmente. (R)	24 (8.57%)	51 (18.21%)	67 (23.92%)	66 (23.57%)	72 (25.71%)	3.39 (1.28)
10. En nuestra familia hacemos cosas el uno por el otro sin que nos lo pidan.	28 (10.00%)	38 (13.57%)	64 (22.85%)	84 (30%)	66 (23.57%)	3.43 (1.26)
11. En nuestra familia a menudo nos menospreciamos unos a otros. (R)	112 (40%)	64 (22.85%)	45 (16.07%)	33 (11.78%)	26 (9.28%)	2.27 (1.34)
12. Los miembros de mi familia realmente se apoyan entre sí.	19 (6.78%)	28 (10.00%)	58 (20.71%)	74 (26.42%)	101 (36.07%)	3.75 (1.23)
13. Los miembros de mi familia a	140 (50%)	52 (18.57%)	33 (11.78%)	33 (11.78%)	22 (7.85%)	2.08 (1.34)

veces
son
violentos
. (R)

14. Estoy
orgulloso
de ser
parte de
nuestra
familia.

19 (6.78%)	16 (5.71%)	52 (18.57%)	44 (15.71%)	149 (53.21%)	4.02 (1.25)
---------------	---------------	----------------	----------------	-----------------	----------------

15. En
nuestra
familia
solucion
amos
nuestros
problema
s.

24 (8.57%)	27 (9.64%)	61 (21.78%)	57 (20.35%)	111 (39.64%)	3.72 (1.30)
---------------	---------------	----------------	----------------	-----------------	----------------

16. En
nuestra
familia
realment
e nos
llevamos
bien.

16 (5.71%)	30 (10.71%)	50 (17.85%)	74 (26.42%)	110 (39.28%)	3.82 (1.22)
---------------	----------------	----------------	----------------	-----------------	----------------

17. En
nuestra
familia
solemos
tener
cuidado
con lo
que nos
decimos.

53 (18.92%)	42 (15.00%)	66 (23.57%)	64 (22.85%)	55 (19.64%)	3.09 (1.38)
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

18. En
nuestra
familia
comenza
mos
conversa
ciones

20 (7.14%)	27 (9.64%)	48 (17.14%)	72 (25.71%)	113 (40.35%)	3.82 (1.25)
---------------	---------------	----------------	----------------	-----------------	----------------

con
facilidad.

19. En nuestra familia alzamos la voz cuando estamos enojados. (R)	19 (6.78%)	41 (14.64%)	43 (15.35%)	68 (24.28%)	109 (38.92%)	3.73 (1.29)
--	---------------	----------------	----------------	----------------	-----------------	----------------

Nota: Los valores utilizados en la escala fueron: 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=No estoy seguro, 4=De acuerdo, 5=Totalmente en acuerdo. (R)= Significa que el ítem es recodificado.

5.2.1 Comparación de la Escala Relaciones Familiares según sexo

Se encontró que no existe diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de la escala total de relaciones familiares, reportados por hombres ($M=3.47$, $DE= 0.88$) y mujeres ($M=3.37$, $DE=0.97$), $p=0.44$. Y también, se observa que ninguna de las subescalas difiere significativamente según el sexo (ver Tabla 12 y Tabla 13)

Tabla 12

Intervalo de Confianza para la D de Cohen en Relaciones Familiares

	t	Gl	p	D de Cohen	95% IC para la D de Cohen	
					Inferior	Superior
Relaciones Familiares Cohesión	0.052	278	0.959	0.007	-0.254	0.268
Relaciones Familiares Expresividad	-0.341	278	0.734	-0.045	-0.307	0.216
Relaciones Familiares Conflictos	-1.819	278	0.07	-0.243	-0.504	0.02
Total Relaciones Familiares	-0.765	278	0.445	-0.102	-0.363	0.159

Note. Student's t-test.

Tabla 13

Comparación Relaciones Familiares según sexo

Grupo Descriptivo					
	Grupo	N	Media	DE	EE
Relaciones Familiares Cohesión	Femenino	202	3.672	1.031	0.073
	Masculino	78	3.665	0.995	0.113
Relaciones Familiares Expresividad	Femenino	202	3.348	1.209	0.085
	Masculino	78	3.402	1.095	0.124
Relaciones Familiares Conflictos	Femenino	202	3.118	1.02	0.072
	Masculino	78	3.363	0.988	0.112
Total Relaciones Familiares	Femenino	202	3.379	0.979	0.069
	Masculino	78	3.477	0.884	0.1

5.3 Descripción de Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida

La escala total de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida tiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 30 en la que se obtuvo un puntaje promedio de 11.03 ($DE=6.99$).

