

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y
EDUCACIÓN**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

**Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centro de
Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo - 2022**

Presentada para obtener el Título Profesional de licenciado(a) en Psicología

Investigadoras: Gil Mires, Ana Karina

Valdez Díaz, Lady Angélica

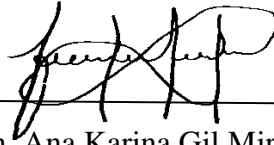
Asesor (a): M. Sc. Smith Maguiña, Carola Amparo

Lambayeque - Perú

2022

Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo - 2022.

Tesis presentada para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología.



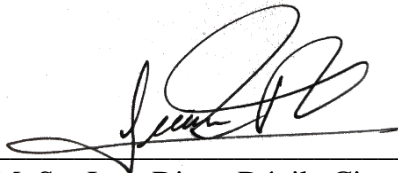
Bach. Ana Karina Gil Mires
Investigadora



Bach. Lady Angélica Valdez Díaz
Investigadora



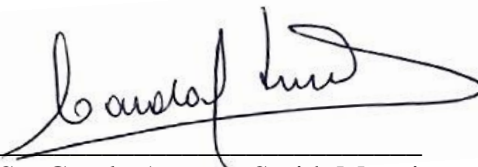
Dra. Raquel Yovana Tello Flores
Presidente



M. Sc. Juan Diego Dávila Cisneros
Secretario



M. Sc. Adela Edith Leiva Alfaro
Vocal



M. Sc. Carola Amparo Smith Maguiña
Asesora de Especialidad

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

N° 0539-VIRTUAL

Siendo las **09:00 horas**, del día **Miércoles 21 de diciembre de 2022**; se reunieron **vía online** mediante la plataforma virtual **Google Meet**, <https://meet.google.com/xns-dbfr-oui>, los miembros del jurado designados mediante **Resolución N° 1251-2022-V-D-FACHSE**, de fecha **22 de junio de 2022**, integrado por:

Presidente	: Dra. Raquel Yovana Tello Flores.
Secretario	: Dr. Juan Diego Dávila Cisneros
Vocal	: M. Sc. Adela Edith Leiva Alfaro
Asesor	: M. Sc. Carola Amparo Smith Maguiña



La finalidad es evaluar la Tesis titulada: **"SENTIDO DE VIDA E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ADICCIONES, CHICLAYO -2022"**; presentada por las bachilleres **VALDEZ DÍAZ LADY ANGÉLICA y GIL MIRES ANA KARINA** para obtener el Título profesional de Licenciado(a) en Psicología.

Producido y concluido el acto de sustentación, de conformidad con el Reglamento General de Investigación (aprobado con Resolución N° 365-2022-CU de fecha 27 de julio de 2022); los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo las preguntas, observaciones y recomendaciones al(os) sustentante(s), quien(es) procedió(eron) a dar respuesta a las interrogantes planteadas.

Con la deliberación correspondiente por parte del jurado, se procedió a la calificación de la Tesis, obteniendo un calificativo de **(18) (DIECIOCHO)** en la escala vigesimal, que equivale a la mención de **MUY BUENO**

Siendo las **10:00 horas** del mismo día, se dio por concluido el acto académico online, con la lectura del acta y la firma de los miembros del jurado.

Dra. Raquel Yovana Tello Flores
PRESIDENTE

Dr. Juan Diego Dávila Cisneros
SECRETARIO

M. Sc. Adela Edith Leiva Alfaro
VOCAL

OBSERVACIONES:

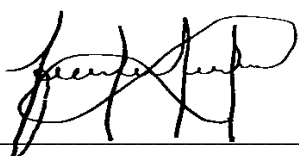
.....
.....
.....

El presente acto académico se sustenta en los artículos del 39 al 41 del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (aprobado con Resolución N° 270-2019-CU de fecha 4 de setiembre del 2019); la Resolución N° 407-2020-R de fecha 12 de mayo del 2020 que ratifica la Resolución N° 004-2020-VIRTUAL-VRINV del 07 de mayo del 2020 que aprueba la tramitación virtualizada para la presentación, aprobación de los proyectos de los trabajos de investigación y de sus informes de investigación en cada Unidad de Investigación de las Facultades y Escuela de Posgrado; la Resolución N° 0372-2020-V-D-NG-FACHSE de fecha 21 de mayo del 2020 y su modificatoria Resolución N° 0380-2020-V-D-NG-FACHSE del 27 de mayo del 2020 que aprueba el INSTRUCTIVO PARA LA SUSTENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y TESIS VIRTUALES.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotras, Ana Karina Gil Mires y Lady Angélica Valdez Díaz investigadoras principales, y Carola Amparo Smith Maguiña asesora del trabajo de investigación “Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo - 2022” declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

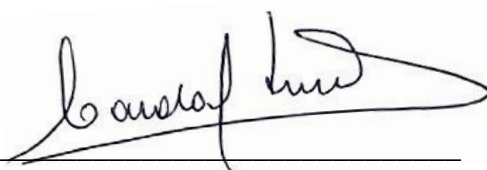
Lambayeque, noviembre de 2022



Bach. Ana Karina Gil Mires
Investigadora principal



Bach. Lady Angélica Valdez Díaz
Investigadora principal



M. Sc. Carola Amparo Smith Maguiña
Asesora de especialidad

DEDICATORIA

A Dios, principal eje de la vida, por brindarme fortaleza, ayudarme a salir adelante y guiarme por el camino correcto.

A mis padres, porque a través de su ejemplo he aprendido que, a pesar de las adversidades, vamos a encontrar buenas experiencias por aprender y mejorar el proceso.

A mi madre, María Isabel, por su paciencia y dedicación en cada historia vivida, por las muestras de acción que me han inspirado a salir adelante, gracias por ser parte de este proceso.

A mi padre, por enseñarme a través del ejemplo, por apoyarme en mis decisiones desde que empecé la vida universitaria.

A mi abuelo Carlos Enrique por ser guía y ejemplo, a pesar de 15 años que no está, su presencia me acompaña y llevo en mi vida su ejemplo de sencillez y humildad.

Con amor

Ana Karina Gil Mires

A mi familia, por todo el apoyo, amor y soporte brindado, especialmente a mis padres quienes son mi guía y un modelo a seguir en la vida, de quienes he aprendido a valorar la importancia del esfuerzo y la perseverancia.

A mi hermana Janeth, quien me hace recordar lo bella y sencilla que es la vida cuando vives el aquí y el ahora, a través de la inocencia y la curiosidad.

Lady Angélica Valdez Díaz

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiar nuestros pasos, por brindarnos fortaleza y sabiduría durante este proceso de investigación para afrontar las adversidades que se presentaron en el camino.

A nuestros queridos padres por su ayuda, su compromiso, comprensión y amor durante este proceso y la vida universitaria.

A nuestra alma mater, la universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, por la formación sólida y en valores con base a ética y disciplina que nos han permitido crecer en nuestra Escuela Profesional de Psicología.

A cada uno de nuestros docentes por inculcarnos buenas prácticas en cada una de sus enseñanzas brindadas, en especial a nuestra asesora de especialidad a la Mg. Carola Smith Maguiña por cada espacio brindado que ha sido con el objetivo de aprender en este proceso.

Un agradecimiento especial al director del centro de Rehabilitación, Dr. Cesar Mesones y a su equipo técnico por darnos la oportunidad de realizar la investigación, gracias por su vocación de servicio y la ayuda que tienen hacia su comunidad terapéutica

A todos los pacientes en fase de rehabilitación es importante recalcar su resiliencia, gracias por la predisposición, la amabilidad y paciencia que han tenido para apoyar a nuestra investigación.

A todas las personas cercanas, amigos y hermanos por su apoyo incondicional. Gracias por su compañía en este proceso, toda ayuda fue bien recibida, y por compartir experiencias y propósitos que nos unen.

Ana Karina y Lady Angélica

ÍNDICE

Declaración jurada de originalidad	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Índice de tablas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	11
Capítulo I: Diseño Teórico.....	15
1.1. Antecedentes	15
1.2. Bases teóricas	21
1.3. Definición y operacionalización de variables	52
Capítulo II. Métodos y Materiales.	54
2.1. Diseño de la contrastación de hipótesis.....	54
2.2. Población y muestra	55
2.3. Técnicas e instrumentos	57
2.4. Aspectos éticos	63
2.5. Equipos y materiales	64
Capítulo III. Resultados Y Discusión.....	65
3.1. Resultados en tablas y gráficos	65
3.2. Discusión.....	81
Capítulo IV. Conclusiones	91
Capítulo V: Recomendaciones.....	93
Bibliografía Referenciada.	95
Anexos.....	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Correlación entre el sentido de vida y la ideación suicida en la muestra general y según factor sexo, etapa de desarrollo y tipo de sustancia psicoactiva en pacientes de un CRA.....	65
Tabla 2. Nivel de sentido de vida en los pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones ..	66
Tabla 3. Nivel de sentido de vida según factores de edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.....	67
Tabla 4. Nivel de las dimensiones percepción de sentido de vida y vivencia del sentido de vida en los pacientes de un CRA.....	68
Tabla 5. Nivel de la dimensión de percepción de sentido de vida según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA	69
Tabla 6. Nivel de la dimensión de vivencia del sentido de vida según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA	70
Tabla 7. Nivel de ideación suicida en los pacientes de un centro de Rehabilitación de Adicciones.....	71
Tabla 8. Nivel de ideación suicida según factores de etapas de desarrollo, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.	71
Tabla 9. Nivel de las dimensiones de ideación suicida en los pacientes de un CRA.....	72
Tabla 10. Nivel de la dimensión de actitud hacia la vida y la muerte según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.....	73
Tabla 11. Nivel de la dimensión de pensamientos o deseos suicida según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.....	74
Tabla 12. Nivel de la dimensión de proyecto de intento de suicidio según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.....	75
Tabla 13. Nivel de la dimensión de actualización del intento o desesperanza según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes en un CRA.	76
Tabla 14. Correlación entre el sentido de vida y las dimensiones de la ideación suicida en los pacientes de un CRA.....	77
Tabla 15. Correlación entre el sentido de vida y las dimensiones de la ideación suicida, según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.....	78
Tabla 16. Correlación entre la ideación suicida y las dimensiones del sentido de vida en los pacientes de un CRA.....	79
Tabla 17. Correlación entre ideación suicida y las dimensiones del sentido de vida según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.	80

RESUMEN

En nuestra sociedad se ha observado la ausencia, falta de sentido y la presencia de vacíos existenciales, que se ven expresados a través de enfermedades mentales, tales como adicciones, depresión y agresión, que conllevan a diferentes conductas suicidas que implica la ideación, las autolesiones y el acto suicida, estando vinculados diferentes factores de riesgo, por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas puede propiciar la presencia de ideas suicida ante una falta de sentido de vida. De tal manera, se realizó la presente investigación, la cual buscó analizar la relación entre sentido de vida e ideación suicida, para ello se utilizó una muestra de 84 pacientes que se encuentran internados en un centro de rehabilitación y han consumido sustancias psicoactivas, con edades que oscilan entre 18 a 62 años, se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional. La investigación responde al tipo no experimental, de corte transversal y correlacional. Se utilizó como instrumentos de recojo de datos la Escala Dimensional del Sentido de Vida y la Escala de Ideación Suicida, los cuales son válidos y confiables. Esta investigación llegó a la conclusión de que el sentido de vida y la ideación suicida presentaron una relación inversa y significativa, pero de grado muy débil. En las mujeres, adolescentes y en pacientes que consumen marihuana se evidencia una relación inversa, significativa y de grado medio, esto implica que, a mayor sentido de vida menor presencia de ideación suicida en los grupos específicos mencionados.

Palabras claves: sentido de vida, ideación suicida, sustancias psicoactivas, adicciones.

ABSTRACT

In our society we have observed the absence, lack of meaning and the presence of existential voids, which are expressed through mental illnesses, such as addictions, depression and aggression, which lead to different suicidal behaviors involving ideation, self-injury and the suicidal act, being linked to different risk factors, for example, the consumption of psychoactive substances can lead to the presence of suicidal ideation due to a lack of meaning in life. Thus, the present research was carried out, which sought to analyze the relationship between sense of life and suicidal ideation, using a sample of 84 patients who are hospitalized in a rehabilitation center and have consumed psychoactive substances, with ages ranging from 18 to 62 years, using a non-probabilistic purposive sampling. The research is non-experimental, cross-sectional and correlational. The Sense of Life Dimensional Scale and the Suicidal Ideation Scale, which are valid and reliable, were used as data collection instruments. This research concluded that the sense of life and suicidal ideation presented an inverse and significant relationship, but of a very weak degree. In women, adolescents and patients who use marijuana, an inverse, significant and medium grade relationship is evidenced, which implies that the greater the sense of life, the lesser the presence of suicidal ideation in the specific groups mentioned.

Key words: sense of life, suicidal ideation, psychoactive substances, addictions.

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad hasta el momento actual existe la necesidad del ser humano para comprender su propia existencia, lo cual se ve reflejado a través de diversas manifestaciones culturales, avances científicos, la búsqueda de un propósito en la vida, entre otros. Mencionar el término sentido de vida es muy complejo, por lo que se ha observado desde diversas perspectivas con el fin de ayudar al hombre a cuestionarse y a resolver dudas que le ayudan a dar sentido a su existencia (Sanchez,2005). Esto quiere decir que el sentido de vida está presente en el día a día y son varios los factores que permiten reflexionar acerca del propósito de la vida, por ejemplo, las vivencias, situaciones de la vida o el hecho de existir, el objetivo es poder descubrirlo.

El sentido de la vida es un proceso, que se relaciona con un propósito de vida, es decir, consiste en buscar un sentido a las experiencias pasadas, presentes, a las circunstancias difíciles e incluso al propio dolor, las cuales le aportan un significado propio a la persona (Molla, 2002). El dolor, implica sufrimiento, a través de ello también se puede encontrar el sentido de vida, todo depende de la actitud del hombre a cada situación que atraviesa; asimismo, ante el éxito, comodidades o riquezas también es necesario encontrar un sentido a la vida.

Asimismo, la falta de sentido de la vida también tiene una repercusión en la salud mental. La presencia de un vacío existencial, de la desesperanza y desesperación trae como consecuencia enfermedades mentales que están relacionadas a la conducta suicida, que se definen como un conjunto de conductas autodestructivas que afecta la capacidad de la persona y lo vuelven vulnerable, trayendo consigo, consecuencias no solo a nivel personal, sino también familiar y social (Rocamora, 2015). Siendo un reflejo de un problema de salud pública que demanda de diversas acciones estratégicas para la prevención por parte de las autoridades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), cada año cerca de

703 000 personas se quitan la vida y otras realizan muchos intentos de suicidio no consumados; además, se muestra cifras alarmantes en población adolescente y joven, de 15 a 19 años, en quienes el suicidio es la cuarta causa de muerte. En el Perú, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA (2021), los casos registrados de intento de suicidio, desde el 2016 hasta el 3er trimestre del 2020 son 4190, siendo las mujeres quienes tienen una mayor prevalencia a diferencia de los hombres y, el 14,3% de la población tiene como antecedentes más de 2 intentos. Dichas cifras siguen en aumento, por consiguiente, es necesario identificar y desarrollar estrategias de afrontamiento a nivel individual. En un principio, es importante demostrar que el sentido de vida puede ser un factor protector ante la depresión y la propia ideación suicida, es necesario fomentar actividades que ayuden a la persona a sentirse motivado con su propia vida, sus metas, proyectos y objetivos y al mismo tiempo logre alcanzarlos, esto trae beneficios, por ejemplo el sentimiento de realización en la vida, bienestar propio, a partir de esto se tendría poca incidencia de vacíos y frustraciones existenciales lo que podría ser un factor de la conducta suicida.

Por otro lado, es importante mencionar que la muestra en estudio se caracteriza por presentar un problema de salud pública, el cual es el consumo de sustancias psicoactivas que trae como consecuencias alteraciones a nivel físico, psicológico, familiar y social. Para la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2019) 500,000 adolescentes (33,3%) han consumido drogas legales alguna vez en su vida, es decir, alcohol o tabaco y; 150,000 adolescentes (11.4%) han consumido drogas ilegales e inhalantes, tales como: marihuana, cocaína y PBC, entre otros. Las cifras mencionadas muestran una problemática actual que está presente en nuestra realidad y que se ha convertido problema psicosocial y que aún hace falta políticas públicas para poder erradicarlas; probablemente la

presencia de la drogodependencia esté relacionada con la presencia de vacíos existenciales, como una forma de evasión.

En ese sentido, la presente investigación contribuye a generar conocimiento científico, teniendo justificación teórica, puesto que se estudia la relación de variables, de las cuales no se han realizado las suficientes investigaciones tanto en el ámbito local, nacional e internacional. Por otra parte, con los resultados se aporta a las cifras de niveles de sentido de vida e ideación suicida en pacientes con el consumo de sustancias psicoactivas. La investigación tiene justificación práctica, ya que se cuenta con la validación de instrumentos que han sido adaptados a la propia realidad y que pueden ser utilizados por otras investigaciones posteriores para facilitar el recojo de datos en poblaciones similares. La relevancia social de la investigación radica en el aporte al campo profesional de la Psicología Clínica y Comunitaria, con el uso de los instrumentos de recolección de datos que ayuden a identificar un potencial riesgo suicida o un bajo nivel de sentido de vida en un paciente, dichos resultados sirven para la intervención psicoterapéutica y para la búsqueda de recursos personales con el propósito de que la misma persona ponga en práctica la autotrascendencia, los valores actitudinales y un propósito de vida que disminuyen el vacío y la frustración existencial.

Por lo cual, se plantea el siguiente problema de investigación ¿Qué relación existe entre el sentido de vida y la ideación suicida en los pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo - 2022? La base teórica disponible y otros antecedentes llevan a plantear como hipótesis: El sentido de vida y la ideación suicida se relacionan de manera inversa y significativa en los pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo - 2022.

El objetivo general de la presente investigación es analizar la relación entre el sentido de vida y la ideación suicida en los pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones,

Chiclayo -2022. Siendo los objetivos específicos: i) caracterizar el sentido de vida y sus dimensiones, según etapas de desarrollo, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo -2022; ii) describir la ideación suicida y sus dimensiones, según etapas de desarrollo, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo -2022; iii) determinar la relación entre el sentido de vida y las dimensiones de la ideación suicida, según etapas de desarrollo, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo -2022; y iv) determinar la relación entre la ideación suicida y las dimensiones del sentido de vida, según etapas de desarrollo, sexo y tipo de sustancia psicoactiva, en los pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo -2022.

A continuación, se realiza una descripción de los capítulos con los que cuenta la estructura de la investigación para facilitar su comprensión. En el capítulo I, se cuenta con el diseño teórico que abarca investigaciones anteriores relacionadas a las variables de estudio; es decir, los antecedentes, seguido de las bases teóricas y, la operacionalización de las variables. En el capítulo II, se encuentran los métodos y materiales, el cual abarca el diseño y tipo de investigación para la contrastación de hipótesis, seguido por la población y muestra en estudio, las técnicas y los instrumentos a utilizar y, los equipos y materiales necesarios. En el capítulo III, se muestran los resultados, a través de tablas y gráficos sintetizados, producto del análisis estadístico, para terminar con la discusión de los mismos con investigaciones anteriores. En el capítulo IV, se exponen las conclusiones a las que se llega en base a los objetivos. Finalmente, en el capítulo V, se sugieren las recomendaciones para investigaciones posteriores.

CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Internacionales

Campo et al. (2019) realizaron una investigación que tuvo como finalidad hacer una descripción en las características de ideación suicida y su relación con la desesperanza de vida en jóvenes universitarios. La investigación fue de tipo descriptiva, no experimental, correlacional. La muestra estuvo conformada por 283 estudiantes pertenecientes a la Universidad de Colombia, con edades que oscilan entre los 16 y 47 años, de escuelas profesionales de Psicología (55,7%) y Derecho (44,3%), de los cuales el 64,3% eran mujeres y el 34,6% eran varones, así mismo se utilizó los instrumentos de Ideación suicida y Desesperanza de Aron Beck. Los principales resultados fueron: el 47,9% presentaba riesgo suicida, de los cuales el 16,7% eran hombres y el 30,7% eran mujeres. En la variable de desesperanza se encontró que un 80,0% tenía un nivel de normal a leve; 18,9% un nivel moderado, de estos últimos 6,1% eran hombres y 12,5% eran mujeres. En este estudio de investigación se concluyó que existe una correlación positiva entre la ideación suicida y la desesperanza ($r=0,233$) la cual se estableció con un nivel de confianza de 0,01.

Brito y Vásquez (2018), realizaron una investigación cuyo propósito fue analizar la depresión y el sentido de vida de los pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, durante el 2017 y 2018. El tipo de investigación fue cuantitativa, con un diseño exploratorio y correlacional. La población estuvo conformada por pacientes del Instituto

Psiquiátrico Sagrado Corazón de Riobamba, Ecuador; la muestra estuvo constituida por 30 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo según el CIE-10. Los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de depresión de Beck y el Logotest de Elisabeth Lukas. Entre los principales resultados se encontró que, el 43,3% presentan un nivel de realización interior de sentido de vida bajo, lo cual refleja indicios de frustración existencial y el 33,3% presentan un nivel muy bajo de realización interior de sentido, lo que significa indicios de neurosis neogenética y; referente a la relación entre el nivel de depresión y el sentido de vida se obtuvo un coeficiente de Pearson de 0,77, que indica una relación lineal positiva entre ambas variables, esta relación fue significativa.

Pérez et al. (2017) realizaron una investigación cuyo propósito fue explorar las similitudes o diferencias del rol de la desesperanza y del sentido de vida en pacientes adultos con conductas de intentos de suicidio y autolesiones. El tipo de investigación fue cuantitativa, con un diseño descriptivo. La población estuvo conformada por pacientes de seis servicios de salud mental públicos y privados de España; y la muestra estuvo conformada por 150 pacientes con algún diagnóstico de trastorno mental; la muestra fue dividida en tres subgrupos, en un primer grupo se encuentran pacientes sin autolesiones, ni intentos de suicidio; en el segundo grupo pacientes solo con autolesiones no suicidas y en un tercer grupo con intentos de suicidio; además, fueron las mujeres quienes representaban el 84% de la muestra (126). Los instrumentos utilizados son la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) y el Test de Propósito en la Vida (PIL-10) versión española y abreviada. Los resultados fueron, en relación al nivel de sentido de vida y en sus subescalas, se presentó un mayor nivel de sentido de vida en el grupo de pacientes sin autolesiones ni intentos de suicidio en comparación a los otros grupos, tanto en la puntuación general como en la subescala de satisfacción con la vida, en cuanto a la subescala de objetivos y propósitos vitales el grupo que tiene un mayor nivel son los pacientes con autolesiones. Finalmente, se

concluyó que la desesperanza afectiva está relacionada con los intentos de suicidio y el sentido de vida puede considerarse un factor protector a las conductas autolesivas.