En la escala de riesgo suicida, en la opción de respuesta “Nunca” los ítems No. 6. “¿Qué posibilidades hay de que intente suicidarse algún día?” 171 (61.07%); No. 2. “¿Con qué frecuencia ha pensado en suicidarse durante el último año?” 157 (56.07%) y el No. 5. “Ahora mismo, ¿cuánto deseas morir?” 156 (55.71%); son los que más puntuación obtuvieron, destacando que no tienen ideas suicidas y tampoco desean morir, el cual se correlaciona con las puntuaciones más altas, de las dos escalas anteriores, donde se observa que los adolescentes manifiestan que tienen el apoyo de sus padres y adecuadas relaciones familiares; afirmando así, que el tener el apoyo de sus padres, evita y previene que ellos tengan ideas suicidas o deseos de morir. (Ver Tabla 14)

Tabla 14

Resultados Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida.

Reactivo	Opciones de respuesta						Promedio (DE)
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5).	
1. ¿Alguna vez ha pensado o intentado suicidarse?	102 (36.42%)	83 (29.64%)	42 (15%)	12 (4.28%)	25 (8.92%)	16 (5.71%)	1.36 (1.50)
	Nunca (0)	1	2	3	4	Muy a menudo (5)	
2. ¿Con qué frecuencia ha pensado en suicidarse durante el último año?	157 (56.07%)	36 (12.85%)	29 (10.35%)	24 (8.57%)	15 (5.35%)	19 (6.78%)	1.14 (1.60)
	Nunca (0)	1	2	3	4	Con frecuencia (5)	
3. En el último año, ¿ha tenido un debate / discusión interna (en su cabeza) sobre si vivir o morir?	115 (41.07%)	43 (15.35%)	24 (8.57%)	25 (8.92%)	29 (10.35%)	44 (15.71%)	1.79 (1.72)
	Nada (0)	1	2	3	4	Mucho (5)	
4. Ahora mismo, ¿cuánto deseas vivir?	125 (44.64%)	25 (8.92%)	31 (11.07%)	39 (13.92%)	27 (9.64%)	33 (11.78%)	1.70 (1.84)
	Nada (0)	1	2	3	4	5	Mucho (7)

5. Ahora mismo, ¿cuánto deseas morir?	156 (55.71)	30 (10.71)	16 (5.71)	24 (8.57)	15 (5.3 5%)	19 (6.78%)	10 (3.5 7%)	10 (3.5 7%)	1.49 (2.11)
	Nada (0)	1	2	3	4	Muy probabl e (5)			
6. ¿Qué posibilidades hay de que intente suicidarse algún día?	171 (61.07)	37 (13.21)	24 (8.57)	25 (8.92)	12 (4.2 8%)	11 (3.92%)			0.93 (1.43)

Nota: Las opciones de respuesta utilizados en el primer reactivo fueron: (0) Nunca, (1) = Fue solo un breve pensamiento pasajero, (2) = He tenido un plan al menos una vez para suicidarme, pero no traté de hacerlo, (3) = Intenté suicidarme, pero no quería morir, (4) = He tenido un plan al menos una vez para suicidarme y tenía muchas ganas de morir, (5) = He intentado suicidarme y tenía muchas ganas de morir.

5.3.1 Comparación de la Escala Riesgo Suicida según sexo

Se encontró que no existe diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de la escala total de riesgo suicida, reportados por hombres ($M=10.69$, $DE= 6.93$) y mujeres ($M=11.17$, $DE=7.03$), $p=0.60$. (ver Tabla 15) (ver Tabla 16)

Tabla 15

Intervalo de Confianza para la D de Cohen en Riesgo Suicida

	t	gl	P	D de Cohen	95% IC para la D de Cohen	
					Inferior	Superior
Total Riesgo Suicida	0.515	278	0.607	0.069	-0.193	0.33

Tabla 16

Comparativo Riesgo Suicida según sexo

Grupo descriptivo					
	Grupo	N	Media	DE	EE
Total	Femenino	202	11.173	7.033	0.495
Riesgo Suicida	Masculino	78	10.692	6.936	0.785

5.4 Relación entre apoyo parental, relaciones familiares y riesgo suicida

Según el análisis de resultados, se puede observar que no existe una correlación significativa entre las escalas aplicadas y la edad, tal como se detalla a continuación: En relación con la Escala Apoyo Parental ($r = -0.043, p=0.478$); con la Escala de Relaciones Familiares ($r = -0.013, p =0.824$) y por último con la Escala Riesgo Suicida ($r = -0.065, p=0.278$).