Amador et al. (2018) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la relación entre consumo de sustancias psicoactivas y riesgo suicida en un grupo de usuarios en rehabilitación. El tipo de estudio fue cuantitativo, no experimental de corte transversal con un alcance descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 54 usuarios pertenecientes a diferentes centros de rehabilitación en Nicaragua, con muestreo de tipo probabilístico no dirigido. Se utilizaron dos instrumentos, el primero denominado Escala de Riesgo suicida de Plutchik (RS) y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Se obtuvieron los siguientes resultados: el 44,4% de los usuarios manifestaron un riesgo suicida bajo, el 40,7% obtuvo un riesgo moderado; mientras que, el 11,1% manifestó un riesgo alto. En relación a las sustancias psicoactivas y riesgo suicida, el 54,2% de los participantes con riesgo suicida bajo, han tenido un nivel de consumo moderado de cannabis sativa; mientras que, el 50% que han presentado riesgo suicida alto, manifestaron un consumo alto de cannabis sativa. Por lo que, se concluyó que la mayoría de los participantes se encuentran en un nivel de riesgo suicida bajo; sin embargo, los usuarios que consumieron sedantes y cannabis sativa en un nivel alto, presentaron riesgo suicida alto, donde se obtuvo una correlación entre dichas variables.

1.1.2. Nacionales

Bustamante y Carrillo (2021), en su investigación desarrollada en varones que consumen sustancias psicoactivas, tuvieron como objetivo identificar el grado de relación que existe entre el sentido de vida e ideación suicida. La investigación fue de tipo cuantitativo correlacional, con un diseño no experimental y transversal. Los instrumentos de recolección de datos fueron: Test de sentido de vida (PIL) de Crumbaugh y Maholick y la Escala de ideación suicida (SSI) de Beck, aplicados en una muestra de 151 varones que

consumían sustancias psicoactivas de dos centros de rehabilitación de Lima Metropolitana, con edades que oscilan entre 18 y 62 años. Utilizaron el método de muestreo no probabilístico de tipo intencional. Se obtuvo una correlación negativa significativa entre el sentido de vida e ideación suicida, con un coeficiente de correlación de Spearman de -0,425, lo que quiere decir que, mientras mayor sea el nivel de sentido de vida menor es el nivel de ideación suicida.

En Arequipa, Tejada y Barrios (2021) investigaron el grado de relación entre el sentido de vida y el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios. La investigación fue de tipo correlacional, con un diseño no experimental transversal. Los instrumentos que utilizaron fueron el Test de propósito de vida (PIL) y el cuestionario de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), aplicados a 179 estudiantes de ambos sexos de 3 facultades de estudios académicos (ciencias económicas, ingeniería, y derecho) en las edades conformadas de 17 a 35 años, utilizaron el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados fueron los siguientes, respecto a las categorías del sentido de vida se encontró que, el 42,5% manifestaron una buena percepción del sentido de vida, mientras que un 28,5% no han tenido nociones claras con respecto al sentido de vida, y el 29% presentaron vacíos existenciales. De acuerdo a la relación entre las dimensiones del sentido de vida y los niveles del consumo de alcohol, se evidencia que el 7,80% que manifestaron sentido de vida tienen un consumo de alcohol de riesgo medio, mientras que el 21,80% de los estudiantes que evidenciaron vacío existencial manifestaron un riesgo bajo de consumo de alcohol, lo cual implica la no existencia de relación entre dichas variables.

Chávez (2020), en su investigación tuvo como objetivo principal estimar los factores asociados a trastornos de conducta suicida en pacientes que acudieron al servicio de psiquiatría de un Hospital de Lima. El tipo de estudio y diseño empleado fue observacional, retrospectivo, analítico, transversal y de enfoque cuantitativo. La población estuvo

conformada por pacientes diagnosticados con depresión y trastornos de conducta suicida, siendo la muestra de 201 personas a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. El instrumento de recojo de datos fue la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los principales resultados obtenidos fueron: el 22,9% en general presenta un grado de seriedad en ideación suicida, siendo las mujeres quienes presentaron mayor prevalencia con un 13,43%; mientras que los varones representaron un 9,45%. Asimismo, de los que consumieron tabaco el 49,1% presentaron ideación suicida, de los que consumen drogas ilegales es el 88,9% y de los que consumen alcohol es el 35,5% los que presentaron ideación suicida. Se concluyó que, entre los factores sociales que influyen en la ideación suicida se encuentran el consumo de sustancias psicoactivas y tener algún tipo de adicción.

Guardia (2017) en su investigación tuvo como propósito identificar los factores asociados a la ideación suicida; así como, determinar el riesgo de ideación suicida en internos de un establecimiento penitenciario. El tipo de investigación fue descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por internos masculinos de un establecimiento penitenciario de San Juan de Lurigancho, Lima; con una muestra de 60 internos, a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó el Inventario o Índice de Orientación Suicida-30 como instrumento de recolección de datos. Como resultados se obtuvo que, el 66,6% obtuvo un nivel alto de ideación suicida, el 25% obtuvo un nivel moderado y el 8,3% obtuvo un nivel bajo. Asimismo, del total de la muestra, el 73,33% confirmaron haber consumido drogas ilegales previo a su ingreso al centro, de los cuales el 51,67% presentaban un nivel alto de ideación suicida y el 21,67% presentaban un nivel moderado; por lo que, existe una relación significativa entre el nivel de ideación suicida y el factor de consumo de drogas ilegales, previo a su reclutamiento.

1.1.3. Locales

En el ámbito local, Dávila (2019) en su investigación tuvo como objetivo determinar la existencia de riesgo suicida en pacientes drogodependientes internados en Centros de Rehabilitación en Chiclayo. El tipo de investigación fue cuantitativo, prospectivo y de corte transversal, con un diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 152 internos drogodependientes de 7 centros de rehabilitación. El instrumento utilizado fue la Escala de Riesgo Suicida de Robert Plutchik. Las cifras que se obtuvieron como resultados indicaron que más de la mitad de la muestra no presentan tentativa o riesgo suicida; sin embargo, el 38% del total de participantes presentaron tendencia o ideación suicida, siendo los participantes que se encontraron en la etapa de adultez temprana (21 a 40 años), quienes presentaron mayor prevalencia de ideación suicida con un 70% y, solo el 4% representó a la etapa de adultez media (41 a 60 años). Asimismo, se obtuvo un porcentaje menor de 38% de riesgo suicida en centros de rehabilitación que contaban con estrategias de intervención para la rehabilitación, a diferencia de los centros en los que su base de intervención es la fe religiosa, en donde se reportó un 44% de riesgo suicida.

Paredes (2021), tuvo como objetivo principal determinar la relación que existe entre la variable sentido de vida y la variable felicidad en los estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Chiclayo. Fue un estudio de tipo correlacional, con diseño no experimental, de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por un total de 632 estudiantes, del cual, se obtuvo una muestra de 150, a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los instrumentos empleados en el presente estudio son el Test de Propósito de Vida (PIL) y Escala de Felicidad de Lima. Los resultados demostraron que existe una relación positiva entre ambas variables de estudio con un coeficiente de 0.724; también, hay relación entre el sentido de vida con las dimensiones de la felicidad, las cuales son: sentido positivo, satisfacción con la vida, realización personal y alegría de vivir.

Asimismo, no se halló prevalencia del sentido de vida según el sexo; es decir, tanto mujeres como varones presentan un nivel de sentido similar, la variable del sexo no es determinante para los niveles de sentido de vida.

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Sentido de vida

1.2.1.1. Definición

Hablar del sentido de vida se asocia al autor Viktor Frankl y una de sus reconocidas obras denominada “El hombre en busca del sentido” donde se describe el significado para vivir o cómo evitar el vacío y las frustraciones existenciales. A través de esta obra, Frankl (2015) manifiesta que el sentido de la vida es único, cada persona tiene propósitos y metas por cumplir, abarca la responsabilidad personal para responder a las demandas de la vida. Es decir, se requiere a la persona en un rol activo, con capacidad y voluntad para la búsqueda de sentido.

Zlachevsky (2020) y Zamudio (2019) tienen una concepción similar basados en Frankl, definen al sentido de vida como la vía que tiene la persona para comprender la importancia del *por qué* y *para qué* de su existencia. Esto implica que, la persona tiene la capacidad de cuestionar su vida, sus acciones y convicciones, para generar con ello una guía a su existencia y contar con propósitos, razones y motivos para vivir; de lo contrario, se van a generar perturbaciones a nivel emocional, cognitivo y conductual. Para Avellar De Aquino et al. (2017) el sentido de vida es un indicador importante que ayuda y a la vez cuestiona sobre un significado que necesita ser descubierto y que posee características como el tiempo y persona. Desde esta perspectiva, el sentido de vida permite identificar el estado de la salud mental y fomentar el bienestar general desde la prevención y la psicoterapia.

Para Quinceno et al. (2020) el sentido de vida “es la manifestación que existe en todo momento y bajo cualquier circunstancia, es relativo y subjetivo; pues cada persona es única

y vive una experiencia determinada y particular a la que le da significado” (p. 362). Esto hace referencia a la individualidad del ser humano, lo que le da sentido a una persona, no necesariamente le da sentido a otra. De la misma forma, Lukas (2005) menciona que “el sentido de vida siempre está presente, brillando en cada posibilidad concreta que tiene el ser humano de realizarse y hacer que su mundo personal y social sea un poco mejor” (p. 15). Es así que, el sentido de vida se manifiesta en la realización personal y trasciende a la sociedad; es decir, en encontrar propósitos para ayudar o mejorar a otras personas desde la propia posición.

Por otro lado, Martínez et al. (2011) concibe al sentido de vida como la percepción afectiva y cognitiva que tiene la persona acerca de sus propios valores y convicciones de vida, los cuales le permiten actuar ante ciertas situaciones o la vida en general; es decir, es como una guía que da sentido a las vivencias diarias; además, abarca los propósitos, las metas, la coherencia e identidad personal; es decir, el sentido de vida no solo es el sentido que surge ante la interpretación de situaciones específicas, sino implica un proceso de descubrimiento y una búsqueda de coherencia para integrar las experiencias y con ello surgir sustentos objetivos que le dan dirección a la persona; de lo contrario, surge una sensación de falta de sentido, de vacío.

1.2.1.2. Medios para el alcance del sentido de vida

Desde una concepción frankliana el sentido de vida se define como la búsqueda de un significado hacia la propia vida, que puede ver a través de un propósito o una meta que requiera de esfuerzo, disciplina y aceptación y a su vez tenga como objetivo brindar un apoyo a la existencia propia de la realidad del individuo. Cabe resaltar que el sentido de vida se caracteriza en ser descubierto por cada persona, en función de las situaciones que le presente la vida, incluidas las de sufrimiento y aceptación (Rodríguez, 2008). En relación con lo mencionado, para comprender el sentido de vida es necesario tener en cuenta aspectos como

los valores, responsabilidad y la libertad puesto que sin libertad no es fácil encontrar el sentido de vida y como efecto de la libertad, la misma responsabilidad. A continuación, se mencionan los componentes:

Responsabilidad.

La responsabilidad guarda relación con las virtudes de la propia persona cuando cumple sus deberes o compromisos del día a día. En relación a la perspectiva del sentido de vida, la responsabilidad se caracteriza por tener un concepto relacional, esto quiere decir que la responsabilidad se relaciona en diferentes áreas del hombre y le ayuda a entender su propia existencia. Etchebehere (2014) establece tres relaciones teniendo como base los postulados de Viktor Frankl, en la primera relación aplica la responsabilidad desde dos posturas “*ante algo o ante alguien*” a través de esto la responsabilidad actúa ante algo (situación) o ante alguien (persona o Dios) a través de estos factores se elige una actitud; la segunda relación aplica en ser responsables “*de*” esto quiere decir que uno es responsable del porvenir, de lo que viene más adelante pero sin contar con su presencia, como se puede evidenciar a través de esta segunda relación se cambia la posición de la palabra responsabilidad; en la tercera relación está el ser responsables “*por*”, es decir que la propia persona ejerce la responsabilidad cuando cuida del otro y responde por la propia situación, por ejemplo el cuidado de los padres hacia los hijos o cuando nos referimos a la actitud maternal o paternal; en definitiva y en el sentido de vida la propia persona no solo es responsable cuando lo condiciona la ley, es responsable cuando coloca cada situación en el sitio que le corresponde. Además, Frankl (2001) define a la responsabilidad como una herramienta del propio hombre para encontrar su propio sentido a nivel personal, desde esta postura la responsabilidad funciona como el centro de la propia realidad humana, se caracteriza por ser limitada, como ejemplo

práctico, el hombre no es responsable del crecimiento de su cabello; sin embargo, es responsable de ir a la peluquería. A través de esto es posible evidenciar que el hombre ejerce la responsabilidad entre el ser y el hacer. Así mismo Frankl (1975) plantea que la responsabilidad es el núcleo de la existencia, lo que lleva al propio hombre a su propia realización y a la búsqueda de valores.

Libertad.

Mencionar la palabra libertad implica “decidir”, “decisión” o “escoger” respuestas o soluciones ante situaciones complejas o de sufrimiento. Benigno (2003) menciona en uno de sus escritos inspirados en Viktor Frankl, que la libertad es una virtud, una herramienta que hace del hombre un ser con facultad, que tiene la capacidad de conducir su propia realidad o existencia, vale decir, elige llegar a ser de otra manera desde una perspectiva personal. Con ello, la propia libertad se acompaña de la responsabilidad, pues cuando el hombre elige la respuesta (libertad) en qué convertirse, del mismo modo asume la consecuencia de sus actos (responsabilidad), siendo lo más importante su propia existencia humana y así mismo la explicación de su existencia, a lo que el psicoterapeuta Viktor Frankl denominó cómo análisis existencial.

Por otro lado, cuando el propio individuo, no es consciente de su propia libertad, trae como consecuencia la falta de autocuidado a sí mismo, específicamente en su propia personalidad, teniendo su propia restricción a la capacidad de elegir, este concepto es nombrado como “estado de restricción psicógeno de la libertad” Martínez (como se citó en Salomón, 2013). Por ello, el estado de restricción psicógeno de la libertad aparece en la persona cuando no ha sido consciente de la capacidad y las posibilidades de elegir, causando la resignación ante situaciones de la vida.

Por otro lado, hablar de libertad se relaciona también con un sentido, o un “para qué” que implica un propósito de la propia persona hacia la vida, que se manifiesta en tres motivos distintos: instintos, herencia y medio ambiente. Con “instintos” se habla de la capacidad que tiene el hombre de elegir sobre ellos, identificarse y elegir un “sí” o un “no”; en segundo lugar está la herencia, que se relaciona con el carácter genético o genes, esto implica la libertad que tiene la propia persona delante de su carácter genético, quiere decir que las deficiencias o los vicios pueden ser convertidos en cualidades o características que forman parte de la propia personalidad del individuo, y por último está la libertad respecto al medio ambiente que señala la actitud del hombre o la capacidad de elección ante la propia vida (Frankl, 2018). En definitiva, la libertad y la responsabilidad son dos capacidades complejas, que sirven a la persona para conocer y encontrar su propio sentido de vida.

Valores desde el ámbito logoterapéutico.

Los valores son medios que ayudan a alcanzar el sentido de vida, a su vez sirven como una herramienta para analizar y observar los actos del hombre; existen tres medios para alcanzar el sentido, por ejemplo, a través de la creatividad, la experiencia y la actitud, es necesario tener en cuenta que si una persona no encuentra creatividad para alcanzar el sentido puede hacerlo desde la experiencia o la actitud, el medio para alcanzar el sentido de la vida es diferente en cada persona (Etchebehere, s.f). Al mismo tiempo, Flores (2009) teniendo como base la logoterapia de Viktor Frankl, clasifica a los valores en tres tipos: valores creativos, valores experienciales y valores actitudinales. Los valores creativos permiten al ser humano manifestarse de manera abierta y segura a través de diferentes acciones, como su mismo nombre lo indica “crear”, a través de estas creaciones o actos ayudan y motivan a dejar huella y a encontrar el sentido de vida. El segundo medio es el valor experiencial, que implica

buscar un sentido a la vida teniendo como punto de partida la propia experiencia, utilizando como vía el sentir, el disfrutar, por ejemplo, disfrutar de la experiencia del amor hacia otra persona, este valor involucra la capacidad para experimentar hacia algo o alguien. Por último, están los valores actitudinales, que tiene una relación recíproca con el propio sufrimiento y la libertad, donde a pesar de las situaciones de la vida que implican sufrimiento, es responsabilidad de la propia persona la actitud que va a tomar respecto a su realidad misma.

Se entiende, por tanto, la importancia de que el ser humano a través de sus experiencias lleve a sus actos y a su día a día estos tres medios (valores) junto con la responsabilidad y libertad, que utilizadas de forma consciente le permiten al hombre obtener su propia capacidad y visión respecto al camino que debe seguir para encontrar su propio sentido de vida.

1.2.1.3. Logoterapia

La logoterapia es una psicoterapia que se centra en el sentido, la cual proviene de la palabra griega “Logos” que significa “sentido”, “significado” o “propósito”, históricamente es conocida como la “Tercera Escuela de Viena de Psicoterapia”. La principal fuente de la logoterapia son los valores y el sentido que la persona quiere realizar, es por ello, que su principal propósito se encuentra en el sentido de la existencia humana y en la búsqueda de dicho sentido por parte del ser humano (Frankl, 2015).

Desde el ámbito logoterapéutico, el ser humano abarca tres dimensiones, la dimensión somática, que hace referencia a que el ser humano está constituido desde una parte biológica y otra corporal; la dimensión psíquica, que está conformada por variables psicológicas como pensamientos, emociones, sentimientos, personalidad, entre otros y; la dimensión noética, esta dimensión trasciende a las dos dimensiones anteriores y puede llamarse también dimensión espiritual, la cual abarca temas como la responsabilidad, la

libertad y la dignidad, es en esta última dimensión donde Viktor Frankl había percibido un vacío al momento de realizar la psicoterapia (Gengler, 2009).

Para Frankl (2001), la logoterapia tiene su sustento filosófico, en tres bases fundamentales, las cuales se encuentran interconectadas en un continuo ascendente y, son las siguientes:

- La libertad de la voluntad. Consiste en tomar una postura o decidir una actitud ante los condicionamientos biológicos, psicológicos y sociales inherentes al hombre, los cuales muchas veces limitan el actuar y el bienestar. No obstante, Frankl postula que el hombre puede reflexionar sobre sí mismo y sus circunstancias, y ante ello poder elegir una postura (Frankl, 2001).
- La voluntad de sentido. Refiere que, lo que impulsa al hombre difiere de las pulsiones o instintos como lo creía Freud y otros autores; a diferencia de ello, el ser humano busca un sentido, que es inherente e indispensable para el bienestar mental; es decir, la principal fuente de impulso de la persona radica en el sentido, el cual es como una guía, como lo decía Frankl, “la propia vida tiene sentido si aspira más allá de sí misma”. La voluntad de sentido es diferente a la voluntad por poder o por placer, puesto que estos son efectos secundarios de la voluntad de sentido; esta responsabiliza a la persona no sólo consigo misma, sino con la sociedad (Frankl, 2001).
- El sentido de la vida. Según Frankl es encontrar el sentido a una situación concreta, y a la vez a la existencia. El camino para encontrar el sentido, es a través de los valores (como se cita en Gengler, 2009). Frankl (2001) y Frankl (1987), explica que la logoterapia se enfoca en ampliar la visión del paciente para que este descubra con responsabilidad un sentido a través de sus experiencias y valores; el logoterapeuta no prescribe y no interpreta, sino investiga. Asimismo, la logoterapia ayuda a contrarrestar la angustia producida por la inevitable triada trágica de la existencia: el

dolor, la muerte y la culpa. Es un principio de la logoterapia, que la vida no pierde sentido por su característica transitoria o por el envejecimiento.

La logoterapia en el tratamiento de las adicciones.

Según Lukas (2005) el trabajo de la logoterapia en las adicciones a sustancias psicoactivas se basa en tres paquetes de ayuda, los cuales tienen un mayor efecto en fases tempranas de la adicción, debido a la afectación que la prolongación del consumo produce en el sistema nervioso. Para Lukas (2005), los paquetes de ayuda son:

- Encontrar un sentido en la vida. Lukas menciona que el sentido de la vida se encuentra tanto en condiciones de vida cómodas, así como en condiciones difíciles. El objetivo es encontrar un propósito de ayuda a los demás y la felicidad es efecto secundario; asimismo, la logoterapia se centra en ayudar a la persona en ver una diferente perspectiva a las circunstancias adversas, para que se pueda integrar y aceptar en la vida. Se busca reinterpretar el sufrimiento para evitar el uso de alcohol o drogas como una forma de evadir la realidad.
- Tomar decisiones llenas de sentido. Se requiere vitalidad y fuerza de voluntad. La voluntad se ve afectada por la adicción; sin embargo, tras una desintoxicación se puede regular. Lukas postula que, se puede algo en la medida de lo que se quiere, es decir, si lo que se quiere lograr está lleno de sentido, será más fuerte la decisión por lograrlo; es decir, se aborda las discrepancias que existe entre lo que se desea y lo que se hace, por ejemplo, se desea dejar de consumir, pero se sigue haciendo. Es por ello que, se busca trabajar la voluntad de sentido, para incentivar la toma de decisiones, la cual implica un beneficio y a la vez una renuncia hacia algo, se tiene que elegir.

- Mantener las decisiones llenas de sentido. Finalmente, este paquete consiste en apoyar a la persona en el mantenimiento de sus decisiones llenas de convicción, se le brinda la oportunidad de ver los beneficios y los costos de su elección, es decir, lo que va a ganar y lo que tiene que sacrificar. Es por ello que, el objetivo es que la persona esté satisfecha de lo que logra o va a lograr.

Asimismo, Martínez, et al. (2015) evidenciaron que la intervención terapéutica basada en la logoterapia tiene efectos positivos en los recursos personales de los pacientes diagnosticados con problemas de adicción, a diferencia de otras intervenciones, la logoterapia genera mayor efecto en la capacidad de autodistanciamiento de la persona, la cual consiste en observarse así mismo para luego autorregular las emociones y pensamientos ante situaciones específicas y con ello poder autoproyectarse en un mejor futuro; es decir, la logoterapia aporta con el fortalecimiento del dominio personal, lo que conlleva a un mayor autocontrol.

1.2.1.4. Dimensiones del sentido de vida

Para Martínez et al. (2011) el sentido de vida se logra a través de dos dimensiones: la percepción de sentido y la vivencia del sentido.

Percepción de sentido

Es la facultad mental de conocer o tener noción de los valores que sirven como modelo o guía al comportamiento e impulsan o dan razones para vivir. Comprende el propósito vital, la búsqueda de las metas y proyecto de vida.

Vivencia de sentido

Viene a ser el valor o sentido que se otorga a las experiencias, las cuales ofrecen congruencia o coherencia en el comportamiento para el logro de metas, la identidad personal que reafirma el yo y el sentido de pertenencia; asimismo, genere plenitud y satisfacción con la vida.

1.2.1.5. Sentido de vida según las etapas de desarrollo

Para Lukas (1996) el sentido de la vida puede existir en el pasado, en el presente o en el futuro y, dependerá de la edad de la persona para su construcción, por ejemplo, es natural que los jóvenes se planteen objetivos llenos de sentido en el futuro; a diferencia de las personas mayores quienes ven al sentido de su vida con una perspectiva al pasado, en base a lo vivido, logrado y sufrido; lo importante es que los objetivos y metas hagan que la vida valga la pena. Añadido a esto, Avellar et al. (2017) indican que el sentido de vida suele aumentar cuando aumenta la edad y la búsqueda de sentido disminuye cuando pasan los años. Esto implica que el tiempo es una variable que puede influir en el proceso de búsqueda y el logro del sentido de vida; las personas que se encuentran en etapas tempranas de la vida como los adolescentes o jóvenes recién se encuentran iniciando o logrando realizaciones en diferentes ámbitos de su vida, en cambio las personas adultas o adultas mayores, por lo general, poseen mayores experiencias y han cumplido ciertos propósitos de vida, aunque no necesariamente en todos los casos.

De Barbieri (2005) hace una comparación y a la vez integración entre la teoría psicosocial de Erik Erikson con la Logoterapia, describe que, el ser humano en cada etapa de desarrollo debe afrontar crisis existenciales, las cuales al ser superadas se logra madurez y plenitud, de tal manera que contribuye al sentido de vida. Para dicho autor cada etapa tiene su propia peculiaridad y con ello un sentido propio, a continuación, se presentan las etapas relacionadas a la presente investigación:

Adolescencia (12-18 años)

Se produce la crisis de desarrollo de búsqueda de identidad, proceso que implica una búsqueda dentro de sí mismo y en la sociedad, para poder definir su concepción de sí mismo y lo que le diferencia de los demás; asimismo, es la voluntad de poder la que impulsa los propósitos para poder dejar la comodidad y seguridad que le ofrece

la familia (De Barbieri, 2005). Asimismo, Maseda et al. (2011) describen que, algo que caracteriza a los adolescentes es la pertenencia al grupo, la cual contribuye a la formación de la identidad, es por ello, que actualmente las redes sociales han tomado un papel importante, son espacios que permiten la libre expresión, intercambio de ideas y experiencias; sin embargo, es un medio de socialización virtual, que de alguna manera contribuye al aislamiento de los jóvenes; dichos autores, en su investigación corroboran que el sentido de vida disminuye a medida que la persona pasa mayor tiempo en redes sociales.

Juventud o adultez temprana (19-39 años).

Surge la crisis relacionada a la calidad de las relaciones interpersonales, la intimidad contra el aislamiento, lo saludable es poder hallar un sentido de identidad compartida, lo cual depende de la capacidad para establecer relaciones afectivas significativas (De Barbieri, 2005). De suceder lo contrario, pueden surgir crisis existenciales y a la vez con la vida. Por otro lado, para Maseda et al. (2011) la principal fuente de sentido de vida para los jóvenes radica en la familia y los amigos, las experiencias que surgen de éstas brindan una base sólida para construir una identidad y sentido de vida; además dichos autores encontraron una correlación positiva entre el sentido de vida y las actividades individuales realizadas a diario, lo cual indica que el estudio y la necesidad de conocimiento forman parte de los propósitos de vida. Esto se corrobora con Hernández et al. (2016) que en su investigación muestran que, el sentido de vida de los jóvenes universitarios se caracteriza por buscar el desarrollo profesional, las relaciones interpersonales y el desarrollo personal.

Adultez intermedia (40-65 años).

El conflicto en esta etapa radica en la productividad y el estancamiento, el sentido radica en la responsabilidad, productividad, creatividad y en los esfuerzos por la

sociedad (De Barbieri, 2005). Para Izquierdo (2007) la productividad o generatividad se caracteriza por ayudar y satisfacer las necesidades de la siguiente generación; así como, producir con el trabajo y generar aportes a la sociedad, de lo contrario, se genera insatisfacción con su vida.

Aduldez tardía (65 años a más).

El conflicto radica en la integridad y la desesperanza, la persona puede tener una visión consolidada de toda su vida, aceptar la vida que ha tenido, o de lo contrario sentirse desesperado (De Barbieri, 2005). Para Noa et al. (2014) el sentido de vida del anciano se construye o se mantiene a partir de las necesidades, motivaciones e intereses, las cuales direccionan el comportamiento, actitud y, regulan las experiencias negativas y positivas, producto de los cambios y déficits por los que atraviesa la persona, siendo lo más valioso para ellos lo que han construido en su vida y la familia, la cual es un grupo donde se puede contribuir y ser útil. Cabe resaltar que, muchas personas a esta edad ven la vida con desesperanza y síntomas de depresión, debido a la insatisfacción de lo construido con su vida, al envejecimiento y déficits de sus capacidades, por la pérdida de seres queridos, por la soledad, entre otros factores. Asimismo, Peláez (2017) encuentra que la principal fuente de sentido de vida en mujeres ancianas mexicanas, tanto jubiladas como amas de casa, radica en su familia, lo que han logrado y han forjado con sus hijos y su futuro, les genera una gran satisfacción; además, en el caso de las mujeres jubiladas añaden a su sentido de vida los logros realizados en el ámbito laboral.

1.2.1.6. Sentido de vida y adicciones a sustancias psicoactivas

Una de las principales causas de las adicciones (sustancias psicoactivas) es la presencia de vacíos existenciales. Para Frankl (1975) al vacío existencial se le conoce como la ausencia de sentido de vida en la persona, lo que ocasiona una enfermedad (neurosis noogena o

neurosis psicógena). Al mismo tiempo, el vacío existencial presenta las siguientes características, apatía, desinterés, aburrimiento, falta de propósitos, ausencia de metas lo que hace que el hombre entre a un estado de desmotivación y de descuido personal con las diferentes áreas de su vida adaptando diferentes tipos de conductas por ejemplo, la presencia de crisis existenciales, no hacerse cargo de responsabilidades, renunciar a un trabajo, la aparición de conductas compulsivas (compras desmedidas, sexo compulsivo, etc), miedos inmediatos, y presencia de adicciones (Barbero, 2013). Lo que se interpreta es que, el vacío existencial es un fenómeno complejo que al no ser trabajado por la propia vivencia del sentido o por los componentes del sentido de vida origina en la persona alteraciones psicopatológicas en su personalidad, afectando a su estado de bienestar mental o salud mental, un claro ejemplo de esto es la presencia de adicciones, causando diversos síntomas emocionales, por ejemplos la falta de valor en ellos mismos para afrontar las situaciones del día a día, falta de capacidad de dar algo útil a la sociedad, hasta incluso sentir la propia desesperanza.

En las adicciones (sustancias psicoactivas) generalmente el vacío existencial está acompañado de frustraciones existenciales, veamos una breve definición acerca de este término del psicoterapeuta Viktor Frankl (1987) quien lo considera como una afección hacia la carencia del sentido de vida, quiere decir como una respuesta hacia la propia falta de sentido (vacío existencial).

Así pues Barbero (2013) considera a las adicciones como una manifestación de vacío existencial, donde uno de los principales factores, son la ausencia de valores, motivaciones y pensamientos relacionados a que la vida no tiene sentido, a su vez la define como un conjunto de conmociones confusas que ocasiona respuestas cognitivas erróneas respecto a su estado de bienestar, por ejemplo, la persona cree “sentirse bien”, “sentirse mejor”, “sentirse impulsado, motivado”, etc., cuando en realidad no lo es, e incluso la misma

patología que presenta la persona con la sustancia que consumen trae como consecuencia que se le imposibilite expresar lo que le sucede, experimentan cansancio hacia la vida y a su realidad, tensión, angustia, placer, labilidad emocional, ausencia de vacío existencial, de compromisos y responsabilidades, lo que caracteriza también a la conducta adictiva, es importante señalar que desde esta perspectiva, estos factores junto a otros, por ejemplo, la disfunción familiar, el aislamiento, la irritabilidad, convergen en un proceso acumulativo que desencadena un proceso de conducta adictiva. Al mismo tiempo, Cañas (2013) menciona:

La conducta adictiva tampoco se manifiesta de golpe a medida que los adictos empiezan acumular sus problemas en su familia y su hogar, en su trabajo y en sus ámbitos sociales, como consecuencia de su abandono existencial “comienzan a negar dos cosas: 1) que la droga o actividad en cuestión constituya un problema que no puede controlar y 2) que los efectos negativos en sus vidas tengan alguna conexión con el uso de la droga o actividad”. (p.105)

Es importante analizar las causas o factores del consumo de sustancias psicoactivas desde un enfoque existencial, donde se analice la relación del uso de sustancias con algún factor personal y se lo aborde desde un enfoque no solo rehabilitador sino también rehumanizador, desde la perspectiva logoterapéutica que aborda conceptos relacionados al sentido de vida y que permiten al propio sujeto aprender y resignificar sus propias vivencias personales, a través del darse cuenta o la toma de conciencia, y también le ayuden a fomentar su capacidad de reinventarse como también de poseer independencia, autonomía, libertad y responsabilidad. Todo esto y en la medida de lo posible, ayudaría a la persona con adicción a resignificar sus experiencias y a manejar sus recursos personales con el objetivo de abordar la adicción y su propia existencia.

1.2.2. Ideación suicida

1.2.2.1. Definición de ideación suicida

La ideación suicida para Campillo y Fajardo (2021) son los pensamientos, deseos y planes que tiene la persona para terminar con su vida, y forma parte de la conducta suicida, junto con el intento y el suicidio consumado, los cuales son conductas autoinfligidas que pueden ser o no mortales. Es decir, la ideación suicida es un estado precedente al intento suicida que puede o no tener una forma específica.

Para Vargas y Saavedra (2012) la ideación suicida está conformada por diversos pensamientos que se van a manifestar en la persona de diferentes maneras, puede ser a través del deseo de morir, de una imagen mental del suicidio, también mediante la idea suicida sin un plan, con un plan indeterminado y con uno ya determinado. Dichos pensamientos constituyen un comportamiento autodestructivo que refleja el malestar de la persona con su vida en el momento actual, en su presente. Añadido a esto, Toro et al. (2016) describe a la ideación suicida como pensamientos negativos conformados por fantasías de muerte, deseos e intenciones de acabar con la vida, debido a la insatisfacción con la vida, preocupaciones, tendencias autolesivas, que pueden surgir con o sin planes estructurados.

Asimismo, el grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) hacen una recopilación de diferentes definiciones, en la que: la ideación suicida viene a ser los pensamientos acerca del deseo de morir; la comunicación suicida, es el nexo o punto medio entre la ideación y la conducta suicida, la cual consiste en transmitir verbal o no verbalmente los pensamientos; así como, la intención suicida, siendo esta una actividad interpersonal; por otro lado, la conducta suicida viene a ser los actos lesivos y autoinfligidos de diferente gravedad, tales como: autolesiones, donde la persona no busca morir; conducta suicida con intencionalidad no clara, que puede o no provocar lesiones; intento de suicidio, donde no hay resultado lamentable; y el suicidio, en que la acción termina en la muerte.

Finalmente, Beck (1979, como se cita en Magno y Cruzado, 2021) refiere que la ideación suicida se presenta de dos formas, de manera pasiva y activa; la ideación pasiva consiste en el deseo o pensamientos de morir, de buscar la muerte como solución o salida, siendo solo ideas vagas, que no se han planificado; en cambio, la ideación suicida activa abarca el suicidio de manera específica; es decir, como un plan.

1.2.2.2. Modelos teóricos de la ideación suicida

Teoría Cognitiva de Beck

Según Wenzel et al. (2009) la teoría cognitiva en general es aplicada a diversos problemas mentales y se centra en la interpretación de los estímulos externos e internos y su influencia en las emociones y respuestas conductuales de la persona, por lo que, existe un ciclo de retroalimentación entre las emociones y las cogniciones, los cuales pueden convertirse en desadaptativos, esto significa que ante una situación en particular la persona genera ciertos pensamientos que influyen en las emociones, y si estas son negativos o angustiantes, a la vez retroalimentan a los mismos, de modo que es posible que se conviertan en pensamientos negativos. Lo descrito es la base de la teoría cognitiva de Beck, y a la vez es la base para describir la concepción del comportamiento suicida.

Toro (2013) cita a Aaron Beck y otros autores, quienes conciben a la conducta suicida como producto de la *triada cognitiva* y como resultado de la interpretación errónea de la realidad, es decir, las ideas suicidas surge por errores cognitivos dominantes y esquemas disfuncionales que aparecen cuando la persona se relaciona con el medio; además, confirma con muchas investigaciones al sostener que la conducta suicida está relacionada con la depresión, según la teoría se activan esquemas disfuncionales y patrones cognitivos similares, por ejemplo: centrarse y generalizar las dificultades o solo los errores, es algo que comparten dichos pacientes. A continuación, se describe la triada cognitiva según Beck et al. (2010):

Visión negativa de la persona hacia sí misma. Es la tendencia de la persona a atribuir a su responsabilidad todas las cosas negativas que le pasan, producto de una valoración negativa de sí mismo y poca valía, la persona se considera torpe, con muchos defectos, inútil y se critica a sí mismo por sus errores.

Interpretación negativa de las experiencias. La persona en base a sus experiencias con el medio llega a conclusiones con contenido de fracasos, frustraciones, percibe que el entorno le presenta obstáculos muy difíciles y por ello, tiende a asumir una actitud pesimista o muy extrema de sus interacciones, no concibe puntos medios.

Visión negativa acerca del futuro. La persona se caracteriza por plantearse objetivos fantasiosos o de gran magnitud para que al mínimo error surjan pensamientos catastróficos de los resultados. Asimismo, tienden a anticiparse con sufrimientos y frustraciones interminables.

Por otro lado, Wenzel et al. (2009) describe el modelo cognitivo de los actos suicidas, que integra el modelo cognitivo general de Beck y ayuda a entender el funcionamiento de la mente en pacientes suicidas, para ello se describe el constructo *Suicidal Mode* que se traduce como el modo suicida, lo cual implica la activación de los sistemas o componentes de la personalidad ante determinadas situaciones o cuando se quiere lograr una meta, es decir, se activan el sistema cognitivo (procesamiento de la información), afectivo (emociones), conductual y motivacional en el mismo momento para procesar la información y dar una respuesta, es como una red interrelacionada; es por ello que, cuando se activan los procesos cognitivos implicados en trastornos mentales, también se activan pensamientos suicidas, ante la presencia de factores de riesgo es probable que se activen las ideas suicidas; finalmente, dichos autores integran otros constructos que influyen en la conducta suicida tales como: la desesperanza, impulsividad, errores en las cogniciones, dificultad en la solución de problemas y actitudes disfuncionales.

La intervención cognitiva para los comportamientos suicidas se centra en reconocer los pensamientos automáticos y creencias nucleares que surgen antes del intento suicida; así como, evaluar la relación con la desesperanza, para emplear estrategias y trabajar el desarrollo de recursos personales de afrontamiento; generar adherencia al tratamiento y aumentar el apoyo y soporte de la familia (Toro, 2013). Añadido a esto, Beck et al. (1979) considera importante evaluar la ideación suicida para poder predecir el riesgo suicida; la ideación está comprendida a través de factores como: la intensidad, la intrusión o presencia y duración del deseo de querer morir; es decir, el grado de cambio de un deseo de morir a un plan específico de suicidio, para ello el paciente ha superado los factores internos de disuasión, por ejemplo: el miedo a lo desconocido, a fallar en el intento, sentimientos de culpa por los familiares, objeciones religiosas y morales. Es así como, Toro et al. (2016) evidencian que la ideación suicida se encuentra relacionada con la depresión y la desesperanza, las que se caracterizan por contar con una mirada pesimista y generalizada del futuro.

Teoría de Kelly y sus constructos personales:

Así como lo explica Passi (2009) este modelo teórico enfoca la relación ambiente y estructuras cognitivas, es decir que a partir de la relación, interpretación y organización que tenga un individuo con su medio formara su propia realidad (constructo personal) y como consecuencia se ve reflejado en la conducta humana. Estas conductas se observan en distintas áreas, por ejemplo, conductual, emocional y cognitiva (Moreno, 1985). Es así que este modelo teórico es muy utilizado para explicar trastornos psicopatológicos y conductas suicidas.

Así lo explica Passi (2009) teniendo como base la teoría de Kelly y los constructos personales, manifiesta que el suicidio se explica a través de la interpretación que da cada individuo a su propia realidad, a partir de esto la persona coloca un significado a su propia

existencia en función a sus distintas experiencias, y es a partir de ello donde se va formando el propio pensamiento que sirve para poder explicar lo que ocurre en la realidad de cada individuo, esto quiere decir, que el mismo individuo da argumento a los hechos, o situaciones que se presenten en su realidad utilizando su pensamiento, incluso las personas con ideación o conductas suicidas se caracterizan por tener su propio constructo de realidad tergiversado o distorsionado donde las causas pueden ser distintas por ejemplo, falta de motivación por el futuro, y cuando el futuro se vuelve impredecible, desde la teoría se señala algunos conceptos básicos que funcionan como características de la conducta suicida, entre estas tenemos, agobio, irritabilidad, amenaza y culpa.

1.2.2.3. Dimensiones de la ideación suicida

Desde la perspectiva de Beck y colaboradores, la conducta suicida se logra definir operacionalmente a través de cuatro dimensiones, las cuales son (Córdova y Rosales, 2016).

Actitudes hacia la vida y la muerte.

Las actitudes son predisposiciones hacia objetos, ideas, que permiten a la persona desenvolverse de cierta forma, además presentan componentes cognitivos, afectivos y valorativos que impulsan a la persona a realizar ciertas acciones (Estrada, 2012).

Por lo cual, la actitud hacia la vida y la muerte son las representaciones mentales, asociadas hacia aspectos emocionales (positivo o negativo, placentero o doloroso, bueno o malo) y con una cierta valoración para la persona que le conduce o predispone a reaccionar de cierta manera ante la concepción de la vida y la muerte.

Pensamientos y deseos suicidas.

Para Duarté et al. (2012) son un conjunto de ideas que expresan el deseo de querer morir o quitarse la vida. Están asociados a pensamientos disfuncionales, distorsiones cognitivas, caracterizados por atribuciones negativas a las experiencias y a la vida, así mismo los pensamientos y deseos suicidas funcionan como un

indicador hacia el intento de suicidio. Cuando se empieza a minimizar los pensamientos y deseos suicidas, por ejemplo, a través de los siguientes enunciados, “tranquilo, todo está bien”, “no pienso hacerlo”, etc, se evidencia una fase de calma, sin embargo, manifiestan una línea entre los deseos de vivir y los deseos de morir, las personas con presencia de pensamientos y deseos suicidas experimentan sentimientos de tristeza, confusión, dificultad para tomar decisiones, dificultad para autorregular emociones (Rueda, 2010). Es importante mencionar que los pensamientos y deseos suicidas generan en la propia persona malestar emocional que está relacionado con la ideación suicida.

Proyecto de intento de suicidio.

Viene a ser la planeación de realizar un plan estratégico de intento de suicidio. Campos y Delgado (2019) especifican las diferentes formas de la planeación, algunas personas presentan las ideas sin un método específico, es decir se manifiesta el deseo pero sin plan para llevarse a cabo; en el caso de las ideas con un método inespecífico, se refiere al deseo de morir con algún plan que aún no se decide, puede tener varias opciones, pero aún no se ha elegido; asimismo, están presentes las ideas con un método específico no planificado, es decir, la persona ha decidido la forma, pero no tiene determinada la fecha, ni el lugar y; por último está el plan específico, la persona ha organizado todo para realizar el acto.

La actualización del intento suicida o desesperanza.

Beck y Kovacs (1975, como se citó en Estrada y Guerra, 2019) definen a la desesperanza como un conjunto de expectativas del futuro que son negativas o derrotistas, las cuales se basan en pensamientos distorsionados que muestran a las experiencias como negativas y a la percepción del logro de objetivos u obstáculos como fracasos. Asimismo, Toro et al. (2016) añade que la desesperanza son creencias

en las que se percibe al futuro como no viable y con problemas que nunca se podrán lidiar, lo cual lleva a la resignación y dejadez con respecto a los objetivos, sueños y ambiciones de la persona, esto predice la poca eficacia con la que se responde ante dichas situaciones.

1.2.2.4. Factores de riesgo de la ideación suicida.

Cañón y Carmona (2018), citan a la OMS en la que se describe que los factores de riesgo son características o exposición de una persona hacia ciertas circunstancias que le hacen más propensa a sufrir una enfermedad, trauma o daño. El fenómeno de la conducta suicida en general y la ideación suicida, de manera específica, se encuentra relacionado a diversos factores, presentándose algunos con mayor respaldo científico y también mayor prevalencia; para diversos autores, los factores de riesgo que se encuentran asociados a la presencia de la ideación suicida se encuentran agrupados en tres categorías: factores individuales, familiares y sociales (Vargas y Saavedra, 2012; Toro et al., 2016; Blandón et al., 2015; Chávez et al., 2020, Pérez et al., 2010).