No obstante, hay una correlación significativa entre la escala total de Apoyo Parental y Cohesión Familiar ($r = 0.647, p < .001$), lo que indica que entre más apoyo parental tengan los adolescentes, estos poseerán mayor cohesión en su núcleo familiar. Así mismo se correlaciona de manera positiva con la escala de Expresividad ($r = 0.568, p < .001$), en donde se determina que, entre mayor apoyo parental, habrá mayor expresividad dentro de la familia. Sin embargo, en cuanto a la variable de Conflictos ($r = -0.418, p < .001$), se observa que la correlación es negativa, es decir, entre más alto es el apoyo parental en lo jóvenes, los conflictos familiares tienden a disminuir.

Por otra parte, la correlación entre la escala de Relaciones Familiares y Apoyo Parental es positiva ($r = 0.613, p < .001$), indicando que cuanto más apoyo parental exista en la familia, las relaciones familiares serán apropiadas. También se observa que en cuanto

a la correlación con la escala de Riesgo Suicida es negativa ($r = -0.274, p < .001$), lo que significa que, si existe mayor apoyo parental, el riesgo suicida disminuye.

En cuanto a la variable de Cohesión, mientras exista más cohesión en la familia, habrá mayor expresividad ($r = 0.796, p < .001$); mejores relaciones familiares ($r = 0.935, p < .001$), los conflictos disminuirán ($r = -0.705, p < .001$) y así también, el riesgo suicida ($r = -0.385, p < .001$).

Así mismo, entre mayor expresividad exista en la familia, habrá mejores relaciones familiares ($r = 0.896, p < .001$) y la frecuencia de los conflictos ($r = -0.563, p < .001$) y el riesgo suicida, disminuyen ($r = -0.339, p < .001$).

Por lo tanto, entre mejores son las relaciones familiares, disminuyen los conflictos ($r = -0.838, p < .001$) y el riesgo suicida ($r = -0.397, p < .001$) y entre más conflictos haya en la familia, el riesgo suicida aumenta ($r = 0.337, p < .001$). (ver Tabla 17).

Tabla 17

Correlación entre variables

Correlaciones de Pearson

Variable		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Edad	r	—								
	p	—								
2. Apoyo Parental Responsividad Calidez	r	0.03	—							
	p	0.617	—							
3. Demanda Expectativas	r	-	0.419	—						
	p	0.028	***	—						
4. Monitoreo	r	-	0.278	0.52	—					
	p	0.097	***	***	—					
		0.104	< .001	< .001	—					

5. Total Apoyo Parental	r	-	0.752	0.777	0.793	—			
		0.043	***	***	***				
	p	0.478	< .001	< .001	< .001	—			
6. Rel. Fam. Cohesión	r	-0.04	0.795	0.377	0.294	0.647	—		
			***	***	***	***			
	p	0.508	< .001	< .001	< .001	< .001	—		
7. Rel. Fam. Expresividad	r	0.026	0.718	0.287	0.267	0.568	0.796	—	
			***	***	***	***	***		
	p	0.661	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
8. Rel. Fam. Conflictos Original	r	0.028	-	-0.185	-0.121	-0.418	-	-0.563	—
			0.622	**	*	***	0.705	***	
	p	0.639	< .001	0.002	0.044	< .001	< .001	< .001	—
9. Total Relaciones Familiares	r	-	0.8	0.318	0.258	0.613	0.935	0.896	-0.838
		0.013	***	***	***	***	***	***	***
	p	0.824	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
10. Total Riesgo Suicida	r	-	-	-0.124	-0.083	-0.274	-	-0.339	0.337
		0.065	0.403	*		***	0.385	***	***
	p	0.278	< .001	0.038	0.166	< .001	< .001	< .001	< .001

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Capítulo 6: Discusión

6.1 Conclusiones

Tras el análisis de resultados se concluye que, en efecto, sí existe una relación significativa entre la comunicación familiar, el apoyo parental y el riesgo suicida en estudiantes de la UNAH; tal y como se planteó en la hipótesis; además de que sirven como factores de protección; especialmente para la prevención del suicidio.

Esto es coherente con lo que afirman en su estudio Valenzuela Mujica, Ibarra R., Zubarew G., & Correa M. (2013); que el estilo de crianza que empleen los padres en sus hijos incidirá directamente en la conducta suicida o antisocial del adolescente (Valenzuela Mujica, Ibarra R., Zubarew G., & Correa M., 2013).