Factores individuales

Según Toro et al. (2016) dentro de estos factores se pueden encontrar variables asociados a problemas de salud mental, tales como: tendencias depresivas, comportamientos esquizoides, intento de suicidio previos, siendo este último uno de los más primordiales en tener en cuenta para prevenir el suicidio; y problemas relacionados a variables personales como la victimización escolar y la baja autoestima. Añadiendo a esto, Vargas y Saavedra (2012) describen los factores biológicos y genéticos, los cuales consisten en la desregulación de la serotonina como un rasgo biológico que influye y hace más propensa a las personas hacia los intentos suicidas; asimismo, ciertas características de algunos genes se han asociado a la ideación suicida; por otro lado, otros factores individuales de gran influencia en el

comportamiento suicida en adolescentes y en general son los trastornos mentales, como trastornos depresivos, con o sin desesperanza, trastornos por abuso de sustancias psicoactivas, especialmente consumo de alcohol y cocaína, trastornos alimentarios con mayor prevalencia en mujeres adolescentes. También, se encuentran factores psicológicos como: rigidez cognitiva, dificultades en la resolución de problemas, la desesperanza, impulsividad y dificultades en las habilidades de comunicación, la presencia de estas no permite el adecuado desenvolvimiento de la persona en su medio; también existe cierta asociación con el abuso físico y sexual como antecedentes. En contraposición, Costanza et al. (2019) mencionan que, el grado de sentido de vida que tenga la persona es un factor protector frente a la conducta suicida, a diferencia de los factores ya mencionados.

Factores familiares

El nivel de unión familiar está estrechamente relacionado con la ideación suicida, es por ello que la no presencia de lazos fuertes entre los integrantes de la familia representa un factor de riesgo (Toro et al., 2016; Pérez et al., 2010); asimismo, Blandón et al. (2015) añade que las relaciones disfuncionales con las figuras de apego o las figuras parentales representan un factor de riesgo de ideación suicida en los jóvenes. De igual manera, Vargas y Saavedra (2012) lo ejemplifican a través de los problemas en la comunicación entre los padres e hijos, los desacuerdos familiares o la falta de soporte emocional como factores de riesgo; asimismo, a diferencia de otros factores, la familia puede ser también un factor protector ante la ideación y comportamiento suicida. Finalmente, Pérez et al. (2010) también considera a las discusiones familiares por problemas económicos y contar con algún familiar con antecedentes de intento suicida, como factores familiares.

Factores sociales

Para Pérez et al. (2010) los factores sociales hacen referencia a las estructuras sociales tales como, la escuela, universidad, lugares de trabajo, entre otros y, cómo la persona percibe a dicho entorno, si lo concibe como adverso o agresivo, por ejemplo: para Toro et al. (2016) el grado de adaptación escolar y el bullying son condiciones de riesgo sociales que pueden propiciar a la ideación suicida en adolescentes y jóvenes; asimismo, Vargas y Saavedra (2012) añaden que el rendimiento escolar presenta una asociación significativa pero indirecta con la ideación suicida, a diferencia de sucesos estresantes que sí están relacionados, como, el acoso escolar, abuso físico o sexual; asimismo, también encuentran asociación con los problemas sentimentales de pareja, especialmente en mujeres.

Asimismo, Cañón y Carmona (2018) a partir de diversas investigaciones a nivel mundial reagrupan los factores de riesgo para la ideación suicida, en: emociones negativas y eventos estresantes; interacciones familiares y relaciones interpersonales; factores biopsicosociales y, problemas laborales con desigualdad social. En el primer factor, se describe a las personas quienes tienden a ser pesimistas, que no han desarrollado habilidades sociales adecuadas, que presentan una visión negativa del futuro; que no pueden regular emociones intensas, quienes presentan sentimientos de soledad; así como, haber sufrido abuso sexual y vivir el duelo del suicidio de un familiar. En el segundo factor, especialmente en adolescentes y jóvenes se encuentran conflictos interpersonales, con la familia, con los padres, con la pareja, esto implica que los estilos de crianza pueden ser un factor predisponente. En los factores biopsicosociales se encuentran características como ausencia para la solución de problemas, intentos de suicidio fallidos y condiciones como: antecedentes patológicos como depresión, ansiedad; así como, el consumo de sustancias psicoactivas. Por último, se menciona a los

problemas laborales como riesgo o factor que predispone a la ideación suicida, por ejemplo, la presencia de deudas, el desempleo, pertenecer a un estrato económico bajo.

1.2.2.5. Ideación suicida y consumo de sustancias psicoactivas.

Diversas investigaciones respaldan la asociación que existe entre la ideación suicida y el consumo de sustancias psicoactivas, González et al. (2015) encontraron asociaciones significativas entre el consumo elevado de tabaco y alcohol, consumo de inhalantes, marihuana y cocaína con la ideación suicida en el caso de adolescentes, es decir el consumo de dichas sustancias predijeron el riesgo de ideas y deseos de morir en un 44.2% de los encuestados; asimismo, Bousoño et al. (2017) confirmaron la asociación importante entre el consumo de alcohol y la ideación suicida en jóvenes, al igual que Chávez et al. (2020) donde encuentran que el consumo de drogas es un factor de riesgo de la ideación suicida.

Los pacientes que son afectados por consumo de sustancias psicoactivas (drogodependientes) presenta una tendencia a padecer riesgos de conductas suicidas, ya que al ser ingeridas ciertas sustancias alteran los diferentes procesos afectivos y cognitivos, por ejemplo, percepción, cognición, funciones motoras, dificultad para controlar o autorregular sus propios impulsos, e incluso al estar asociado otros factores muy a parte del consumo , tales como, traumas infantiles, maltrato físico, abuso sexual, sentimientos de vacío existencial, pobre autoconcepto, incrementa la conducta suicida (Aristizábal et al., 2013). A partir de lo expresado se evidencia que, el consumo de sustancias suele ser un factor de riesgo para los pacientes con adicciones, en relación a ello surgen cambios a nivel cognitivo, conductual y emocional, así mismo se convierte en un nexo para el desarrollo de pensamientos o conductas suicidas apareciendo estados depresivos y conductas autolesivas, quiere decir el daño a uno mismo o buscando un daño próximo (Segovia et al., 2021). Así también lo explica Lopez et al. (1995) cuando afirma que tanto el consumo de alcohol como de las sustancias psicoactivas son principales factores para que se desencadene la ideación

suicida, así mismo el autor establece que los pacientes que se encuentran en un nivel más severo de la adicción a sustancias psicoactivas y están asociados a otros factores por ejemplo, tener algún diagnóstico psiquiátrico, desencadene aún más conductas suicidas, establece también que en aquellos consumidores que mezclan diferentes sustancias psicoactivas presentan un alta tendencia a desarrollar la ideación suicida, realiza una comparación en aquellos pacientes que consumen cocaína, este autor manifiesta que presentan tendencia a tener una menor ideación suicida, mientras los que utilizan sustancias que mantienen propiedades alucinógenas presentan mayor tendencia a la ideación suicida. En conclusión, quiere decir que un factor importante es el tipo de sustancia que ha consumido la persona con adicción ya que puede funcionar como un estimulante, o depresor del sistema nervioso, y como lo hemos visto esto puede llegar a influir también en la conducta suicida.

1.2.2.7. Riesgo suicida según sexo.

Hablar de suicidio implica una problemática tanto al nivel nacional y mundial que afecta a miles de personas, hombres y mujeres. Para Barroso (2019) en su artículo denominado comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica, menciona que el suicidio abarca desde la ideación suicida y el intento suicida, sostiene además que las mujeres realizan más intentos de suicidio que los hombres, sin embargo, no llegan al acto final. En este sentido el grupo más vulnerable en el acto de suicidio son los hombres los factores pueden ser variados, por ejemplo, los constructos sociales, en pacientes con adicciones, maltrato físico o verbal, o estar diagnosticado con algún tipo de enfermedad mental (Rosado et al., 2014). A partir de aquí se puede evidenciar las distintas causas, una de ellas es el consumo de drogas que funciona como un desencadenante para que se de el suicidio en mayor proporción en los hombres. En tal sentido se establece que el intento y la ideación suicida se intensifica con el consumo de sustancias psicoactivas, convirtiéndose en un factor de riesgo y aumentando el riesgo de suicidio (González et al., 2019).

1.2.3. Drogas

1.2.3.1. Definición de drogas.

Hablar de drogas, desde nuestra propia percepción involucra una problemática social que afecta a la población, donde comienza en la etapa de la adolescencia. En la actualidad constituye uno de los problemas que afecta a la salud pública y mental de las personas y llegan a consumir cualquier tipo de drogas. Desde la perspectiva de Valdés et al. (2018) sostiene que las drogas son sustancias psicoactivas, que al ser consumidas generan placer originando diferentes cambios en el organismo, por ejemplo, cognitivos, conductuales, y neuroquímicos, estas sustancias se consumen directamente de manera ilegal. Para Mielgo et al. (2012) define a las drogas como una problemática global que ocasiona dependencia en los individuos que llegan a consumir estas sustancias psicoactivas, sostiene de que hay diversas causas, por ejemplo los factores sociales y factores personales; en los factores sociales tenemos, el área social, psicológica, económica y aspectos de vulnerabilidad de cada individuo y en los factores personales se encuentran todas las causas de la aparición de conductas adictivas, por ejemplo, los familiares de consumo directo en el mismo entorno, etapas o sensaciones de curiosidad, experimentación, conductas aprendidas, etc. Así como lo explica este autor es importante recalcar cada factor social y psicológico para utilizar el método de la prevención y el tratamiento en el uso de las drogas.

1.2.3.2. Adicción

Hablar de adicción significa que es una afección donde actúan los sistemas de recompensa cerebral y afecta a los procesos cognitivos y emocionales, cuando una persona padece de adicciones se ve afectado el sistema nervioso, especialmente la neurotransmisión, es por ello que, cuando se identifica la presencia de una adicción, la persona es incapaz de controlar el consumo (Carbonell, 2016). Para Sola (2014) la adicción en el paciente que consume sustancias psicoactivas se ve reflejada en diferentes indicadores, por ejemplo, preocupación

constante por realizar acciones de consumo, pérdida de autocontrol, conductas compulsivas de consumo, dificultad para cumplir el síndrome de abstinencia, búsqueda del consumo adictivo, dificultad en la autorregulación emocional, etc. Hay variables que aparecen como resultado de las adicciones, en este caso es la dependencia, es decir, las personas manifiestan diversas síntomas físicos y psicológicos debido a la ingesta de ciertas sustancias, desde el área clínica las adicciones generan patrones desadaptativos, esto afecta al bienestar emocional (Becona y Cortés, 2010).

Cuando hablamos de dependencia se refiere a fases de intoxicación, producido por el consumo compulsivo de sustancias psicoactivas, en el campo de la adicción a las drogas esta dependencia puede ser de dos tipos, física y psicológica ; la dependencia física se observa cuando el mismo individuo tiene la necesidad de mantener drogas en su cuerpo, tenemos el indicador de síndrome de abstinencia que es el proceso que manifiesta la persona cuando ha dejado de consumir la sustancia psicoactiva, este proceso se ve caracterizado por síntomas físicos y psicológicos; la dependencia psicológica suele estar acompañada de actos repetitivos de consumo para generar placer, la dependencia modifica los patrones conductuales en los pacientes (Díaz et al., 2008). Para Moral y Fernández (2017) resalta el término drogodependencia, este autor establece que hay un tercer tipo de dependencia que se le conoce como dependencia social, quiere decir que se da el consumo de drogas como un indicador que refleja la necesidad de pertenencia al grupo, aceptación social, etc. Teniendo en cuenta lo indicado, la dependencia a sustancias psicoactivas afecta al paciente en el área conductual, quiere decir que aparecen patrones desadaptativos del comportamiento, ya sea según el tipo de dependencia, física, psicológica o social según lo establecido por los autores.

Teniendo en cuenta ello las drogas constituyen una problemática de salud pública que afecta a los integrantes de la población, es importante mencionar que no se puede inhibir la

conducta adictiva solo por factores neuroquímicos, es importante observar la vulnerabilidad y los factores de refuerzo que implican en su mayoría que la conducta adictiva continúe, es por ello que, es importante realizar actividades desde un trabajo multidisciplinario, desde la prevención hasta el tratamiento, en la prevención en diferentes contextos, en el contexto escolar, en la población misma (Fernández y Secades, 2007).

1.2.3.3. Tipos de sustancias psicoactivas (Alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, PBC)

Existen diversas clasificaciones de las sustancia psicoactivas, las cuales son agrupadas por sus características en común según diferentes factores, Añaños y Márquez (2014) presenta: por su origen, a las drogas naturales, semisintéticas y sintéticas; por su forma de uso, se tiene a las drogas sociales, drogas folklóricas, terapéuticas, drogas de abuso y drogas industriales; por el efecto que genera en el sistema nervioso central (SNC), se tiene a las drogas estimulantes, depresoras y alucinógenas y; por último, según valoración legal o social, están las drogas legales e ilegales.

Para el presente estudio se describe la clasificación según efectos en el SNC, Inozemtseva y Juárez (2012) describen los tres grupo: las sustancias depresoras del SNC, que se caracterizan por reducir la actividad cerebral y llevar a un estado de somnolencia; por ejemplo, el alcohol, el cannabis y sus derivados (hachís, marihuana), los opiáceos (heroína), los barbitúricos y las benzodiacepinas; por el contrario, se tiene a los estimulantes del SNC, que como su mismo nombre lo indica, estimulan el SNC, incrementando la actividad motriz y el estado de ánimo, entre las principales sustancias se tiene a la cocaína, anfetaminas, nicotina, metilfenidato, cafeína y, finalmente, el tercer grupo está conformado por los alucinógenos, que se distinguen por generar alteraciones en la percepción de la realidad, por ejemplo: LSD, triptamina, fenetilamina, entre otros.

Marihuana:

Para Ruiz y Prospero (2014) consideran que la marihuana o también llamada “cannabis sativa”, es una droga ilícita que tiene un frecuente uso entre la población, siendo los adolescentes y jóvenes quienes tienen un consumo más común, que al ser consumida genera consecuencias de euforia, cambios en la percepción y al nivel neuroquímicos, debido a que se libera dopamina ante al consumo, la cual se relaciona directamente con el placer y la búsqueda de la droga. Asimismo, Farré et al. (2006) describe los diferentes cambios que produce esta sustancia, por ejemplo, afectación en la coordinación motora, alteración en los procesos cognitivos, y señala algunos efectos crónicos, entre ellos, la aparición de conductas desadaptativas, impulsividad, tendencia a la conflictividad, en el caso de los adolescentes consumidores de esta sustancia se puede dar el caso del desistimiento escolar o dificultades en cuanto al rendimiento escolar.

Cocaína:

Según González et al. (2015) la cocaína es una droga de tipo ilegal, que pertenece a la familia de los alcaloides, su consumo trae consecuencias a nivel psicológico, psiquiátrico y social; al nivel cerebral esta sustancia eleva los siguientes neurotransmisores, la dopamina y la noradrenalina , los que están relacionados con los siguientes cambios, temblores, sudoración , aumento de la presión, al nivel psicológico o psiquiátrico tenemos la aparición de conductas compulsivas, episodios de ansiedad, brote psicóticos, y aparición de ideas delirantes acompañadas de conductas desorganizadas. Suele ser consumida en distintas formas, por ejemplo, a través de la inhalación, el acto de fumar, o con inyección sus efectos se relacionan directamente con el placer y el estado eufórico, cambios en el estado de ánimo que se presentan inmediatamente al ser consumida (Méndez, 2014). Tal es así que esta

sustancia afecta también a la salud mental del consumidor, cabe la probabilidad que como sus efectos son altos puedan traer como consecuencia trastornos de personalidad

Pasta básica de cocaína:

Para la UNODC (2013) establece que la pasta básica de cocaína o también llamada pasta , es una mezcla de sustancias grumosas acompañados de alcaloides, por ejemplo la ecgonina, la benzoilecgonina y la cocaína como sustancia principal, puede ser consumida a través de un cigarrillo, o en mezcla de otra droga, por ejemplo la marihuana más la pasta básica de cocaína al ser mezclada recibe el nombre de mixto y con el tabaco se le conoce como tabacazo, esta sustancia genera efectos psicoestimulantes al nivel físico, conductual y cerebral acompañados de algunos síntomas por ejemplo, angustia, movimientos involuntarios, salivación, agitación psicomotora , después que ha pasado los efectos hay una tendencia a que experimenten, sed, cansancio y dolor corporal. Del mismo modo Pascale et al. (2010) menciona que los efectos de la cocaína suelen aparecer entre 5 a 10 segundos, al pasar estos efectos aparecen patrones conductuales en la persona por ejemplo las conductas compulsivas al seguir consumiendo.

Alcohol:

Actualmente para Ahumada et al. (2017) manifiesta al consumo de alcohol como un problema de salud física y mental ya que aparecen enfermedades psiquiátricas y afecciones físicas a partir de esto el autor sostiene que es importante las actividades que se relacionan con la prevención y promoción ante el consumo de esta sustancia, dicho esto, el alcohol se caracteriza por ser una droga legal , ante este factor se identifica una tendencia a que la persona se involucre en consumir otras sustancias que generen adicción , entre las consecuencias tenemos el inicio de

dependencia, irritabilidad, problemas de conducta , al nivel físico encontramos, inquietud motora, deficiencia en los músculos de los ojos y del habla, problemas cardiovasculares, etc. Es importante mencionar que el abuso de este tipo de sustancia (intoxicación, ebriedad, etc) trae como consecuencia repercusiones al nivel social para la persona y en su entorno, al nivel conductual la parte afectada es el control de impulsos o la autorregulación emocional (UNODC, 2015). A partir de ello es necesario realizar actividades preventivas y promocionales en la adolescencia, ya que según las referencias leídas es el inicio de la edad temprana, así mismo es posible la articulación con instituciones que trabajen desde esta perspectiva.

Tabaco:

Para Martínez et al. (2003) definen al tabaco como una sustancia que es consumida a través de los cigarros, para nuestra sociedad se ha convertido en una práctica aceptable sin embargo es una droga ilegal y adictiva gracias a sus principal característica de nicotina causando dependencia en la persona causando diversos tipos de enfermedades físicas o morbilidades, tal es el caso de las enfermedades respiratorias, cáncer al pulmón, bronquios, deficiencia en el calcio , enfermedades respiratorias, etc.

1.3. Definición y operacionalización de variables

Matriz de definición y operacionalización de la variable sentido de vida

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Sentido de vida	Martínez et al. (2011) concibe al sentido de vida como la percepción afectiva y cognitiva que tiene la persona acerca de sus propios valores y convicciones de vida, los cuales le permiten actuar ante ciertas situaciones o la vida en general.	El sentido de vida será medido utilizando el instrumento de Escala Dimensional del Sentido de Vida, teniendo en cuenta sus dos dimensiones, percepción del sentido de vida y vivencia del sentido de vida.	Percepción del sentido de vida	Orientación y metas	4,6,8,16	Ordinal	Escala Dimensional del Sentido de Vida de Martínez et al. (2011)
				Motivos para vivir	2,10,12,14,18		
			Vivencia del sentido de vida	Plenitud de vida	1,3,7	Ordinal	
				Coherencia	5,13,15		
				Identidad personal	9,11,17		

Matriz de definición y operacionalización de la variable ideación suicida

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Ideación suicida	La ideación suicida son los pensamientos, deseos y planes que tiene la persona para terminar con su vida, estos preceden a la conducta autoinfligida, es decir al intento o el suicidio consumado (Campillo y Fajardo, 2021).	La ideación suicida será medida utilizando el instrumento de la Escala de Ideación Suicida que evalúa cuatro dimensiones, las cuales son: actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio y desesperanza	Actitud hacia la vida y la muerte	Valoración hacia la vida y la muerte	1,2	Ordinal	Escala de Ideación suicida de Beck
				Motivos para vivir o morir	3		
				Modalidad de la intención suicida	4 , 5		
			Pensamientos o deseos suicidas	Dimensión temporal	6,7	Ordinal	
				Actitud hacia los pensamientos y deseos	8		
				Locus de control sobre los pensamientos relacionados a la ideación suicida	9		
				Factores para realizar o no el intento suicida	10,11		
			Proyecto de intento de suicidio	Método de un plan estratégico	12,13	Ordinal	
				Impresión para llevar el intento suicida	14		
				Percepción del primer intento suicida	15		
			Actualización del intento o desesperanza	Acciones finales para el intento suicida	16,17,18	Ordinal	

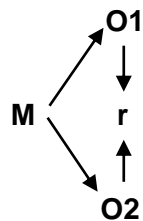
CAPÍTULO II. MÉTODOS Y MATERIALES.

2.1. Diseño de la contrastación de hipótesis

La investigación es de tipo básica y corresponde al nivel de investigación descriptivo correlacional. Es básica debido a que proporciona conocimiento teórico y no resuelve un problema (Arias, 2020); es descriptivo puesto que busca determinar propiedades, características y perfiles de la población en estudio (Hernández, et al., 2014) y, es correlacional debido a que se busca conocer la relación que existe entre dos variables, que en la presente investigación son: el sentido de vida y la conducta suicida.

El diseño de investigación es no experimental, de corte transversal y correlacional. Lo primero implica que las variables de estudio no se someten a manipulación; es decir, los participantes son estudiados en su contexto natural; asimismo, es de corte transversal porque los datos se recogen en un solo momento y solo una vez a partir de un cuestionario (Arias, 2020).

El diseño correlacional se esquematiza de la siguiente manera:



Donde

M: Pacientes con adicciones de un Centro de rehabilitación de Chiclayo

O1: Medición del sentido de vida

O2: Medición de la ideación suicida
r: Correlación entre dichas variables

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

La población estuvo conformada por un total de 102 pacientes que han consumido sustancias psicoactivas y, actualmente llevan intervención terapéutica y tratamiento en el Centro de Rehabilitación “Casa Hogar Jesucristo Libertad”, dicha comunidad terapéutica se encuentra distribuidos en tres lugares diferentes de la ciudad de Chiclayo, un centro es exclusivo para mujeres y dos centros para los varones.

2.2.2. Muestra

En esta investigación se tomó como unidad de análisis: el paciente que consume sustancias psicoactivas del Centro de Rehabilitación “Casa Hogar Jesucristo Libertad”. El tipo de muestreo fue no probabilístico, de tipo intencional, debido a que se eligieron a los pacientes por conveniencia y en base a ciertas características y criterios de inclusión; así como, accesibilidad y proximidad (Otzen y Manterola, 2017). A continuación, los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión.

- Pacientes que acepten voluntariamente formar parte de la investigación.
- Pacientes mayores a 18 años.

Criterios de exclusión.

- Pacientes menores de edad
- Pacientes diagnosticados con dificultades de lectura.
- Pacientes diagnosticados con déficit intelectual.
- Pacientes con trastornos conductuales.

Por lo que, se llegó a considerar un total de 84 pacientes como muestra, los cuales se presentan a continuación:

Distribución porcentual de los pacientes del CRA, según etapas de desarrollo, sexo y tipo de sustancia consumida

		f	%
Etapas de desarrollo	Adolescentes	13	15,5%
	Jóvenes	48	57,1%
	Adultos	22	26,2%
	Adulto mayor	1	1,2%
	Total	84	100%
Sexo	Masculino	71	84,5%
	Femenino	13	15,5%
	Total	84	100%
Tipo de sustancia psicoactiva	Alcohol	15	17,9%
	Tabaco	3	3,6%
	Marihuana	20	23,8%
	PBC	25	29,8%
	Cocaína	2	2,4%
	Diversas sustancias	19	22,6%
	Total	84	100%

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

2.3. Técnicas e instrumentos

2.3.1. Técnicas

Una de las técnicas que se utilizó es la entrevista con el director del Centro de Rehabilitación donde se recogieron datos importantes para conocer a la población, así como el tipo de adicciones y la realidad que enfrentan al iniciar el tratamiento. La revisión de literatura, incluyendo artículos científicos, estudios de investigación, revisión de libros para poder obtener información acerca del tema a investigar.

Además, como técnica principal se utilizó la encuesta, haciendo uso de dos instrumentos: el primero es la Escala dimensional del Sentido de Vida que fue elaborado entre el año 2011, por Efrén Martínez Ortiz, el objetivo de dicho instrumento fue dimensionar el sentido de vida en base a dos dimensiones la percepción de sentido y la vivencia de sentido. Se hizo uso del alfa de cronbach para el control de la confiabilidad y homogeneidad del instrumento, comprobándose su unidimensionalidad y la confiabilidad de 95 %.

El segundo instrumento es la Escala de Ideación Suicida elaborado por Beck, Kovacs y Weissman en 1979 y adaptado por Eugenio y Zelada (como se citó en Bustamante y Carrillo, 2021), donde se obtuvo un coeficiente de consistencia interna denominada Alfa de Cronbach general de .79 para la escala total. En la dimensión de actitud hacia la vida y la muerte (alfa=.81), dimensión de pensamiento (alfa=.78), dimensión de proyecto o de intento suicida (alfa=.72) y la dimensión de desesperanza (alfa=.88)

2.3.2. Instrumentos

FICHA TÉCNICA

Datos Generales

Nombre:	Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV)
Autores:	Martínez, Trujillo, Díaz del Castillo y Jaimes (2011)
País de origen:	Colombia (Bogotá)
Adaptación peruana:	Becerra y Chafloque (2021).
Objetivo	Evaluar el sentido de vida a través de la coherencia existencial y propósito vital para identificar la percepción y vivencia del sentido de vida.
Administración:	Individual o colectiva.
Niveles de aplicación:	De 16 a 70 años de edad
Tiempo de aplicación:	15 a 20 minutos
Ámbitos de aplicación:	Se puede emplear en contextos clínicos o de investigación.

Validez:

La EDSV ha sido adaptada y valida al contexto peruano por Becerra y Chafloque (2021), utilizándose la validez de contenido con la participación de cuatro jueces expertos, donde el coeficiente *V de Aken* para la escala general y sus dos dimensiones supera el 0.9, lo cual le ubica dentro de los parámetros permitidos.

Confiabilidad:

Se determinó la consistencia interna de la EDSV en un grupo de 97 personas, tanto estudiantes como trabajadoras sexuales, en la que se obtuvo un coeficiente de *Alfa de Cronbach* de 0.83 para la escala general, 0.78 para la dimensión de percepción del sentido y 0.58 para la dimensión vivencia del sentido, lo cual indica que el instrumento es confiable (Becerra y Chafloque, 2021).

Al aplicar el instrumento de la Escala Dimensional del sentido de vida a nuestra prueba piloto con un total de 18 pacientes adictos a sustancias psicoactivas el alfa de cronbach fue de 0.892 del mismo modo al ser aplicada a la muestra oficial de la investigación actual con 84 pacientes el alfa de cronbach fue de 0.773 esto indica que tanto en la prueba piloto como la escala dimensional del sentido de vida, la confiabilidad es alta.

Descripción del instrumento:

La Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV) consta de 18 ítems con respuestas de tipo Likert de cuatro opciones, las cuales son: “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “en desacuerdo”, “totalmente en desacuerdo”. Se encuentra conformada por dos dimensiones:

- La percepción del sentido de la vida. A su vez se mide a través de dos indicadores: orientación y metas (ítems: 4, 6, 8 y 16) y motivos para vivir (ítems: 2, 10, 12, 14 y 18).
- Vivencia del sentido de la vida. La cual cuenta con tres indicadores: plenitud de vida (ítems: 1, 3 y 7), coherencia (ítems: 5, 13 y 15) e identidad personal (ítems: 9, 11 y 17).

Puntaje y calificación

Las respuestas del evaluado (a) se cuantifican de 3 a 0 si los ítems son directos (3: totalmente de acuerdo, 2: de acuerdo, 1: en desacuerdo, 0: totalmente en desacuerdo) y de 0 a 3 para los ítems inversos (0: totalmente de acuerdo, 1: de acuerdo, 2: en desacuerdo, 3: totalmente en desacuerdo). Los ítems directos son: 2, 3, 6, 9 y 15, y los ítems inversos son: 1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18.

Luego, se obtiene la suma total de la escala y se divide con el número total de ítems (18), es decir se saca el promedio. El puntaje total se encuentra entre 0 y 54, lo que significa que, a mayor puntaje obtenido, mayor sentido de vida posee la persona; sin embargo, un

puntaje de 0 no indica ausencia de sentido de vida, simplemente implica que la persona requiere fortalecer la búsqueda de sentido de vida.

Interpretación

Una vez obtenido el puntaje final, se ubica dentro de los promedios establecidos para identificar el nivel de sentido de vida, así como de las dimensiones. A continuación, se presentan los cuatro niveles para el sentido de vida y sus dimensiones:

Niveles	Dimensiones		Escala total de sentido de vida
	Percepción de sentido de vida	Vivencia del sentido de vida	
Plenitud del sentido	2,65 - 3	2,65 - 3	2, 65 - 3
Alto sentido vital	2, 35 - 2, 64	2, 35 - 2,64	2, 35 - 2,64
Medio sentido vital	2 - 2,34	2 - 2,34	2 - 2,34
Búsqueda del sentido vital	0 - 1, 99	0 - 1, 99	0 - 1, 99

- **Plenitud de sentido de vida.** Las personas se caracterizan por sentirse satisfechas por sus logros obtenidos hasta el momento, tienen claras las metas y objetivos que desean alcanzar, generalmente se sienten plenos y optimistas puesto que realizan actividades o crean cosas, disfrutan de sus experiencias y poseen una buena actitud a pesar de las adversidades; es decir, encuentran sentido a la vida a través de los valores.
- **Alto sentido vital.** Existe coherencia entre las acciones y metas que presentan las personas, lo cual les hace sentir auténticas y orientadas. Asimismo, saben la mayor parte de sus deberes y propósitos, en ciertas ocasiones pueden sentir inseguridad esporádica; sin embargo, presentan muchas razones por las que vivir.
- **Medio sentido vital.** En este nivel las personas, reconocen que tienen o deben descubrir un propósito de vida, pero por momentos sienten desorientación e inseguridad, suelen

dudar del sentido de su vida, presentando contradicciones entre lo que deben hacer y lo que quieren, no tienen bien definido su sentido de vida, aunque sí presentan metas y tengan el deseo de progresar.

- **Búsqueda de sentido vital.** Se caracteriza por la presencia de inseguridades, angustia y falta de decisión hacia el sentido de vida. La persona no tiene en claro que es lo que desea en su vida o no descubre un propósito. Se sienten insatisfechos con su vida, debido a que la persona no descubre que es lo que quiere, pueden existir razones para no vivir.

FICHA TÉCNICA

Datos generales

Nombre:	Escala de Ideación Suicida de Beck
Autores:	Beck, Kovacs y Weissman (1979)
País de procedencia:	Estados Unidos
Adaptación peruana:	Eugenio y Zelada (2011)
Objetivo:	Evaluar y cuantificar la intención suicida o el grado de intensidad con la que una persona manifiesta ideas de querer morir.
Administración:	Individual o colectiva.
Niveles de aplicación:	
Tiempo de aplicación:	10 a 15 minutos
Ámbito de aplicación:	Psicología clínica, Comunitaria y Psiquiatría.

Validez

Alanocca (2018) validó el contenido de la Escala de Ideación Suicida mediante el coeficiente V de Aiken, a través de los valores asignados por los jueces expertos, el valor

de validez obtenido fue de 0.85, lo cual representa una elevada validez del instrumento (como se citó en Bustamante y Carrillo, 2021).

Confiabilidad

Eugenio y Zelada (2011) adaptaron y analizaron las propiedades psicométricas del instrumento. Respecto a la consistencia interna de la escala total obtuvieron un *Alfa de Cronbach* de 0.79, lo que implica que el cuestionario es confiable. Asimismo, de manera específica, en la dimensión de actitud hacia la vida y la muerte obtuvieron un alfa de 0.81; en la dimensión de pensamiento un alfa igual 0.78; en la dimensión de proyecto o de intento suicida un alfa de 0.72 y; por último, la dimensión de desesperanza con un alfa de 0.88 (como se citó en Bustamante y Carrillo, 2021).

Descripción de las investigadoras en la adaptación y validación del instrumento de la escala de Ideación suicida

Validez: Las investigadoras del presente estudio adaptaron el instrumento y lo validaron en base a 5 jueces de experto, entre ellos 4 psicólogos y 1 psiquiatra que han sido especialista en el tema se ha desarrollado en el año 2022, donde el coeficiente de V de Aken obtenido es de 0.977 que indica una validez muy alta

Confiabilidad:

En la prueba piloto de la investigación actual con 24 pacientes que consumen sustancia psicoactiva el alfa de cronbach fue de 0.914 y en la muestra oficial con un total de 84 pacientes el alfa de cronbach fue de 0.917 en ambos casos indica una confiabilidad muy alta.

Descripción del instrumento:

La Escala de Ideación Suicida está conformada por 18 ítems, con respuestas de tipo Likert de 3 opciones, las cuáles se puntúan desde una escala del 0 al 2. La escala está conformada por 4 partes, la primera evalúa la actitud hacia la vida y la muerte, y está conformada por

los 5 primeros ítems; la segunda parte evalúa las características de los pensamientos o deseos suicidas y está compuesta por los 6 ítems siguientes; la tercera parte evalúa las características del proyecto suicida y consta de 4 ítems y; por último, la cuarta parte evalúa la actualización del intento o desesperanza, conformado por los 3 ítems últimos.

Puntaje y calificación:

La persona evaluada, tiene tres alternativas ante cada ítem, con una escala de puntuación 0 a 2. Una vez respondidas las 18 preguntas se suma los valores asignados (0-2) por la persona, y se obtiene un puntaje por cada dimensión, el puntaje puede estar dentro de 3 niveles: Bajo, Medio y Alto. Luego, la puntuación total se obtiene sumando el puntaje de cada dimensión, siendo el puntaje máximo de 36. Los niveles de ideación suicida según el puntaje son: de 18 a 23, Bajo; de 24 a 29, Medio; y de 30 a 36, Alto.

Interpretación

Los niveles de ideación suicida según el puntaje obtenido son los siguientes:

Niveles	Actitud hacia la vida/muerte	Pensamientos / Deseos suicidas	Proyecto de intento suicida	Actualización del intento o desesperanza	Escala total de Ideación Suicida
Bajo	1-4	1-5	1-3	1-2	1-17
Medio	5-8	6-8	4-5	3-4	18-30
Alto	9-10	9-12	6-8	5-6	31-36

2.4. Aspectos éticos

Previo aplicación de los instrumentos a los integrantes del centro de Rehabilitación, se dio una reunión con el director para explicarle los objetivos de la investigación, así mismo se le presentó la ficha de consentimiento informado para indicarle a los pacientes los objetivos de la investigación y firmen de forma voluntaria el consentimiento informado, manteniendo la confidencialidad de sus datos personales. Es importante mencionar que todos los pacientes

han sido considerados en el estudio de investigación teniendo en cuenta riesgos y factores positivos.

2.5. Equipos y materiales

En esta investigación se utilizará el programa Excel y el software SPSS, versión 26 para el análisis estadístico de los datos y obtener los gráficos (tablas y figuras) de ambas variables, el sentido de vida y la ideación suicida, así mismo analizar las diferencias significativas.

CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

3.1. Resultados en tablas y gráficos

3.1.1 Resultados en relación al objetivo general

Tabla 1.

Correlación entre el sentido de vida y la ideación suicida en la muestra general y según factor sexo, etapa de desarrollo y tipo de sustancia psicoactiva en pacientes de un CRA

				Ideación suicida
Rho de Spearman	General	Sentido de vida	Coeficiente de Correlación	-.246*
			Sig. (bilateral)	.024
			N	84
	Sexo	Masculino	Coeficiente de Correlación	-.173
			Sig. (bilateral)	.149
			N	71
		Femenino	Coeficiente de Correlación	-.618*
			Sig. (bilateral)	.024
			N	13
	Etapa de desarrollo	Adolescentes	Coeficiente de Correlación	-.605*
			Sig. (bilateral)	.028
			N	13
		Jóvenes	Coeficiente de Correlación	-.201
			Sig. (bilateral)	.170
			N	48
		Adultos	Coeficiente de Correlación	-.233
			Sig. (bilateral)	.297
			N	22
	Tipo de sustancia psicoactiva	Alcohol	Coeficiente de Correlación	-.341
			Sig. (bilateral)	.214
			N	15
		Marihuana	Coeficiente de Correlación	-.545*
			Sig. (bilateral)	.013
			N	20
		PBC	Coeficiente de Correlación	.086
			Sig. (bilateral)	.683
			N	25
		Diversas sustancias	Coeficiente de Correlación	-.180
			Sig. (bilateral)	.460
			N	19

Nota. *. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 1, se muestra los resultados de acuerdo al objetivo general, tomando en cuenta la totalidad de la muestra, la relación encontrada entre el sentido de vida y la ideación suicida es significativa ($\text{Sig.} < 0,05$); sin embargo, el coeficiente de correlación es $-0,246$, indicando una relación inversa y en grado muy débil. A su vez, analizando el objetivo en base a otros factores, las variables se relacionan de manera significativa ($\text{Sig.} < 0,05$), inversa y con una fuerza de relación media sólo en los siguientes grupos: según sexo sólo se evidencia en las mujeres ($\text{Rho} = -0,618$), según la etapa de desarrollo de los participantes sólo se presenta en adolescentes ($\text{Rho} = -0,605$) y según el tipo de sustancia psicoactiva, sólo se muestra en los pacientes consumidores de marihuana ($\text{Rho} = -0,545$). Tómese en cuenta que no se ha considerado el análisis en los adultos mayores puesto que sólo se ha evaluado un paciente con esta etapa de desarrollo; asimismo, tampoco se analizó la relación en el grupo que consume tabaco y cocaína debido a que sólo se han evaluado a cinco individuos que consumen dichas sustancias.

3.1.2 Resultados en relación al primer objetivo específico

Tabla 2.

Nivel de sentido de vida en los pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones

	f	%
Búsqueda del sentido vital	15	17,9%
Medio sentido vital	32	38,1%
Alto sentido vital	24	28,6%
Plenitud del sentido	13	15,5%
Total	84	100%

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 2, se puede observar que de los 84 pacientes que consumen sustancias psicoactivas, el 38,1% se encuentran en un nivel medio de sentido vital, el 28,6% se encuentran en un nivel alto, el 17,9% se encuentra aún en la búsqueda del sentido vital y, el 15,5% han logrado una plenitud del sentido.

Tabla 3.

Nivel de sentido de vida según factores de edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA

Edad							Sexo		Tipo de sustancia psicoactiva						
Ad. Jov. Adu. AM.							M	F	Alco.	Tab.	Marih.	PBC	Coca.	Div. S.	
Sentido de vida	Búsqueda del sentido vital	f	4	5	6	0	14	1	4	0	2	6	1	2	
		%	30,8%	10,4%	27,3%	0,0%	19,7%	7,7%	26,7%	0,0%	10,0%	24,0%	50,0%	10,5%	
	Medio sentido vital	f	3	19	10	0	29	3	3	3	7	10	1	8	
		%	23,1%	39,6%	45,5%	0,0%	40,8%	23,1%	20,0%	100,0%	35,0%	40,0%	50,0%	42,1%	
	Alto sentido vital	f	5	12	6	1	19	5	6	0	4	7	0	7	
		%	38,5%	25,0%	27,3%	100,0%	26,8%	38,5%	40,0%	0,0%	20,0%	28,0%	0,0%	36,8%	
	Plenitud del sentido	f	1	12	0	0	9	4	2	0	7	2	0	2	
		%	7,7%	25,0%	0,0%	0,0%	12,7%	30,8%	13,3%	0,0%	35,0%	8,0%	0,0%	10,5%	

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje, Adol.= Adolescentes, Jov.= Jóvenes, Adul.= Adultos, Adul. M.= Adulto Mayor, M=Masculino, F=Femenino, Alco.=Alcohol, Tab.= Tabaco, Marih.=Marihuana, Coca.= Cocaína, Div. S.= Diversas sustancias

En la tabla 3, se muestra los niveles de sentido de vida según factores. Teniendo en cuenta las etapas de desarrollo, lo que más prevalece del total de adolescentes es el nivel alto de sentido vital, con un 38,5%; en cambio en los jóvenes y adultos, resalta el nivel medio de sentido vital con un 39,6% y un 45,5% respectivamente. Respecto al sexo, en los varones prevalece el nivel medio de sentido vital con un 40,8%, en cambio en las mujeres predomina el nivel alto de sentido vital, con el porcentaje de 38,5%. Según las sustancias psicoactivas, se aprecia que, en el consumo de alcohol, predomina el nivel alto sentido vital, con un 40%; asimismo, en el consumo de marihuana algunos pacientes se caracterizan por presentar plenitud de sentido y otros por tener un nivel medio, ambos con el mismo porcentaje de 35%; a diferencia del consumo de pasta básica de cocaína y diversas sustancias, en la que los pacientes presentan nivel medio de sentido de vida con un 40% y un 42,1% respectivamente.

Tabla 4.

Nivel de las dimensiones percepción de sentido de vida y vivencia del sentido de vida en los pacientes de un CRA

		f	%
Percepción del sentido de vida	Búsqueda	15	17.9
	Nivel medio	28	33.3
	Alta	17	20.2
	Plenitud	24	28.6
	Total	84	100.0
Vivencia del sentido de vida	Búsqueda	17	20.2
	Nivel medio	42	50.0
	Alta	16	19.0
	Plenitud	9	10.7
	Total	84	100.0

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 4, se presenta los resultados de las dos dimensiones del sentido de vida donde se obtiene que, tanto la percepción de sentido de vida como la vivencia del sentido de vida se encuentran en un nivel medio predominante, siendo representados por un 33.3% y un 50% respectivamente, que equivale a 15 y 42 pacientes. En los niveles restantes, en las dos dimensiones se obtuvo un puntaje menor del 40% tanto en búsqueda, nivel alto y plenitud del sentido.

Tabla 5.

Nivel de la dimensión de percepción de sentido de vida según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA

		Edad				Sexo		Tipo de sustancia psicoactiva						
		Ado l.	Jóv.	Adu l.	Adul. M.	M	F	Alc o.	Tab.	Mari h.	PBC	Coca .	Div. S.	
Percepc ión de sentido de vida	Búsqu eda	f	4	4	7	0	13	2	4	0	2	6	0	3
		%	30,8 %	8,3 %	31,8 %	0,0%	18,3 %	15,4 %	26,7 %	0,0 %	10,0 %	24,0 %	0,0%	15,8 %
	Nivel medio	f	2	17	9	0	25	3	3	2	6	10	2	5
		%	15,4 %	35,4 %	40,9 %	0,0%	35,2 %	23,1 %	20,0 %	66,7 %	30,0 %	40,0 %	100,0 %	26,3 %
	Alta	f	5	9	3	0	15	2	2	1	3	7	0	4
		%	38,5 %	18,8 %	13,6 %	0,0%	21,1 %	15,4 %	13,3 %	33,3 %	15,0 %	28,0 %	0,0%	21,1 %
	Plenitu d	f	2	18	3	1	18	6	6	0	9	2	0	7
		%	15,4 %	37,5 %	13,6 %	100,0 %	25,4 %	46,2 %	40,0 %	0,0 %	45,0 %	8,0 %	0,0%	36,8 %

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje, Adol.= Adolescentes, Jov.= Jóvenes, Adul.= Adultos, Adul. M.= Adulto Mayor, M=Masculino, F=Femenino, Alco.=Alcohol, Tab.= Tabaco, Marih.=Marihuana, Coca.= Cocaína, Div. S.= Diversas sustancias

En la tabla 5, se observa los niveles de la dimensión de percepción de sentido de vida en base a factores. Según etapa de desarrollo, lo que predomina de los adolescentes es la alta percepción de sentido de vida con un 38,5%, en los jóvenes resalta el nivel de plenitud con el 37,5 % y, con respecto a los adultos prevalece el nivel medio con un 40,9 %. Con respecto al sexo, en el caso de los varones lo que más prevalece es el nivel medio con un 35,2% y en las mujeres es el nivel de plenitud con un 46.2%. En base al consumo de sustancias psicoactivas, se puede observar que, en la mayoría prevalece el nivel de plenitud, tanto en el consumo de alcohol, marihuana y diversas sustancias, con porcentajes de 40%, 45% y 36,8% respectivamente; en cambio, solo en el consumo de pasta básica de cocaína predomina el nivel medio con un 40%.

Tabla 6.

Nivel de la dimensión de vivencia del sentido de vida según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA

		Edad				Sexo		Tipo de sustancia psicoactiva						
		Ado l.	Jóv.	Adu l.	Adul. M.	M	F	Alco .	Tab.	Mari h.	PBC	Coc a.	Div. S.	
Viven cia del sentid o de vida	Búsqu eda	f	4	7	6	0	15	2	0	1	5	5	1	5
		%	30,8 %	14,6 %	27,3 %	0,0%	21,1 %	15,4 %	0,0 %	33,3 %	25,0 %	20,0 %	50,0 %	26,3 %
	Nivel medio	f	3	27	11	1	34	8	9	2	9	11	1	10
		%	23,1 %	56,3 %	50,0 %	100,0 %	47,9 %	61,5 %	60,0 %	66,7 %	45,0 %	44,0 %	50,0 %	52,6 %
	Alta	f	2	10	4	0	15	1	2	0	4	7	0	3
		%	15,4 %	20,8 %	18,2 %	0,0%	21,1 %	7,7 %	13,3 %	0,0 %	20,0 %	28,0 %	0,0 %	15,8 %
	Plenitu d	f	4	4	1	0	7	2	4	0	2	2	0	1
		%	30,8 %	8,3 %	4,5 %	0,0%	9,9 %	15,4 %	26,7 %	0,0 %	10,0 %	8,0 %	0,0 %	5,3 %

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje, Adol.= Adolescentes, Jov.= Jóvenes, Adul.= Adultos, Adul. M.= Adulto Mayor, M=Masculino, F=Femenino, Alco.=Alcohol, Tab.= Tabaco, Marih.=Marihuana, Coca.= Cocaína, Div. S.= Diversas sustancias

En la tabla 6 se observa los niveles de la dimensión de vivencia del sentido según factores.