Es decir, si los adolescentes reciben apoyo de sus padres, la ideación suicida disminuye; en cambio, se produce un aumento cuando existe desunión en la familia, rechazo y control excesivo, provocando así una elevada tasa de mortalidad en los jóvenes (Valenzuela Mujica, Ibarra R., Zubarew G., & Correa M., 2013).

Conjuntamente, los resultados arrojados por esta investigación revelan que la mayoría de los participantes, han declarado que cuentan con el apoyo de sus padres o cuidadores, ya que sienten que cumplen con las expectativas y demandas esperadas por ellos, y como consecuencia, no tienen ideas ni deseos suicidas.

Este resultado se confirma con el informe de la Organización Panamericana de la Salud, realizado en 2014, donde mencionan como factor preventivo del riesgo suicida, el que existan y se mantengan las relaciones cercanas y saludables en los círculos sociales de un individuo, tales como la familia, pareja o amigos; ya que la capacidad de recuperación emocional de la persona, tiende a aumentar (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Por otra parte, los jóvenes adultos participantes, expresaron que mantienen una buena relación en la familia, produciendo sentido de pertenencia dentro de la misma; además de comunicación asertiva y la adecuada resolución de conflictos, siendo estos factores de protección y seguridad.

En cuanto a la ideación suicida; se ratifica con la investigación realizada por Bravo-Andrade, López-Peñaloza, Ruvalcaba-Romero, & Orozco-Solís, (2019), donde los factores o dimensiones que provocan el riesgo suicida en los adolescentes; es el no tener comunicación en la familia, el que no exista una clara estrategia de resolución de problemas y que no haya expresión emocional (Bravo-Andrade, López-Peñaloza, Ruvalcaba-Romero, & Orozco-Solís, 2019).

Asimismo, según los resultados obtenidos, el apoyo parental, se relaciona de forma positiva con la cohesión familiar y la expresividad, donde existen buenas relaciones familiares, una adecuada comunicación, y por ende induce a que los conflictos disminuyan;

Estos resultados son congruentes con lo afirmado por Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina, & Gonzáles, (2010) en su estudio, donde los adolescentes que expresan que tienen considerables problemas en la comunicación con sus padres, son propensos a tener un gran desajuste psicológico, dando lugar a conductas autolesivas, tales como consumo de alcohol, además de inestabilidad emocional y baja autoestima (Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina, & Gonzáles, 2010).

Para finalizar, se concluye, según los datos obtenidos, y en comparación con otros estudios realizados; que, cuando los jóvenes adultos tienen apoyo parental, buenas relaciones familiares, donde puedan expresar sus emociones y una adecuada resolución de conflictos, el riesgo suicida disminuye, y, por el contrario, al no contar estos elementos de protección, el riesgo suicida tiende a aumentar.

6.2 Recomendaciones e implicaciones para la práctica

Se recomienda utilizar abordajes cognitivos conductuales, tanto para el paciente con ideación o intento suicida, como para la familia, ya que se ha demostrado su efectividad en la prevención del riesgo suicida, donde, la Terapia Cognitivo Conductual utiliza técnicas para potenciar la identificación de sentimientos y emociones negativos, la reestructuración de pensamientos, es decir, se trabaja en modificar los pensamientos disfuncionales por unos más sanos y la adquisición de habilidades para la solución de problemas, para así lograr una comunicación efectiva; además de la participación en actividades que sea del agrado del paciente y el fortalecimiento de las redes de apoyo. Es importante resaltar que cada caso es diferente, por lo que la cantidad de sesiones pueden variar, según el nivel de riesgo y la necesidad del paciente. Por lo tanto, el alcanzar a tener esperanza sobre el futuro debe ser una medida importante y una meta específica dentro del avance terapéutico en los jóvenes adultos (Rosselló, Duarté-Vélez, Bernal, & Zuluaga, 2011).

Aunado a lo anterior, también se recomienda la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual, como tratamiento para el manejo de ideación e intento suicida, ya que existe evidencia científica que ratifica que ha sido efectiva para disminuir las conductas autolesivas, las visitas a emergencias hospitalarias y las hospitalizaciones, además del aumento en la adherencia al tratamiento. Este tipo de terapia fue creada específicamente para abordar a pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, con especial énfasis en el manejo de los síntomas impulsivos que dan como resultado los actos suicidas (De la Vega & Sánchez Quintero, 2013).

Esta terapia pertenece a la tercera generación de terapias psicológicas, la cual consiste ayudar a las personas que tienen dificultad para manejar sus emociones y presentan conductas autodestructivas. Su objetivo principal es cambiar conductas y creencias que son

erróneas para un buen funcionamiento, y fomentar las que los llevará al equilibrio mental; evitando emitir juicios hacia el paciente y validando su experiencia emocional (De la Vega & Sánchez Quintero, 2013).