En el grupo etario, los niveles que más resalta son: en el caso de los adolescentes hay una igualdad tanto en la búsqueda de sentido como en la plenitud, representado por un 30,8% en ambos casos y, en los jóvenes y adultos resalta el nivel medio con el 56,3% y 50% respectivamente. Según el factor de sexo, tanto en varones como en mujeres lo que más resalta es el nivel medio, con un porcentaje de 47,9% y 61,5% respectivamente. En el tipo de sustancia psicoactiva, lo que predomina es el nivel medio en los pacientes que han consumido alcohol, marihuana, pasta básica de cocaína y diversas sustancias con porcentajes de 60%, 45%, 44% y 52,6% respectivamente.

3.1.3 Resultados en relación al segundo objetivo específico

Tabla 7.

Nivel de ideación suicida en los pacientes de un centro de Rehabilitación de Adicciones

		f	%
Ideación suicida	No presenta	54	64,3%
	Bajo	28	33,3%
	Medio	2	2,4%
	Total	84	100%

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 7, se puede observar la distribución de los niveles de ideación suicida que presentan los pacientes drogodependientes, en la cual, más de la mitad de la muestra se caracterizan por no presentar ideas o deseos suicidas, siendo representado por un 64,3%, equivalente a 54 pacientes; asimismo, se observa un porcentaje menor, pero no menos importante de 33,3%, es decir 28 personas que presentan un nivel bajo; finalmente, un 2,4% que es igual a 2 pacientes, presentan un nivel medio de ideación suicida.

Tabla 8.

Nivel de ideación suicida según factores de etapas de desarrollo, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.

			Edad				Sexo		Tipo de sustancia psicoactiva					
			Adol.	Jóv.	Adul.	Adul. M.	M	F	Alco.	Tab.	Marih.	PBC	Coca.	Div. S.
Ideación suicida	No presenta	f	7	31	15	1	45	9	10	3	13	16	1	11
		%	53,8	64,6	68,2	100,0	63,4	69,2	66,7	100,0	65,0	64,0	50,0	57,9
	Bajo	f	6	15	7	0	24	4	5	0	7	9	1	6
		%	46,2	31,3	31,8	0,0%	33,8	30,8	33,3	0,0%	35,0	36,0	50,0	31,6
	Medio	f	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
		%	0,0	4,2	0,0	0,0%	2,8	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0	10,5

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje, Adol.= Adolescentes, Jov.= Jóvenes, Adul.= Adultos, Adul. M.= Adulto Mayor, M=Masculino, F=Femenino, Alco.=Alcohol, Tab.= Tabaco, Marih.=Marihuana, Coca.= Cocaína, Div. S.= Diversas sustancias

En la tabla 8, se muestra el nivel de ideación suicida en base a diferentes categorías. Se obtuvo que, tanto en base a etapas de desarrollo, sexo y consumo de sustancias psicoactivas prevalece la no presencia de ideas suicidas con porcentajes que superan la mitad, en el caso de los adolescentes, jóvenes y adultos se representa por un 53,8%, 64,6% y 68,2% respectivamente; igualmente, en las mujeres y varones se representa con un 63,4% y 69,2% respectivamente; asimismo, más de la cuarta parte en hombres como mujeres presentan un nivel medio de ideación suicida, con mayor tendencia en los varones; finalmente, en el consumo de sustancias psicoactivas se obtuvo que: en el consumo de alcohol está representado por 66,7%, la marihuana con un 65%, pasta básica de cocaína con 64% y en la combinación de diversas sustancias con un 57,9%.

Tabla 9.

Nivel de las dimensiones de ideación suicida en los pacientes de un CRA.

		f	%
Actitud hacia la vida y la muerte	No presenta	60	71.4
	Bajo	22	26.2
	Medio	2	2.4
	Total	84	100.0
Pensamientos o deseos suicidas	No presenta	62	73.8
	Bajo	16	19.0
	Medio	4	4.8
	Alto	2	2.4
Proyecto de intento suicida	Total	84	100.0
	No presenta	67	79.8
	Bajo	9	10.7
	Medio	7	8.3
Actualización del intento o desesperanza	Alto	1	1.2
	Total	84	100.0
	No presenta	69	82.1
	Bajo	9	10.7
	Medio	6	7.1
	Total	84	100.0

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 9, se puede observar que del total de la muestra (84 pacientes) lo que más prevalece es la ausencia de las cuatro dimensiones de la ideación suicida en los pacientes, con un porcentaje mayor del 70% en cada una de ellas, lo cual implica una cantidad igual o mayor a 60 pacientes, quienes no presentan algún indicador de ideación suicida. Sin embargo, de los pacientes que sí presentan algún indicio de la presencia de la ideación suicida, lo que más resalta es un 26,2% (22 pacientes), quienes presentan un nivel bajo de actitud hacia la vida y la muerte; así como, un 19% (16 pacientes) que presentan un nivel bajo de pensamientos o deseos suicidas; finalmente, un 8,3% (7 pacientes) presentan un nivel medio de proyecto o planeación de la ideación suicida.

Tabla 10.

Nivel de la dimensión de actitud hacia la vida y la muerte según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA

		Edad				Sexo		Tipo de sustancia psicoactiva						
			Adol.	Jóv.	Adul.	Adul. M.	M	F	Alco.	Tab.	Mari h.	PBC	Coc a.	Div. S.
Actitud hacia la vida y la muerte	No	f	9	34	16	1	51	9	11	3	15	18	1	12
	prese	%	69,2	70,8	72,7	100,0	71,8	69,2	73,3	100,0	75,0	72,0	50,0	63,2
	nta	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	Bajo	f	4	13	5	0	19	3	3	0	5	7	1	6
		%	30,8	27,1	22,7	0,0%	26,8	23,1	20,0	0,0%	25,0	28,0	50,0	31,6
		%	%	%	%		%	%	%		%	%	%	%
	Medi	f	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1
	o	%	0,0	2,1	4,5	0,0%	1,4	7,7	6,7	0,0%	0,0%	0,0	0,0	5,3
		%	%	%	%		%	%	%		0,0%	%	%	%

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje, Adol.= Adolescentes, Jov.= Jóvenes, Adul.= Adultos, Adul. M.= Adulto Mayor, M=Masculino, F=Femenino, Alco.=Alcohol, Tab.= Tabaco, Marih.=Marihuana, Coca.= Cocaína, Div. S.= Diversas sustancias

En la tabla 10, se presenta la distribución de los niveles de la dimensión de actitud hacia la vida y la muerte según factores, de los cuales, tanto en etapa de desarrollo, sexo y tipo de sustancia consumida lo que más predomina es la no presencia de dicha dimensión con porcentajes iguales o mayores al 50%. Sin embargo, en los pacientes que sí presentan destaca

el nivel bajo en todas las categorías, donde resaltan porcentualmente: por etapas de desarrollo, los adolescentes con un 30,1% (4 pacientes); por sexo, los varones con un 26,8% (19 pacientes); y en base al tipo de sustancia psicoactiva, los que consumen pasta básica de cocaína con un 28% (7 pacientes). Es importante resaltar que no se ha tomado en cuenta los resultados del consumo de tabaco y cocaína debido a la cantidad mínima, 5 pacientes en total.

Tabla 11.

Nivel de la dimensión de pensamientos o deseos suicida según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.

		Edad					Sexo		Tipo de sustancia psicoactiva					
		Ado l.	Jóv.	Adu l.	Adul . M.	M	F	Alc o.	Tab.	Mari h.	PB C	Coc a.	Div. S.	
Pensamie ntos o deseos suicidas	No prese nta	f	8	35	18	1	53	9	10	3	15	21	1	12
		%	61,5 %	72,9 %	81,8 %	100, 0%	74,6 %	69,2 %	66,7 %	100, 0%	75,0 %	84,0 %	50,0 %	63,2 %
	Bajo	f	5	9	2	0	12	4	4	0	4	4	1	3
		%	38,5 %	18,8 %	9,1 %	0,0%	16,9 %	30,8 %	26,7 %	0,0%	20,0 %	16,0 %	50,0 %	15,8 %
	Medi o	f	0	2	2	0	4	0	1	0	1	0	0	2
		%	0,0 %	4,2 %	9,1 %	0,0%	5,6 %	0,0 %	6,7 %	0,0%	5,0 %	0,0 %	0,0 %	10,5 %
	Alto	f	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
		%	0,0 %	4,2 %	0,0 %	0,0%	2,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,5 %

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje, Adol.= Adolescentes, Jov.= Jóvenes, Adul.= Adultos, Adul. M.= Adulto Mayor, M=Masculino, F=Femenino, Alco.=Alcohol, Tab.= Tabaco, Marih.=Marihuana, Coca.= Cocaína, Div. S.= Diversas sustancias

En la tabla 11, se observa información de los niveles de la presencia de pensamientos o deseos suicidas en base a factores, tanto en etapa de desarrollo, sexo y tipo de sustancia psicoactivas predomina la ausencia de dichos pensamientos con porcentajes significativos mayores al 50%; no obstante, de los que, si presentan, resaltan el nivel bajo en todas las categorías, en los adolescentes con un 38,5%, en las mujeres con 30,8% y en el consumo de sustancias, resalta el consumo de alcohol con 26,7%. Es importante resaltar que no se ha

tomado en cuenta los resultados del consumo de tabaco y cocaína debido a la cantidad mínima, 5 pacientes en total.

Tabla 12.

Nivel de la dimensión de proyecto de intento de suicidio según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.

			Edad				Sexo		Tipo de sustancia psicoactiva					
			Ado l.	Jóv.	Adu l.	Adul. M.	M	F	Alco .	Tab.	Mari h.	PBC	Coca.	Div. S.
Proye cto de intent o de suicidi o	No prese nta	f	11	37	18	1	57	10	12	3	16	21	2	13
		%	84,6	77,1	81,8	100,0	80,3	76,9	80,0	100,0	80,0	84,0	100,0	68,4
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
		f	0	7	2	0	7	2	1	0	3	4	0	1
	Bajo	%	0,0	14,6	9,1	0,0%	9,9	15,4	6,7	0,0%	15,0	16,0	0,0%	5,3
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
		f	2	3	2	0	6	1	2	0	1	0	0	4
	Medi o	%	15,4	6,3	9,1	0,0%	8,5	7,7	13,3	0,0%	5,0	0,0	0,0%	21,1
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
		f	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	%	0,0	2,1	0,0	0,0%	1,4	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	5,3	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje, Adol.= Adolescentes, Jov.= Jóvenes, Adul.= Adultos, Adul. M.= Adulto Mayor, M=Masculino, F=Femenino, Alco.=Alcohol, Tab.= Tabaco, Marih.=Marihuana, Coca.= Cocaína, Div. S.= Diversas sustancias

En la tabla 12, se presenta la distribución de los niveles del proyecto o planeación del intento según factores de edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva. El nivel que predomina es la ausencia de la planeación del suicidio con porcentajes mayores de 65%; sin embargo, de los pacientes que sí presentan, en la etapa de desarrollo resalta los adolescentes con un 15,4% en el nivel medio, respecto al sexo, predominan las mujeres con un 15,4% en el nivel bajo y, en el consumo de sustancias psicoactivas, predominan las personas que mezclan diversas sustancias con un 21,1% en un nivel medio de proyecto de intento suicida. Es importante resaltar que no se ha tomado en cuenta los resultados del consumo de tabaco y cocaína debido a la cantidad mínima, 5 pacientes en total.

Tabla 13.

Nivel de la dimensión de actualización del intento o desesperanza según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes en un CRA.

		Edad				Sexo		Tipo de sustancia psicoactiva						
			Ado l.	Jóv.	Adu l.	Adul . M.	M	F	Alc o.	Tab.	Mari h.	PB C	Coc a.	Div. S.
Actualiza ción del intento o desespera nza	No	f	11	38	19	1	59	10	13	3	16	23	1	13
	prese nta	%	84,6 %	79,2 %	86,4 %	100, 0%	83,1 %	76,9 %	86,7 %	100, 0%	80,0 %	92,0 %	50,0 %	68,4 %
	Bajo	f	2	5	2	0	7	2	2	0	2	1	1	3
		%	15,4 %	10,4 %	9,1 %	0,0%	9,9 %	15,4 %	13,3 %	0,0%	10,0 %	4,0 %	50,0 %	15,8 %
	Medi o	f	0	5	1	0	5	1	0	0	2	1	0	3
		%	0,0 %	10,4 %	4,5 %	0,0%	7,0 %	7,7 %	0,0 %	0,0%	10,0 %	4,0 %	0,0 %	15,8 %

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje, Adol.= Adolescentes, Jov.= Jóvenes, Adul.= Adultos, Adul. M.= Adulto Mayor, M=Masculino, F=Femenino, Alco.=Alcohol, Tab.= Tabaco, Marih.=Marihuana, Coca.= Cocaína, Div. S.= Diversas sustancias

En la tabla 13, se observa la información de los niveles de la actualización del intento o desesperanza según factores de edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva. Lo que predomina es la no presencia de dicha dimensión en los pacientes evaluados. No obstante, en los pacientes que sí presentan, lo que sobresalen en las etapas de desarrollo son los adolescentes con un 15,4% que representa el nivel bajo; en la categoría de sexo, lo que predomina es el nivel bajo en las mujeres con un 15,4% y, en el consumo de sustancias resalta la mezcla de diversas sustancias con un 15,8% en el nivel medio. Es importante resaltar que no se ha tomado en cuenta los resultados del consumo de tabaco y cocaína debido a la cantidad mínima, 5 pacientes en total.

3.1.4 Resultado en relación al tercer objetivo específico

Tabla 14.

Correlación entre el sentido de vida y las dimensiones de la ideación suicida en los pacientes de un CRA

			Actitud hacia la vida y la muerte	Pensamientos o deseos suicidas	Proyecto de intento de suicidio	Actualización del intento o desesperanza
Rho de Spearman	Sentido de vida	Coefficiente de correlación	-,183	-,220*	-,168	-,153
		Sig. (bilateral)	,097	,045	,127	,165
		N	84	84	84	84

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 14 se muestra la relación entre el sentido de vida y las dimensiones de la ideación suicida, en la que se observa que solo existe correlación entre el sentido de vida y la dimensión de pensamientos o deseos suicidas, donde la relación es inversa y significativa (Sig. < 0,05); sin embargo, el grado de correlación es muy débil.

Tabla 15.

Correlación entre el sentido de vida y las dimensiones de la ideación suicida, según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.

				Actitud hacia la vida y la muerte	Pensamientos o deseos suicidas	Proyecto de intento de suicidio	Actualización del intento o desesperanza
Edad	Adolescentes	Sentido de vida	Rho de Spearman	-,306	-,584*	-,286	-,263
			Sig. (bilateral)	,310	,036	,343	,385
			N	13	13	13	13
	Jóvenes	Sentido de vida	Rho de Spearman	-,222	-,095	-,142	-,190
			Sig. (bilateral)	,130	,522	,336	,196
			N	48	48	48	48
	Adultos	Sentido de vida	Rho de Spearman	-,089	-,334	-,230	-,097
			Sig. (bilateral)	,694	,128	,304	,667
			N	22	22	22	22
Sexo	Masculino	Sentido de vida	Rho de Spearman	-,096	-,149	-,121	-,104
			Sig. (bilateral)	,424	,214	,315	,389
			N	71	71	71	71
	Femenino	Sentido de vida	Rho de Spearman	-,637*	-,604*	-,402	-,425
			Sig. (bilateral)	,019	,029	,173	,148
			N	13	13	13	13
Tipo de sustancia psicoactiva	Alcohol	Sentido de vida	Rho de Spearman	-,106	-,379	-,439	-,228
			Sig. (bilateral)	,706	,163	,101	,414
			N	15	15	15	15
	Marihuana	Sentido de vida	Rho de Spearman	-,370	-,426	-,509*	-,417
			Sig. (bilateral)	,108	,061	,022	,067
			N	20	20	20	20
	PBC	Sentido de vida	Rho de Spearman	,041	,119	,242	,152
			Sig. (bilateral)	,847	,571	,243	,470
			N	25	25	25	25
	Diversas sustancias	Sentido de vida	Rho de Spearman	-,268	-,230	-,145	-,157
			Sig. (bilateral)	,268	,344	,553	,521
			N	19	19	19	19

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 15 se presenta la correlación entre el sentido de vida y las dimensiones de la ideación suicida, según etapas de desarrollo, sexo y tipo de sustancias psicoactivas consumidas. En relación con la etapa de desarrollo, solo en los adolescentes existe una correlación significativa (Sig.<0,05), inversa y de grado medio ($Rho=-0,584$) entre el sentido de vida y la dimensión de pensamientos o deseos suicidas. Según el sexo, se observa una correlación significativa (Sig.<0,05), inversa y de grado medio entre el sentido de vida con las dimensiones de actitud hacia la vida y la muerte y, pensamientos o deseos suicidas, siendo el $Rho -0,637$ y $-0,604$ respectivamente. De acuerdo al tipo de sustancia psicoactiva consumida, se evidencia una relación significativa, inversa y también de grado medio entre el sentido de vida y proyecto de intento suicida en las pacientes que consumen marihuana, con un Rho de $-0,509$. Cabe resaltar, en cuanto al análisis que no se ha considerado la etapa de adulto mayor y las sustancias de tabaco y cocaína, debido a que la cantidad de pacientes ha sido muy reducida (solo 6 personas en total).

3.1.5 Resultado en relación al cuarto objetivo específico

Tabla 16.

Correlación entre la ideación suicida y las dimensiones del sentido de vida en los pacientes de un CRA.

			Percepción de sentido de vida	Vivencia del sentido de vida
Rho de Spearman	Ideación suicida	Coefficiente de correlación	-,247*	,005
		Sig. (bilateral)	,023	,963
		N	84	84

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 16 se observa la correlación entre la variable ideación suicida con las dimensiones del sentido de vida, en la que solo se observa una correlación significativa (Sig.<0,05) con la dimensión percepción de sentido de vida; no obstante, el coeficiente de correlación de Spearman (-0,247) indica un grado de relación muy débil, no siendo un valor suficiente para aceptar dicha correlación.

Tabla 17.

Correlación entre ideación suicida y las dimensiones del sentido de vida según edad, sexo y tipo de sustancia psicoactiva en los pacientes de un CRA.

				Percepción de sentido de vida	Vivencia del sentido de vida
Edad	Adolescentes	Ideación suicida	Rho de Spearman	-,462	-,241
			Sig. (bilateral)	,112	,428
			N	13	13
	Jóvenes	Ideación suicida	Rho de Spearman	-,223	,031
			Sig. (bilateral)	,128	,833
			N	48	48
	Adultos	Ideación suicida	Rho de Spearman	-,339	,084
			Sig. (bilateral)	,122	,709
			N	22	22
Sexo	Masculino	Ideación suicida	Rho de Spearman	-,150	,059
			Sig. (bilateral)	,213	,623
			N	71	71
	Femenino	Ideación suicida	Rho de Spearman	-,702**	-,321
			Sig. (bilateral)	,007	,285
			N	13	13
Tipo de sustancia psicoactiva	Alcohol	Ideación suicida	Rho de Spearman	-,392	-,142
			Sig. (bilateral)	,148	,613
			N	15	15
	Marihuana	Ideación suicida	Rho de Spearman	-,576**	-,049
			Sig. (bilateral)	,008	,838
			N	20	20
	PBC	Ideación suicida	Rho de Spearman	,130	,327
			Sig. (bilateral)	,535	,111
			N	25	25

Diversas sustancias	Ideación suicida	Rho de Spearman Sig. (bilateral) N	-,162 ,506 19	-,161 ,510 19
------------------------	---------------------	---	---------------------	---------------------

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 17 se observa la correlación entre ideación suicida y las dimensiones del sentido de vida en base al sexo, etapa de desarrollo y tipo de sustancia psicoactiva consumida. Se obtuvo que, en ninguna de las etapas de desarrollo existe relación de la ideación suicida con las dimensiones del sentido de vida. De acuerdo al sexo, en el caso de las mujeres se presenta una relación muy significativa (Sig.<0.01), inversa, negativa y de grado medio (Rho= -0,702) entre la ideación suicida y la percepción de sentido de vida. De igual manera, de acuerdo a tipo sustancia psicoactiva consumida, sólo en las personas que consumen marihuana, la ideación suicida se correlaciona significativamente (Sig.<0,01), de manera inversa y en grado medio (Rho= -0,576) con la percepción de sentido de vida. Cabe resaltar, en cuanto al análisis que no se ha considerado la etapa de adulto mayor y las sustancias de tabaco y cocaína, debido a que la cantidad de pacientes ha sido muy reducida (solo 6 personas en total).

3.2. Discusión

En la presente investigación se tuvo como unidades de análisis a 84 pacientes drogodependientes, quienes en la actualidad se encuentran en un centro de rehabilitación de la ciudad de Chiclayo, encontrándose en edades que oscilan entre 16 a 64 años de edad en ambos sexos masculino y femenino. Para obtener la información se han utilizado instrumentos de recolección de datos confiables y válidos, que brindan seguridad y fiabilidad en los resultados obtenidos, los cuales son: la Escala Dimensional del Sentido de Vida y la Escala de Ideación Suicida. De acuerdo a la confiabilidad, en la Escala Dimensional del Sentido de Vida se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.773, que implica una confiabilidad alta y en el caso de la Escala de Ideación Suicida el Alfa de Cronbach obtenido fue de 0.917, que implica una confiabilidad muy alta, lo descrito es un indicador de que los resultados son

consistentes. En el caso de la validez, la Escala Dimensional del Sentido de Vida fue sometida al criterio de jueces expertos, obteniendo un coeficiente de V de Aiken 0.995, connotando una validez muy alta, la misma que ha sido adaptada en la ciudad de Jaén por Becerra y Chafloque (2021); asimismo, la Escala de Ideación Suicida también ha sido adaptada y validada por cinco jueces expertos, entre ellos cuatro licenciados en psicología y un psiquiatra, obteniendo un coeficiente de V de Aiken de 0.977, que implica una validez muy alta.

Por otro lado, la principal limitación encontrada en la investigación ha sido el tamaño de la muestra, siendo esta reducida debido a dos factores principales: en primer lugar, la condición de cada paciente internado, muchos de ellos han presentado problemas de salud mental que no ha implicado una conducta adictiva; por ejemplo, pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide, problemas de conducta y dificultades en lectoescritura; además, la evaluación de los pacientes ha sido complicada por los síntomas de la propia adicción; algunos se encontraban indispuestos por estar en su fase de abstinencia, es por ello que fueron excluidos; el segundo factor, es el acceso a los centros de rehabilitación, el cual es complicado debido a procesos burocráticos.

Los resultados obtenidos en la investigación no se pueden generalizar a nivel internacional, nacional o local, debido al muestreo utilizado, el cual fue no probabilístico de tipo intencional y la cantidad de la muestra fueron 84 pacientes; sin embargo, los resultados se pueden utilizar como referencia o antecedentes en otras investigaciones posteriores, puesto que reflejan una parte de la realidad, así como, facilitar la promoción, prevención e intervención a través de la toma de acciones o establecimiento de estrategias en el tratamiento psicoterapéutico para las personas que tienen problemas con el consumo de sustancias psicoactivas.

El propósito principal de la presente investigación fue analizar la relación que existe entre el sentido de vida e ideación suicida, específicamente en pacientes drogodependientes, donde en base a los resultados se encuentra que existe una relación inversa y de grado muy débil entre el sentido de vida y la ideación suicida, con un coeficiente de Spearman de -0.246, lo cual significa que no es suficiente el resultado para aceptar el grado de influencia entre ambas variables y con ello la interrelación, lo cual lleva a indagar qué factores pueden interferir para que se produzca la relación con un grado mayor.

En base a los resultados, se observa que los pacientes que presentan indicadores de ideación suicida son pocos, de los cuales un porcentaje pequeño presentan nivel bajo de ideación suicida, lo cual significa que, los pacientes que presentan nivel alto o plenitud de sentido, tienden a tener un mayor autocontrol de sí mismo, regulando las ideas suicidas. En el caso de los pacientes que presentan nivel medio o búsqueda de sentido de vida, se caracterizan por presentar vacíos existenciales; es decir, falta de sentido, apatía, problemas de adicción, baja autoestima, desinterés falta de motivación e incluso problemas mentales e intentos suicidas, lo que significa que las personas que se encuentren en la búsqueda de sentido no necesariamente van a desear morir, sino que el vacío existencial se ve reflejado por diversos factores.

En relación al objetivo general, el propósito principal de la presente investigación fue analizar la relación que existe entre el sentido de vida e ideación suicida, específicamente en pacientes drogodependientes, de la cual el resultado general indica la presencia de una relación significativa, inversa y de grado muy débil, no siendo suficiente para aceptar la relación entre las variables (Hernández et al., 2016). Por consiguiente, un factor que puede explicar la correlación muy débil entre las variables de estudio, es el factor biológico que mencionan Vargas y Saavedra (2012) quienes explican que, el desbalance químico del neurotransmisor de serotonina en el sistema nervioso y ciertas características en ciertos

genes, transmitidos genéticamente, pueden hacer propensas a las personas hacia la ideación e intentos suicidas; es decir, al margen que los pacientes presenten o no altos niveles de sentido de vida. Por otro lado, en contraste Bustamante y Carrillo (2021) en su investigación realizada en varones encontraron una correlación negativa y significativa entre ambas variables, con un coeficiente de correlación débil, a diferencia de los presentes resultados; no obstante, se presenta un grado medio de relación entre las variables de estudio en los grupos de mujeres, adolescentes y en quienes consumen marihuana.

En base a los resultados correspondientes al primer objetivo específico, otros investigadores obtuvieron cifras parecidas, tales como: Tejada y Barrios (2021) en su investigación con estudiantes consumidores de alcohol de la ciudad de Arequipa, encontraron que el indicador de percepción y experiencia del sentido de vida está en un nivel medio alto con más del 50%, al igual que la dimensión de metas y valores con un 50%. Asimismo, Campos (2016) en su estudio en pacientes con adicciones encontró niveles altos de sentido de vida, con un porcentaje de 36,1% en la dimensión hedónica de la vida y 35,5% en la dimensión de metas y logros, que indican también un nivel alto.

Una posible explicación a estos niveles medios y altos en el sentido de vida de los pacientes consumidores, está en el enfoque de intervención observado en el centro de rehabilitación (religioso y psicológico), la importancia de dichas intervenciones ayuda en la recuperación de los pacientes adictos, abordando su crecimiento en su desarrollo personal y ámbito espiritual, así lo señala Martínez (2013) quien sostiene que la parte espiritual funciona como un factor de protección para los pacientes que se encuentran en rehabilitación. Asimismo, Rodríguez (2016) apoya esta explicación, señalando tres causas importantes que influyen de manera directa en la religiosidad, por ejemplo: el apoyo mutuo en su comunidad y la parte espiritual. Complementariamente, Mora (2013) establece que actividades como los cultos y alabanzas ayudan en el proceso de recuperación en los pacientes adictos.

Rojas et al. (2013) sostiene que el abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas es una problemática que surge en la etapa de la adolescencia y juventud; sin embargo, en los adolescentes de este estudio prevalece el nivel alto de sentido de vida. Esto podría ser explicado según Arbex (2002) porque los beneficios de realizar una intervención con adolescentes y el acompañamiento que se realiza en el período de rehabilitación ayuda a mejorar su autonomía e individualidad y a que el propio adolescente identifique patrones desadaptativos que hicieron aparecer conductas adictivas, y lo realice de manera saludable, equilibrada, reorientándose en base a sus normas, valores, actitudes vitales, crecimiento personal, proyecto de vida, metas, objetivos y las relaciones familiares y escolares. Sumado a esto Rodriguez et al. (2017) en su investigación de intervención breve dirigida a adolescentes que han iniciado su consumo de alcohol y otras drogas, llegó a la conclusión que la intervención temprana en los adolescentes reduce dificultades que están asociadas al consumo adictivo e incluso inducir al cambio a través de la motivación. Es importante poder asociar otros factores, como la búsqueda de su identidad y de sí mismos, lo cual les ayuda a impulsar sus metas, objetivos y propósitos, por ejemplo, la elección de una carrera, la pertenencia a un grupo, el descubrir sus intereses, aficiones e identidad sexual, lo que hace que se sientan más motivados y les da razones para vivir (De Barbieri, 2005). Lo anteriormente expuesto sustentan los resultados que han sido encontrados en esta investigación.

Respecto al nivel medio de sentido de vida encontrado en jóvenes y adultos, en estas etapas de vida las personas tienen metas, propósitos, objetivos a nivel personal, familiar y profesional que se consolidan; no obstante, también pueden existir periodos de crisis existenciales lo que interfiere en su percepción y vivencia del sentido, lo que causa desgano o pérdida de interés en ciertos momentos de su vida (De Barbieri, 2005; Maceda et al., 2011 e Izquierdo, 2007). En cuanto al sexo, en las mujeres predomina un nivel alto y en los varones

prevalece el nivel medio de sentido de vida; sin embargo, según Paredes (2021) no hay diferencia en el sentido de vida según el sexo, ya que este no es decisivo para construirlo. Asimismo, los resultados obtenidos no se pueden generalizar por el tamaño de la muestra. Es importante mencionar que tanto hombres como mujeres tienen la capacidad de poder encontrar un sentido de vida a través de sus experiencias utilizando la libertad, responsabilidad o cualquier vía para llegar a construirlo (Frankl, 2001).

Los resultados conseguidos para el segundo objetivo específico, demuestran que más de la mitad de los pacientes evaluados no presentan ideación suicida, lo cual podría deberse a que un grupo ha obtenido 44,1% en los niveles alto y plenitud de sentido de vida considerados juntos, ante ello Costanza et al. (2019) defiende que el nivel alto de sentido de vida actúa como un factor protector ante la presencia de ideas y deseos de morir, evitando cometer el acto suicida. Amador et al. (2018) obtuvo resultados similares en usuarios nicaragüenses de diferentes centros de rehabilitación, siendo el 44,4% de pacientes quienes presentaron niveles bajos de riesgo suicida y solo un 11,1% obtuvo un riesgo alto; así mismo Chávez (2020) encontró en pacientes diagnosticadas con depresión que solo el 22,9% representan un nivel alto de riesgo. Añadido a esto, Dávila (2019) obtuvo que más de la mitad no presenta tentativa suicida y solo el 38% de pacientes drogodependientes de la ciudad de Chiclayo presenta ideación suicida. Al respecto, Aquino et al. (2017) establece que el sentido de vida permite mejorar el estado de bienestar psicológico de cada persona. Es decir, orienta a poder construir metas, objetivos y propósitos que, a pesar de las circunstancias, sufrimientos de la persona puede elegir decir “sí” a la vida.

En contraposición, otros investigadores han hallado niveles altos de ideación suicida, tales como, Guardia (2017) en su estudio en internos penitenciarios, quienes en su mayoría habían consumido drogas ilegales antes de haber sido internados, encontró que el 73,3% habían consumido drogas ilegales, de este porcentaje el 51,7% presentaban un nivel alto de ideación

suicida y el 21,67% presentaban un nivel moderado. Además, Campos et al. (2019) en su investigación realizada en estudiantes universitarios colombianos, encontró que el 47,9% presentaba riesgo suicida. Estas cifras encontradas, se pueden explicar por la presencia de vacíos existenciales, tal y como lo indica Barbero (2003) quien considera que la presencia de adicciones es señal de un vacío existencial, donde se implican otras causas, por ejemplo, la falta de valores y pensamientos relacionados a que la vida no tiene sentido, cansancio, angustia y apatía, esto trae como consecuencia que la persona se inicie en un círculo de adicción, dañando su bienestar psicológico y mental. Cañas (2013) tiene una explicación similar, donde manifiesta que el proceso adictivo surge como consecuencia de un abandono existencial.

Por otro lado, en los resultados por sexo, prevalece la no presencia de ideación suicida. Esto podría deberse a que las mujeres se encuentran en un nivel alto de sentido de vida, con un 38,5% y los hombres en un 40,8% se encuentran en un nivel medio de sentido de vida, quiere decir que en ambos casos el sentido de vida podría funcionar como una variable de prevención ante la ideación suicida, puesto que buscan la satisfacción y el crecimiento personal ante situaciones adversas, se ayudan de la resiliencia, desde este punto Sánchez (2014) establece que la resiliencia surge de experiencias de riesgo que son significativas y de factores psicológicos adversos, lo cual le permite a la persona tener un crecimiento personal. En contraposición, otros autores han encontrado diferencias importantes, tales como: Chávez (2020) que obtuvo diferencias entre los hombres y las mujeres en el nivel de ideación suicida, siendo las últimas quienes presentan una mayor prevalencia.

En relación al consumo de sustancias psicoactivas también prevalece la no presencia de ideación suicida, siendo más de la mitad; a diferencia de Chávez (2020) que sostiene que, de los que sí consumen drogas, el 88,9% presentan ideación suicida. En cambio, Amador et al. (2018) obtuvo que el 54,2% presenta un riesgo de suicidio bajo y tienen un consumo

moderado de cannabis sativa y el 50% que presenta un riesgo suicida alto, se encuentra también en un nivel alto de consumo en cannabis sativa.

En cuanto al tercer objetivo específico, se obtuvo que, el sentido de vida solo se relaciona de manera inversa, significativa y con grado muy débil solo con la dimensión de pensamientos o deseos suicidas; es decir, no es suficiente para aceptarse la relación. Esto implica que, se tiene que tener en cuenta el tipo de sustancia psicoactiva que consumen los pacientes, debido a que se producen diferentes efectos a nivel cognitivo, tal y como lo señala López et al. (1995), donde establece que las sustancias que se consumen pueden influir en la aparición de la conducta suicida. Es por ello que, de manera específica, sí existe un grado de correlación media, significativa e inversa entre el sentido de vida y los pensamientos y deseos suicidas solo en adolescentes; en el sexo se da con la dimensión de actitud hacia la vida y la muerte, a la vez que, con los pensamientos o deseos suicidas en las mujeres y, en el caso de los pacientes que consumen marihuana se da con la dimensión de proyecto de intento suicida.

Respecto al cuarto objetivo específico, la correlación entre la ideación suicida con las dimensiones del sentido de vida, solo se obtuvo una relación significativa, inversa, pero de grado muy débil con la percepción de sentido de vida. Específicamente, solo en las mujeres y en las personas que consumen marihuana se presenta una relación inversa, muy significativa y de grado medio entre la ideación suicida y la percepción del sentido de vida. Esto se debe a que, la percepción abarca el aspecto cognitivo del sentido de vida, implica la planificación y orientación de las metas y propósitos de la persona; es decir, ayuda a la persona a enfocarse y ordenar sus objetivos. En base a lo descrito, tanto en las mujeres y en quienes consumen marihuana se puede presentar menor riesgo de ideación suicida solo si su percepción de sentido de vida es alta, debido a que dicho factor ayuda, guía y planifica los propósitos de vida. El consumo de marihuana genera efectos en los pacientes, los cuales son

cambios a nivel de la percepción, provocan un estado de euforia y placer (Ruiz y Prospero, 2014).

En el caso de las mujeres, Barroso (2019) menciona que las diferencias del comportamiento suicida entre mujeres y varones en parte es producto de la socialización y el aprendizaje, puesto que tanto en varones como mujeres hay diferencias en los valores, cualidades, roles y expectativas asignadas socialmente; por ejemplo, las mujeres emplean el suicidio como una forma de escapar del sufrimiento, por estrés laboral, falta de tiempo, entre otros; en cambio, los varones se caracterizan por ser más impulsivos en sus actos, mayormente no reconocen problemas emocionales, familiares, de adicciones, entre otros, y mucho menos buscan ayuda, realizando actos suicidas más dolorosos y letales; es por ello que, las mujeres tienen una mayor tendencia a realizar intentos suicidas fallidos y los varones presentan elevadas cifras de suicidios consumados.

Debido a las diferencias sociales y de roles, las metas y propósitos de vida generan un mayor efecto en las mujeres, tienen un mayor impacto en su vida a diferencia de los varones; por ejemplo, según Lira (2015) las mujeres en diferentes situaciones de su vida familiar tienen motivos y encuentran diferentes factores para vivir; así como; una percepción de sentido de vida propia relacionadas a acciones concisas; además, Castro y Ortiz (2014) sostienen que en las mujeres el sentido de vida está relacionado con su familia, hijos y nietos, esto implica que el valor que representa su familia influyen en su forma de actuar y enfrentar las situaciones diarias; a diferencia, de los varones, quienes en su mayoría están más enfocados en el sostén económico, trabajo y seguridad de la casa. Por tanto, la percepción de vida en las mujeres si puede influir en la presencia de ideas suicidas.

Por lo tanto, en base a la hipótesis de la investigación queda demostrada parcialmente, en tanto el grado de correlación general encontrado entre las dos variables es muy débil y sería un error aceptar tal relación con ese grado a pesar de ser significativo ($p < 0,05$). No obstante,

la aceptación parcial se debe a que, el sentido de vida y la ideación suicida sí guardan una relación significativa y en un grado medio cuando se analiza por ciertas características de la muestra, dándose la relación en las mujeres, adolescentes y en los pacientes que consume marihuana.

CAPITULO IV. CONCLUSIONES

El sentido de vida y la ideación suicida presentan una relación inversa y significativa, pero muy débil. Siendo relevante destacar que se obtiene esta misma relación y con un grado medio en el grupo de mujeres, adolescentes y el grupo de pacientes que consume marihuana, analizados de forma independiente, esto implica que a mayor sentido de vida presenten los grupos mencionados, menores serán los riesgos de presentar ideación suicida.

De manera general y por dimensiones, resaltan los niveles medio y alto de sentido de vida. Según etapas de desarrollo en la mayoría de adolescentes existe un alto sentido de vida, mientras que la mayoría de jóvenes y adultos se encuentran en un nivel medio. Según sexo, en varones prevalece el nivel medio y en las mujeres el nivel alto. Por tipo de sustancia psicoactiva ingerida, en la mayoría de pacientes consumidores resaltan estos niveles: marihuana (medio y plenitud), pasta básica de cocaína y la mezcla de diversas sustancias (medio), alcohol (alto).

De manera general, más de la mitad de pacientes no presenta ideación suicida, de manera similar ocurre en las cuatro dimensiones. Además, considerando las características de los pacientes, tales como: etapas de desarrollo, sexo y tipo de sustancia consumida, sigue prevaleciendo la no presencia de ideas suicidas en cada grupo por separado.

Solo en los adolescentes, hay una relación significativa e inversa de grado medio entre el sentido de vida y la dimensión de pensamientos o deseos suicidas; en las mujeres, se da la relación con la dimensión de actitud hacia la vida y la muerte y; en los pacientes que consumen marihuana, se da con la dimensión de proyecto de intento suicida.

De manera específica, solo en las mujeres y en los pacientes que consumen marihuana existe una relación significativa, inversa y de grado medio entre la ideación suicida y la percepción de sentido de vida.

CAPITULO V: RECOMENDACIONES

Realizar intervenciones terapéuticas individuales y talleres preventivos con los pacientes adolescentes, mujeres y quienes consumen marihuana, donde se trabaje las metas, objetivos, proyecto de vida y la vivencia del sentido con el propósito de fomentar el sentido de vida, a fin de evitar o disminuir la presencia de ideas suicidas.

Realizar intervenciones grupales en base al enfoque Logoterapéutico para el desarrollo de la autoestima con la finalidad de mejorar la toma de decisiones y la seguridad en los pacientes que se encuentran en el proceso de búsqueda de sentido, ya que son variables asociadas al sentido de vida, y son necesarias de incentivar en los pacientes del centro de rehabilitación.

Gestionar alianzas con otras instituciones (DEVIDA, Centros Comunitarios de Salud Mental, entre otras) con el fin de realizar charlas grupales enfocadas en prevención e intervención de conducta suicida, especialmente en los factores de riesgo, factores protectores, para promover el bienestar personal en los pacientes que presenten niveles bajos o medios de ideación suicida en el centro de rehabilitación. Además, sería importante identificar a los pacientes con nivel alto en dos de las dimensiones de la ideación suicida, siendo necesario un seguimiento continuo a sus intervenciones.

Psicoeducar y entrenar a los pacientes del centro de rehabilitación en el manejo de pensamientos suicidas; asimismo, desarrollar en los adolescentes, mujeres y pacientes que

consumen marihuana intervenciones grupales y vivenciales a través de la Logoterapia que les permita conectarse con el dolor, la alegría, lo bueno y lo malo en sus experiencias de la vida, para generar nuevas perspectivas en base al sentido de vida y prevenir la presencia de pensamientos o deseos suicidas.

Realizar el abordaje terapéutico de forma individual en los pacientes del centro de rehabilitación con los siguientes objetivos terapéuticos, por ejemplo, el conocimiento de los valores de sentido de vida, el propósito vital, y la búsqueda de metas y proyectos en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA.

- Ahumada, J., Gámez, M. y Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *ra ximhai*, 13 (2), 13-24.
<https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Alpizar L. (2017). Conductas Autodestructivas y las drogas. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), 256-274.
https://www.researchgate.net/publication/320598497_Conductas_autodestructivas_y_las_drogas
- Amador, D., Salinas, X., y Pérez, C. (2018). Consumo de sustancias psicoactivas y riesgo suicida en usuarios de centros de rehabilitación de adicciones. *Revista Humanismo y Cambio Social*, 11 (5), 38-51.
<https://www.lamjol.info/index.php/HCS/article/view/8733/9917>
- Añaños, N. y Márquez, R. (2014). *Manual para la prevención del consumo de drogas*. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.
<https://www.gob.pe/institucion/devida/informes-publicaciones/3057355-manual-para-la-prevencion-del-consumo-de-drogas>
- Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: Menores y consumos de drogas*. ADES.
<https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-43058/menoresyconsumos.pdf>
- Arias, J. (2020). *Proyecto de tesis: guía para la elaboración*. (1ra ed).
- Aristizabál, A., Cañón, S., Castaño, J., Castaño, L., García, R., Marín J., Osorno, J. y Sánchez, G. (2013). Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de medicina*, 13 (1), 11-23.

<https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/13/4687>

Avellar de Aquino, A., Veloso, G., Salvino, E. y Bandeira, L. (2017). La percepción del sentido de vida en el ciclo vital: una perspectiva temporal. *Avances de psicología latinoamericana*, 35(2), 375-386. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3728>

Avellar, T., Veloso, V., Salvino, E. y Bandeira, L. (2017). La percepción de sentido de la vida en el ciclo vital: una perspectiva temporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 375-386. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v35n2/1794-4724-apl-35-02-00375.pdf>

Barbero, S. (2013). *Lo que duele se llama vacío*. Ediciones dau. <https://librosytallereslogoterapia.com/producto/libro-4/>

Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Rev.asoc. Neuropsiq*, 39(135), 1-16. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v39n135/2340-2733-raen-39-135-0051.pdf>

Beck, A. et al. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale of Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343. https://www.researchgate.net/publication/22673360_Assessment_of_suicidal_intention_The_Scale_of_Suicide_Ideation

Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19.^a ed.). Descleé de Brouwer.