Por otra parte, es fundamental destacar la aplicación de la terapia familiar como tratamiento para mejorar la comunicación en la familia, la resolución de conflictos, la empatía entre los miembros de la familia y aumentar el sentido de pertenencia, que son elementos importantes para salvaguardar la vida de cada miembro de la familia, en especial de los adolescentes y jóvenes adultos (Muñoz, Canales, Bados, & Saldaña, 2012).

Se recomienda, además, el poder implementar talleres en los centros educativos de educación media, donde se pueda orientar a los padres de los estudiantes, sobre la importancia del apoyo parental y la comunicación con sus hijos, para que se pueda evitar que ellos tengan riesgo suicida (Constanza Cañón, y otros, 2018).

Así mismo es esencial, que se puedan realizar jornadas de salud mental o un curso de introducción a los estudiantes de primer ingreso de la universidad, sobre autoestima, comunicación asertiva, habilidades sociales y como desarrollar técnicas para la resolución de problemas, y que los programas y lugares que actualmente existen en la universidad para brindar apoyo psicológico, sea promovido por cada una de las facultades de la misma, todo con el fin de normalizar el cuidar de la salud mental, pedir asistencia psicológica cuando se necesite y que no sea un estigma el visitar al psicólogo (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

6.3 Limitaciones e investigaciones futuras

Dentro de las limitaciones encontradas en esta investigación se puede mencionar que la muestra tiene un tamaño limitado, y que, además, no fue una muestra probabilística, ya que la participación fue voluntaria. Por otra parte, los instrumentos utilizados en el estudio no estuvieron previamente validados en el contexto hondureño.

En futuras investigaciones se recomienda que se cuente con muestras más representativas y se realicen procesos de estandarización y validación de las pruebas acá utilizadas. Además, se pueden incluir variables tales como autoestima, consumo de alcohol o de drogas y la incidencia del diagnóstico previo de un trastorno de la personalidad, como factores que influyan en la ideación o intento suicida de los jóvenes adultos.

Referencias Bibliográficas

- Aláez, M., Madrid, J., & Antona, A. (Enero-Abril de 2003). Adolescencia y salud. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 45-53. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808405>
- Alfonso Hernández, C., Valladares González, A., Rodríguez San Pedro, L., & Selín Ganén, M. (Junio de 2017). Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. *MediSur*, 15(3), 341-349. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180051460009>
- Andrade Salazar, J. A., Peñuela Gallo, V. A., & García Saavedra, L. M. (2017). Relación entre riesgo suicida y estilos de crianza en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 8(1), 001-211. Obtenido de <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Relaci%F3n-entre-riesgo-suicida-y-estilos-de-crianza-en-adolescentes.htm>
- Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Reyes Ruiz, L., Trejos Herrera, A. M., Uribe Alvarado, J. I., & García Galindo, C. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos*. *Psicogente*, 21(39). Obtenido de <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2821>
- Beaven Ciapara, N. I., Campa Alvarez, R. d., Valenzuela, B. A., & Guillén Lógico, M. (2018). Inclusión educativa: factores psicosociales asociados a conducta suicida en adolescentes. *Revista Prisma Social*, 185-207. Obtenido de <https://revistaprismasocial.es/article/view/2770>
- Blandón Cuesta, O. M., Carmona Parra, J. A., Mendoza Orozco, M. Z., & Medina Pérez, Ó. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivos Médicos de Camagüey*, 19(5), 469-478. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000500006&lng=es&tlng=pt.
- Bravo-Andrade, H. R., López-Peñaloza, J., Ruvalcaba-Romero, N. A., & Orozco-Solís, M. G. (26 de Junio de 2019). Factores familiares de riesgo y protección ante el suicidio en adolescentes. Una aproximación cualitativa desde el modelo de resiliencia familiar. *Cultura Educación Sociedad*. doi:DOI: 10.17981/cultedusoc.10.1.2019.02
- Camacho Galicia, E. (2016). Rasgos de conductas suicidas en jóvenes adolescentes: una visión de sus interacciones familiares, escolares y virtuales que ponen en riesgo su integridad*. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 5(10). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5764301.pdf>
- Cañón Buitrago, S. C., & Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*(20), 387-397. Obtenido de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es.

- Capano Bosch, A., González Tornaría, M. d., & Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología (PUCP)*, 34(2), 413-444. doi:<http://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.008>
- Cintra Hernández, Y., López Santana, Y., Villar Rojas, Y., & Laugart Wilson, A. (2015). Intento suicida y adolescencia. *Rev Inf Cient*, 252-260. Obtenido de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/download/244/1049>
- Constanza Cañón, S., Castaño-Castrillón, J., Mosquera-Lozano, A., Nieto-Angarita, L., Orozco-Daza, M., & Giraldo-Londoño, W. (Junio de 2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 27-40. doi:<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.02>
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., & García Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011
- Corpas, N. J. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*, 33(2). Obtenido de http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html
- Corrales Pérez, A., Quijano León, N., & Góngora Coronado, E. A. (Enero-Abril de 2017). Empatía, Comunicación Asertiva y Seguimiento de Normas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 58-65. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161005>
- Craig, G. J., & Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico* (8va ed.). México: Pearson Educación.
- Cumsille, P., Loreto Martínez, M., Rodríguez, V., & Darling, N. (2014). Análisis Psicométrico de la Escala Parental Breve (EPB): Invarianza Demográfica y Longitudinal en Adolescentes Chilenos. *Psykhé*, 23(2), 1-14. doi:[doi:10.7764/psykhe.23.2.665](https://doi.org/10.7764/psykhe.23.2.665)
- De la Vega, I., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Durkheim, E. (2012). *El Suicidio* (Vol. 2). Madrid, España: Ediciones Aksal, S.A.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

- González, R. M., Martínez García, L., & Ferrer Lozano, D. M. (2017). Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3), 281-295. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000300002
- Gonzales-Portillo, J., Gil-Arévalo, J., Hernández-Botero, D., & Henao-Sánchez, L. M. (2016). Evaluación de las expectativas negativas y tipo de riesgo suicida en estudiantes . *Revista Duazary*, 13(1), 7-14. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5342645.pdf>
- Harris, K. M., Syu, J.-J., Lello, O. D., Chew, Y. E., Willcox, C. H., & Ho, R. H. (1 de Junio de 2015). The ABC's of Suicide Risk Assessment: Applying a Tripartite Approach to Individual Evaluations. *PLOS ONE*, 10(6). doi:10.1371/journal.pone.0127442
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta ed.). México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
- Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad. (2017). Boletín Especial sobre Suicidios. *Boletín Especial 2017*, 69, 1-4. Obtenido de <https://iudpas.unah.edu.hn/dmsdocument/7442-boletin-especial-sobre-suicidios-enero-a-diciembre-2017>
- Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad. (Junio de 2021). Muertes por suicidio, enero 2015-diciembre 2020. *Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad*, 86, 1-6. Obtenido de Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad: <https://iudpas.unah.edu.hn/dmsdocument/11509-boletin-especial-sobre-suicidios-2015-2020-ed-no-86>
- Landa-Blanco, M., Urtecho-Osorto, Ó. R., Mercado, M., & Aguilar-Chávez, Á. (2022). Factores psicológicos asociados al riesgo suicida en estudiantes universitarios de Honduras. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 40(1), 1-17. doi:Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8537>
- Laurencia Perales-Blum, M. T., & Loredó, L. (2015). Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor. *Salud Mental*, 38(3), 195-200. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.027>
- Lillo Espinosa, J. L. (Junio de 2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(90), págs. 57-71. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019660005>
- Mestre, M. V., Tur, A. M., Samper, P., Nácher, M. J., & Cortés, M. T. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 211-225. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80539201.pdf>

- Mora Encinas, M. P. (Marzo de 2018). Prevención de la conducta suicida en jóvenes y adolescentes: Una revisión desde 1997. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 203-226. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6524105.pdf>
- Morales Castillo, M., & Aguirre Dávila, E. (Junio-Diciembre de 2018). Involucramiento Parental Basado en el Hogar y Desempeño Académico en la Adolescencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(2), 137-160. doi:<https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.66212>
- Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2001). *Psicología* (10ma ed.). México: Pearson Education.
- Muñoz, E., Canales, A., Bados, A., & Saldaña, C. (Septiembre de 2012). Terapia familiar cognitivo-conductual con cuatro adultos. *Anuario de Psicología*, 42(2), 259-272. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97026840009>
- Nizama, V. M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Marzo de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Salud mental: fortalecer nuestra respuesta: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2018). *Suicidio*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Desarrollo en la adolescencia*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2 de Septiembre de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Suicidio: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de Junio de 2019). *Suicidio*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión*. Obtenido de CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión: <https://icd.who.int/browse11/1-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f179322472>

- Organización Mundial de la Salud. (17 de Junio de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Día Mundial de la Salud Mental 2018*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14710:world-mental-health-day-2018&Itemid=42091&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *OPS HONDURAS*. Obtenido de Día Mundial de la Salud Mental generó acciones para prevenir el suicidio en Honduras: https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1772:dia-mundial-de-la-salud-mental-prevencion-del-suicidio&Itemid=226
- Organización Panamericana de la Salud. (Marzo de 2021). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Prevención del suicidio: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Pacheco P, B., & Peralta L, P. (2015). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *Revista de Ciencias Médicas*, 40(1), 47-55. doi:<http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v40i1.38>
- Papalia, D. E., Duskin Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano* (12ma ed.). México: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Perez , Q. A., Uribe Alvarado, J. I., Vianchá, M. A., Bahamón Muñetón, M. J., Verdugo Lucero, J. C., & Ochoa Alcaráz, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en adolescentes. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 30(3), 551-568. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a06.pdf>
- Real Academia Española. (2016). *Diccionario del español jurídico*. Obtenido de Real Academia Española: <https://dej.rae.es/lema/suicidio>
- Rivadeneira, J., & López, M. A. (2017). Escala de Comunicación Familiar: validación en población adulta chilena. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 116-126. doi:<http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.6>
- Rodríguez Hernández, G. L., Valladares González, A. M., Selín Ganen, M., González Brito, M., & Cabrera Macías, Y. (2019). Psicodinámica familiar y apoyo social en adolescentes con conducta suicida. Área VI. Cienfuegos. *Medisur*, 19(2), 191-200. Obtenido de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3976>
- Romero, M. A., & Gonnet, J. P. (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *Revista mexicana de sociología*, 75(4). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032013000400003

- Rosselló, J., Duarte-Vélez, Y., Bernal, G., & Zuluaga, M. G. (septiembre-diciembre de 2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(3), 321-329. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28425426002>
- Sánchez-Teruel, D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. (J. Muela, A. García, & A. Medina, Edits.) *Perspectivas en psicología aplicada*, 61-78. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/230690961_Variables_sociodemograficas_y_biopsicosociales_relacionadas_con_la_conducta_suicida_Sociodemographic_and_biopsychosocial_variables_related_to_suicidal_behavior
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada* (11 ed.). México: Pearson Educación.
- Schmidt, V., Maglio, A., Messoulam, N., Molina, M. F., & Gonzáles, A. (2010). La Comunicación del Adolescente con Sus Padres: Construcción y Validación de Una Escala desde un Enfoque Mixto. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 299-311. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641011>
- Serrano-Ruiz, C. P., & Olave-Chaves, J. A. (Noviembre de 2017). Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *MedUNAB*, 20(2), 139-147. doi:DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.2272>
- Silva, A. (Mayo-Agosto de 2008). Ser adolescente hoy. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(52), 312-332. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517520005>
- Ting Fok, C. C., Allen, J., & Henry, D. (14 de Noviembre de 2014). The Brief Family Relationship Scale: A Brief Measure of the Relationship Dimension in Family Functioning. *HHS Author Manuscripts*. doi:10.1177/107319111425856
- UNICEF. (Mayo de 2017). Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas. *Red Argentina de Periodismo Científico*, 1-26. Obtenido de <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- Valadez-Figueroa, I., Amezcua-Fernández, R., Quintanilla-Montoya, R., & González-Gallegos, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 69-78. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/507/50730702.pdf>
- Valenzuela Mujica, M. T., Ibarra R., A. M., Zubarew G., T., & Correa M., L. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de la familia. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 50-54. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
- Vianchá Pinzón, M. A., Bahamón Muñetón, M. J., & Alarcón Alarcón, L. L. (Enero-Junio de 2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y

suicidio en jóvenes. *Revisa Tesis Psicológica*, 8(1), 112-123. Obtenido de <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/291>

Anexos

Consentimiento Informado:

Consentimiento Informado

La presente investigación lleva por nombre "La influencia de la comunicación en la familia y el apoyo de los padres, en el riesgo suicida de los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el año 2021" la cual va orientada a estudiantes universitarios de la U.N.A.H. en las edades comprendidas entre 18 a 21 años. Esta investigación está dirigida por la Licenciada Melody Varela, Psicóloga y estudiante del Máster en Psicología Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, U.N.A.H.

El propósito es poder conocer si existe relación entre la comunicación familiar y el apoyo parental en la protección de la salud mental de los estudiantes universitarios. Su colaboración es totalmente anónima y consiste en responder las preguntas que se presentan más adelante, recordándole que no hay respuestas buenas, ni malas, solamente que responda según su sentir y pensar; sin embargo, es importante destacar que algunas de las preguntas pueden generar estrés.

Esta investigación no representa ningún riesgo ético, moral, emocional o físico y los participantes no recibirán ningún pago económico o material.

Su participación es totalmente VOLUNTARIA, por lo que puede decidir si desea hacerlo o no; y todos sus datos y respuestas serán totalmente CONFIDENCIALES.

Cualquier duda o consulta puede hacerla escribiendo al correo: melodyanette@hotmail.com

¡Gracias por participar!

Instrumentos aplicados

Escala Parental Breve

Escala Parental Breve

1. Puedo contar con la ayuda de mis padres si tengo problemas
2. Mis padres se dan el tiempo para conversar conmigo.
3. Sé que mis padres van a estar conmigo si los necesito.
4. Mis padres disfrutan estando conmigo.
5. Mis padres esperan que trate de hacer mis cosas lo mejor que puedo.
6. Mis padres esperan que me comporte responsablemente.
7. Mis padres esperan que le diga dónde estoy y a qué hora voy a llegar a la casa.
8. Mis padres esperan que sea respetuoso/a y considerado/a con la gente.
9. A mis padres les gusta que les informe de lo que hago.
10. Mis padres se preocupan de averiguar con qué amigos me junto.
11. Mis padres se preocupan de averiguar qué hago después de la universidad o trabajo
12. Mis padres se preocupan de averiguar cómo me comporto en la universidad o trabajo.

Los ítems del instrumento se evalúan con la siguiente escala:

- 1: Muy en desacuerdo
- 2: De acuerdo
- 3: No estoy seguro
- 4: De acuerdo
- 5: Muy de acuerdo

El puntaje total por escala se calcula sumando las puntuaciones individuales a cada ítem de la escala.

Escala Breve de Relación Familiar

Escala Breve de Relación Familiar

1. En nuestra familia realmente nos ayudamos y apoyamos mutuamente.
2. En nuestra familia discutimos mucho. (R)
3. En nuestra familia pasamos mucho tiempo haciendo cosas juntos en casa.
4. En nuestra familia podemos hablar abiertamente en nuestro hogar.
5. En nuestra familia estamos muy enojados unos con otros. (R)
6. En nuestra familia trabajamos duro en lo que hacemos en nuestro hogar.
7. En nuestra familia hay un sentimiento de unión.
8. En nuestra familia, a veces nos contamos nuestros problemas personales.
9. En nuestra familia nos enojamos fácilmente. (R)
10. En nuestra familia hacemos cosas el uno por el otro sin que nos lo pidan
11. En nuestra familia a menudo nos menospreciamos unos a otros. (R)
12. Los miembros de mi familia realmente se apoyan entre sí.
13. Los miembros de mi familia a veces son violentos. (R)
14. Estoy orgulloso de ser parte de nuestra familia.
15. En nuestra familia solucionamos nuestros problemas
16. En nuestra familia realmente nos llevamos bien.
17. En nuestra familia solemos tener cuidado con lo que nos decimos
18. En nuestra familia comenzamos conversaciones con facilidad.
19. En nuestra familia alzamos la voz cuando estamos enojados. (R)

Los ítems del instrumento se evalúan con la siguiente escala:

- 1: Muy en desacuerdo
- 2: De acuerdo
- 3: No estoy seguro
- 4: De acuerdo
- 5: Muy de acuerdo

El puntaje total por escala se calcula sumando las puntuaciones individuales a cada ítem de la escala.

Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida

Escala de Cognición-Comportamiento-Afecto Suicida	
Reactivo	Opciones de Respuesta
1. ¿Alguna vez ha pensado o intentado suicidarse?	Nunca (0), Fue solo un breve pensamiento pasajero (1) He tenido un plan al menos una vez para suicidarme pero no traté de hacerlo (2) Intenté suicidarme, pero no quería morir (3) He tenido un plan al menos una vez para suicidarme y tenía muchas ganas de morir (4) He intentado suicidarme y tenía muchas ganas de morir (5).
2. ¿Con qué frecuencia ha pensado en suicidarse durante el último año?	Nunca = (0) (1) (2) (3) (4) (5) = Muy a menudo
3. En el último año, ¿ha tenido un debate / discusión interna (en su cabeza) sobre si vivir o morir?	Nunca = (0) (1) (2) (3) (4) (5) = Con frecuencia
4. Ahora mismo, ¿cuánto deseas vivir?	Nada = (5) (4) (3) (2) (1) (0) = Mucho
5. Ahora mismo, ¿cuánto deseas morir?	Nada = (0) (2) (3) (4) (5) (6) (7) = Mucho
6. ¿Qué posibilidades hay de que intente suicidarse algún día?	Nada = (0) (1) (2) (3) (4) (5) = Muy probable