Becoña, E. y Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidroalcohol. <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>

- Becoña, E. y Míguez, C. (2004). consumo de tabaco y psicopatología asociada. *psicooncología*, 1(1), 99-112. <https://revistas.ucm.es>
- Benigno, J. (2003). *Victor Frankl la acción responsable*. Docer. <https://docer.com.ar/doc/x50s5vc>
- Blandón, O., Carmona, J., Mendoza, M. y Medina, Ó. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v19n5/amc060510.pdf>
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E., Galván, G., García-Álvarez, L., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., Paz, M., Iglesias, C., Sáiz, A. y Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, 29(2), 97-104. <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/811/0>
- Brito, V. y Vásconez, B. (2018). *Depresión y sentido de vida en pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón Periodo 2017-2018* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4921>
- Bustamante, S. y Carrillo, A. (2021). *Relación entre el sentido de vida e ideación suicida en varones que consumen sustancias psicoactivas* [Tesis de pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio institucional. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/14077>
- Campillo, C. y Fajardo, G. (2021). Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gaceta Médica de México*, 157, 564-569. <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v157n5/0016-3813-gmm-157-5-564.pdf>

- Campo, L., Palma, A., y Paternina, J. (2019). *Descripción de ideación suicida y desesperanza de vida en jóvenes universitarios* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia].
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13027/1/2019_ideacion_suicida_jovenes.pdf
- Campos F., y Delgado, A. (2019). *Dimensiones de la personalidad e ideación suicida en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa N° 00108–Aguas Verdes, 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo].
https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/8859/Campos_L%C3%B3pez_Flavio_Anderson_y_Delgado_Baca_Ana_Fabiola.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cañas, J. (2013). Psicoterapia y rehumanización de las adicciones. Un modelo para la bioética personalista. *Cuadernos de bioética*, 23(1), 101 – 112.
<https://www.redalyc.org/pdf/875/87527461011.pdf>
- Cañón, S. y Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-395.
<https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>
- Carbonell, J. (2016). *Adicción*. Topdoctors España. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/adiccion>
- Castro, L. y Ortiz, L. (2014). *Construcción de sentido de vida en mujeres pertenecientes al programa manos que construyen de la constructora TRABIC Ingenieros S.A.S.* [Tesis de pregrado, Fundación Universitaria Los Libertadores].
https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/2302/Rozo_%20Lady_%20S%C3%A1nchez_%20Lucy_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. (10 al 16 de enero del 2021). *Boletín Epidemiológico del Perú 2021*.
https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20212.pdf
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (2019). *Estudio nacional sobre prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2017*.
<http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/PER%C3%9A%20-%20Estudio%20Nacional%20sobre%20Prevenci%C3%B3n%20y%20Consumo%20de%20Drogas%20en%20Estudiantes%20de%20Secundaria%202017.pdf>
- Córdova, M. y Rosales, J.C. (2016). Ideación suicida: 30 años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*, 26(2), 233-243.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2199/3933>
- Costanza, A., Prelati, M. y Pompilio, M. (2019). The meaning in life in suicidal patients: The presence and the search for constructs. A systematic review. *Medicine*, 55(8), 465. <https://www.mdpi.com/1648-9144/55/8/465/htm> (BORRAR)
- Chávez, R. (2020). *Factores de riesgo asociados a trastornos de conducta suicida en pacientes de consultorio externo del servicio de psiquiatría del Hospital Nacional María Auxiliadora durante el periodo enero-febrero del 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio institucional.
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2964>
- Chávez, R., Muñoz, C., Mendoza, S., Ubillus, J. y Correa, L. (2020). Factores asociados a la ideación suicida en pacientes de un hospital de Perú. *Facultad de medicina humana*, 20(3), 374-380. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n3/2308-0531-rfmh-20-03-374.pdf>

- Dávila, Y. (2019). *Riesgo suicida en internos drogodependientes que asisten a un centro de rehabilitación en Chiclayo, 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Tecnológica del Perú]. Repositorio Institucional.
<https://repositorio.utp.edu.pe/handle/20.500.12867/3359>
- De Barbieri, A. (2005). ¿Un sentido de vida para todas las edades?. *Miscelánea Comillas*, 63(123), 421-437.
- De Souza, M. L. (2004). *Logotest: Normas Guatemaltecas* [Tesis doctoral, Universidad Mariano Galvez]. <https://glifos.umg.edu.gt/digital/12961.pdf>
- Díaz, L., Vicente, B., Arza, M., Moráquez, G. y Ferrer, S. (2008). Drogodependencia: un problema de salud contemporáneo. *Medisan*, 12(2), 1-3.
<https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445247019.pdf>
- Duarté, Y., Lorenzo-Luaces, L., y Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 1-17.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4896008>
- Etchebehere, P. (s.f). *El límite y los valores de actitud. Un acercamiento filosófico*. Academia.
https://www.academia.edu/35143128/El_l%C3%ADmite_y_los_valores_de_actitud
- Etchebehere, P. (2014). *Boletín de logoterapia y análisis existencial*. Nous.
http://www.logoterapia.net/uploads/18_vvaa_2014_edi_lib_not.pdf
- Estrada, A. (2012). La actitud del individuo y su interacción con la sociedad: Entrevista con la Dra. María Teresa Esquivias Serrano. *Revista Digital Universitaria*, 13(7), 3-12.
<http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art75/art75.pdf>

- Estrada, A. y Guerra, P. (2019). *Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana* [Tesis de grado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio institucional.
https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3053/PSIC-T030_47493178_T%20%20%20GUERRA%20MATOS%20PATRICIA%20HELLEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Echavarría, M. (2005). *Vida y Pensamiento de Viktor Frankl*.
<https://www.equipoagora.es/Vida-y-pensamiento-de-Viktor-E-Frankl-A296.htm>
- Farré, M., Torrens, M., Sánchez, A., Alvarez, C. y Salvador, J. (2006). *Informe sobre cannabis*. Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones.
<https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/140.pdf>
- Fernandez, A., Arias, M. y Gómez, P. (2018). Relación entre sobredosis y suicidio en las muertes asociados al consumo de drogas. *Toxicol*, 35(1), 37 – 44.
<http://rev.aetox.es/wp/wp-content/uploads/2018/06/Revista-de-Toxicologia-35.1-41-48.pdf>
- Fernández, J. y Secades, R. (2007). Psicología y drogodependencias. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 1-1. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1422.pdf>
- Flores, E. (2009). *Tres grupos de valores para el sentido*. Logo foro.
<https://logoforo.com/tres-grupos-de-valores-para-el-sentido/?fbclid=IwAR3bV9koSmAQC6Kih6mRI72RWNGKXU36ZUbUUa00QM3RebLcAgSNDILJXRY>
- Frankl, V. (1975). *El hombre doliente*. Herder.
http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=520-el-hombre-doliente-y-homo-patiens-fundamentos-antropologicos-

de-la-psicoterapia&category_slug=aprender-de-la-voz-de-los-
supervivientes&Itemid=100225

Frankl, V. (1987). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Herder.

Frankl, V. (2001). *Psicoterapia y Existencialismo. Escritos selectos sobre la Logoterapia* (2ª ed.). Herder.

Frankl, V. (2015). *El hombre en busca del sentido* (3ª ed.). Herder.

Frankl, V. (2018). *Logoterapia y análisis existencial*. Herder.
[https://investigacionpedagogicaunam.weebly.com/uploads/1/0/8/8/10888154/logoterapia_y_analisis_existencial_2%C2%AA_edicio%C2%A1n_textos_de_seis_de_cada_spanish_edition_by_viktor_frankl_\[frankl_viktor\]_z-lib.org_.pdf](https://investigacionpedagogicaunam.weebly.com/uploads/1/0/8/8/10888154/logoterapia_y_analisis_existencial_2%C2%AA_edicio%C2%A1n_textos_de_seis_de_cada_spanish_edition_by_viktor_frankl_[frankl_viktor]_z-lib.org_.pdf)

Gengler, J. (2009). Análisis existencial y logoterapia: bases teóricas para la práctica clínica. *Psiquiatría y salud mental*, 3(4), 200 – 209. https://www.existenzanalyse.org/wp-content/uploads/Pepe_AE_publ_2009.pdf

González, C., Juárez, C., Montejo, L., Oseguera, G., Wagner, F., y Jiménez, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(2), 29-34.
https://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/view/862/pdf_88

González, I., Tumuluru, S., González, M. y Gaviria, M. (2015). Cocaína: una revisión de la adicción y del tratamiento. *Revista de neuropsiquiatría*, 35(127), 1-17.
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000300008>

- Guardia, E. (2017). *Factores asociados a ideación suicida en una población penitenciaria de Lima* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5886/Guardia_ee.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Hernández, F., Valdez, J., Aguilar, Y., Torres, M., y González, N. (2016). Sentido de vida en jóvenes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(2), 787-799. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2016/epi162q.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGrawHill Education.
- Inozemtseva, O. y Juárez, J. (2012). Acción de las drogas en el cerebro. En E. Matute. (Ed.). *Tendencias actuales de las Neurociencias Cognitivas* (pp.51-63). Manual Moderno.
- Izquierdo, A. (2007). Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 67-86. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315005.pdf>
- Lira, L. (2015). *Salud mental y sentido de vida en mujeres en diferentes situaciones respecto al ciclo vital de la familia* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Estado de México]. <https://core.ac.uk/download/pdf/84813148.pdf>
- Lopez, E., Medina, M., Villatoro, J., Juarez, F., Careño, S., Berenzon, S. y Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias toxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud mental*, 18(4), 25-32. [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/573#:~:text=Una%20proporci%C3%B3n%20importante%20\(47%25\),afirmativamente%20a%20los%20cuatro%20reactivos.](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/573#:~:text=Una%20proporci%C3%B3n%20importante%20(47%25),afirmativamente%20a%20los%20cuatro%20reactivos.)

- López, C., Bruzzone, C., Krebs, M., y Castro, X. (2013). La intervención motivacional y sus efectos sobre la entrada a tratamiento de adicción. *Revista de Psicología*, 22(1), 37-47. <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/27717>
- Lukas, E. (1985). *Manual for the Logotest*. Institute of Logotherapy Press.
- Lukas, E. (1996). *Logotest Test para la medición de la "Realización interior del sentido y de la frustración existencial"*. Almagesto. https://kupdf.net/download/logo-test-manual_5987c409dc0d604c73300d1c_pdf
- Lukas, E. (2005). *Libertad e identidad. Logoterapia y problemas de adicción*. Ediciones Paidós.
- Magno, P. y Cruzado, L. (2021). "Ideas pasivas de muerte": una errónea nomenclatura en el fenómeno suicida. *Rev Neuropsiquiatr*, 84(2), 149-150. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972021000200149
- Martínez, E., Trujillo, A., Díaz Del Castillo, J. y Jaimes, J. (2011). Desarrollo y estructura de la escala dimensional del sentido de vida. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(2), 113-119. <https://www.redalyc.org/pdf/798/79822611011.pdf>
- Martínez, E., Castellanos, C., Osorio, C. y Camacho, S. (2015). Efectos de la logoterapia sobre los recursos personales de las personas con adicción. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(3), 231-241. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281946988005.pdf>
- Martínez, I., Colavida, J., Espiga, I., De la iglesia, B., Aguila, J., Cortés, M., Cabrera, J., Martínez, P., Saavedra, J y Pallarés, J. (2003). Plan nacional de prevención y control del tabaquismo. *Revista esp salud pública*, 4(77), 441-473. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v77n4/plan.pdf>

- Martínez, S. (2013). *La espiritualidad como factor de protección en la rehabilitación de drogodependencias en la Fundación Centro de Solidaridad Zaragoza: Proyecto Hombre* [Trabajo de grado, Universidad de Zaragoza].
<https://core.ac.uk/download/pdf/289974244.pdf>
- Maseda, P., Pérez, G., Reglero, M., Osete, Y., Sánchez, M., Sierra, L., Vila, A., Noblejas de la Flor, M. y Saa A. (2011). El sentido de vida en los jóvenes: redes sociales, relaciones significativas y actividades de ocio. *Revista de Estudios Juventud*, 95, 59-72. http://www.injuve.es/sites/default/files/tema4_revista95.pdf
- Méndez, M. (2014). *Cocaína y dependencia*. Revista ciencia.
https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Cocaina.pdf
- Mielgo, S., Lorigados, D., Calleja, A. y Cachero, P. (2012). Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas. *Psicología de las adicciones*, 1(1), 7-11.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/tratamiento%20marihuana%207.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t, Consellería de Sanidad.
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
- Mora, A. (2013). *Ritualidad y espiritualidad como elementos centrales en la recuperación de adicciones* [Tesis de postgrado, maestría en antropología y cultura].
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5740/1/UPS-QT03883.pdf>

- Moreno, B. (1985). La psicología de los constructos personales: historia, presupuestos y alcances de una teoría. *Estudios de psicología*, 23(24), 58-65. Dialnet LaPsicologiaDeLosConstructosPersonales-65940%20(1).pdf
- Moral, M. y Fernández, P. (2017). *Conceptos fundamentales en drogodependencias*. Vocespara.
https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/OK_Terminos_en_adiciion.pdf
- Noa, M., Salgado, M., Matos, D. y Gómez, Y. (2014). Envejecimiento y sentido de vida. Desafíos para su estimulación. *Revista Información Científica*, 83(1), 162-170.
<https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757262018.pdf>
- Noblejas de la flor, M. (1998). *Triada trágica de la vida: sufrimiento, culpa y muerte*. Nous.
http://www.logoterapia.net/uploads/02_noblejas_1998_tragica.pdf
- Noblejas de la flor, A. (2008). Dimensiones del concepto del sentido. Una aproximación empírica desde la logoterapia. *Otoño*, 9(12), 1-34.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019). *Informe mundial sobre las drogas*. https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2015). *Prevención del consumo nocivo de alcohol*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/pr evencion-consumo-nocivo-alcohol.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2013). *Pasta básica de cocaína cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos*.
https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2013/LIBRO_PBC.pdf

- Ortiz, G. (2012). Sentido de vida y narrativa: defensa frente a la apatía del hombre para pensar lo humano. *Khatarsis*, 2(13), 107 – 124.
<http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis/article/view/437>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). *Suicidio*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Paredes, R. (2021). *Sentido de vida y felicidad en estudiantes de una universidad privada de Chiclayo* [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional.
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9197/Paredes%20Herrera%20Rosaisela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pascale, A., Negrin, A. y Laborde, A. (2010). Pasta base de cocaína: experiencia del centro de información y asesoramiento toxicológico. *Revista adicciones*, 22(3), 2-7.
<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122897006.pdf>
- Passi, C. (2009). *Teorías explicativas del suicidio*. ACADEMIA.
https://www.academia.edu/48380680/Teor%C3%ADas_explicativas_del_suicidio
- Peláez, M. (2017). Estilos de vida de ancianas jubiladas y amas de casa y su relación con el afrontamiento y sentido de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 954-980.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num3/Vol20No3Art7.pdf>

- Pérez, S., Marco, J. H., & García-Alandete, J. (2017). The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide attempts. *Psicothema*, 29(3), 323-328. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72752795005.pdf>
- Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., De Castro, F., Leyva, A., y Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud pública de México*, 52(4), 324-333. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a08.pdf>
- Quinceno, M., Mendoza, B., y Lara, E. (2020). Sentido de vida y recursos noologicos en estudiantes universitarios para el diseño de un programa psicoeducativo en la prevención de la depresión y suicidio. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 39(3), 361-371. <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/6229/Sentidovidarecursosnoolo%cc%81gicestudiantesuniversitarios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y bioética*, 20(2), 192-204. <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v20n2/0123-3122-pebi-20-02-00192.pdf>
- Rodríguez, L., Alonso, M., Álvarez, J., Gómez, M., Armendáriz, N. y Hernández, E. (2017). *Perspectiva espiritualidad en integrantes de alcoholicos anónimos: estudio piloto*. Enfermería global. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/260831/213231>
- Rodriguez, M. (2008). *La cuestión del sentido y su repercusión en la vida psíquica*. Researchgate. (PDF) La cuestión del sentido y su repercusión en la vida psíquica (researchgate.net)
- Rojas, M., Rodríguez, A., Zereceda, J. y Otiniano, F. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Biblioteca nacional del Perú.

https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf

Rosado, J., García, F., Alfeo, J. y Rodríguez, J. (2014). El suicidio masculino: una cuestión de género. *Prisma social revista de ciencias sociales*, 0(13), 1-60.
<https://www.redalyc.org/pdf/3537/353744532013.pdf>

Ruiz, A. y Prospero, O. (2014). *La marihuana*. Ciencia.
https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Marihuana.pdf

Rueda, F. (2010). Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Escuela andaluza de salud pública.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>

Salomon, A. (2013). La libertad desde una mirada humanística y existencial. *Av. Psicol*, 21(1), 47-55.
https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/7_salomon.pdf

Segovia, J., Reivan, G. y Martínez, P. (2021). Riesgo suicida y recaída en el consumo de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *South florida journal of development*, 2(2), 3024-3041.
<https://southfloridapublishing.com/ojs/index.php/jdev/article/view/413/386>

Sola, J. (2014). ¿Qué es una adicción? Desde las adicciones con sustancias a las adicciones comportamentales. Evaluación e intervención terapéutica. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 4(2), 1-28. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Que_es_una_adiccion_J._de_Sola.pdf

Tejada, J. y Barrios, L. (2021). *Sentido de vida y consumo de alcohol en estudiantes de una universidad privada de Arequipa* [Tesis de pregrado, Universidad Católica San

Pablo]. Repositorio institucional.
https://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/20.500.12590/17002/1/TEJADA_ALMANZA_JAS_CON.pdf

Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1), 93-102.
<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904010.pdf>

Toro, R., Grajales, F., y Sarmiento, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972016000400473&script=sci_abstract&tlng=es#:~:text=se%20encontraron%20correlaciones%20estad%C3%ADsticamente%20significativas,para%20las%20tres%20variables%20cognitivas.

Valdés, A., Vento, C., Hernández, D., Álvarez, A. y Díaz, G. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Revista universidad médica pinareña*, 14(2), 168-183.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump182j.pdf>

Vargas, H. y Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19-28.
<https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036937004.pdf>

Wenzel, A., Brown, G. & Beck, A. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications*. American Psychological Association.
https://www.researchgate.net/publication/232573904_Cognitive_therapy_for_suicidal_patients_Scientific_and_clinical_applications

Zamudio, D. (2021). Sentido de vida y salud mental. *Revista de investigación en psicología*, 24(2), 183 – 192. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v24i2.20472>

Zlachevsky, A. (2020). *Viktor Frankl y la importancia de la búsqueda de sentido*.

Researchgate. (PDF) Viktor Frankl y la importancia de la Búsqueda de sentido
(researchgate.net).

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de la variable sentido de vida

ESCALA DIMENSIONAL DEL SENTIDO DE VIDA

(Adaptado por Becerra y Chafloque, 2021)

ESCALA DIMENSIONAL DEL SENTIDO DE VIDA

Este cuestionario ha sido diseñado para evaluar el sentido de vida. No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor, lea atentamente cada afirmación y si usted se siente identificado con ella, elija la respuesta y marque con un aspa (X).

ÍTEMS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Mis tareas cotidianas me resultan aburridas.				
2. La vida está llena de razones por las cuales vivir.				
3. Me siento satisfecho con lo que estoy haciendo con mi vida.				
4. Con frecuencia me desconozco en mi forma de actuar.				
5. Aun teniendo claro mis deberes, solo hago lo que quiero.				
6. He descubierto metas claras en mi vida				
7. Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido un completo fracaso.				
8. Tal y como yo lo veo, en relación con mi vida no sé para dónde voy				
9. Las metas que tengo en mi vida hablan de quien soy yo en este momento.				
10. Al pensar en mi realización personal, he considerado seriamente el suicidio como una salida a mi situación.				
11. Me es difícil encontrarle un significado, un propósito o una misión a mi vida.				

ÍTEMS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
12. Mi vida no tiene razón de ser.				
13. Con frecuencia no logro entender por qué actúo de cierta manera.				
14. Al pensar en mi vida me pregunto a menudo por qué existo.				
15. Soy coherente con las acciones que realizo para lograr mi proyecto de vida				
16. No he conseguido ningún progreso en el logro de mis metas.				
17. Mi existencia no tiene sentido ni propósito.				
18. Si pudiera elegir nunca habría nacido.				

Anexo 2: Instrumento de la variable de ideación suicida

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

Estimado participante, en este cuestionario encontrarás una serie de enunciados, con diferentes respuestas donde tendrás que marcar una de ellas de acuerdo a la que más se asemeje a tu deseo, actitud o pensamiento. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde a lo que crees que se ajusta a tu manera de pensar, sentir o actuar.

- 1. ¿Tienes deseos de vivir?**
0: Siempre
1: A veces
2: No
- 2. ¿Tienes deseos de morir?**
0: No
1: Pocas veces
2: Muchas veces
- 3. ¿Tienes motivos para vivir?**
0: Tengo motivos para vivir
1: A veces quiero vivir y a veces quiero morir.
2: No tengo motivos para vivir
- 4. ¿Tienes deseos constantes de realizar un intento de suicidio?**
0: No
1: Pocas veces
2: Muchas veces
- 5. ¿Tienes pocos deseos para luchar por tu vida?**
0: Tengo deseos de vivir
1: Dejaría la vida o la muerte en manos de la suerte (por ejemplo: cruzar una calle transitada sin tener cuidado)
2: Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina)
- 6. Si actualmente tienes pensamientos o deseos suicidas ¿Cuál es su duración?**
0: No tengo pensamientos suicidas
1: Son pensamientos breves, periodos pasajeros
2: Son pensamientos seguidos, períodos más largos
- 7. Si actualmente tienes pensamientos o deseos suicidas ¿Con que frecuencia se presentan?**
0: No tengo pensamientos suicidas
1: A veces
2: Muchas veces
- 8. ¿Si actualmente tienes pensamiento o deseos suicidas, su actitud hacia estos es?**
0: No tengo pensamientos suicidas
1: Indiferencia
2: Aceptación
- 9. ¿Qué control posees sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo?**
0: No planeo suicidarme
1: No estoy seguro de realizar la acción
2: No tengo sensación de control

- 10. ¿Por qué no cometerías un intento de suicidio?**
0: Tengo motivos para vivir (por ejemplo: familia, trabajo, metas, proyectos, etc.)
1: Los motivos que tengo para vivir no son suficientes
2: No encuentro motivos para vivir
- 11. ¿Tus razones para pensar en un plan de intento suicida son?**
0: No tengo razones
1: Manipulación, llamar la atención, venganza
2: Escapar, acabar, salir de problemas
- 12. ¿Tienes considerado un plan específico de intento suicida?**
0: No he considerado un plan
1: Lo he considerado, pero sin detalles específicos
2: Sé cómo realizaré el plan suicida.
- 13. ¿Has tenido oportunidad de pensar en algún procedimiento para el intento suicida?**
0: No he pensado realizar un intento suicida
1: Pienso que el procedimiento de intento suicida llevaría tiempo y esfuerzo
2: Pienso que el procedimiento de intento suicida es fácil
- 14. ¿Se siente capaz para llevar a cabo el intento suicida?**
0: No quiero realizar el intento suicida
1: No estoy seguro
2: Me siento seguro de realizar el intento suicida
- 15. ¿Has pensado en realizar tu primer intento suicida?**
0: No
1: No estoy seguro
2: Sí
- 16. ¿Has realizado alguna preparación de intento suicida?**
0: Ninguna preparación de intento suicida
1: La preparación de intento suicida no se terminó (por ejemplo: conseguir las píldoras, pensar en comprar veneno)
2: Tengo lo necesario para realizar el intento suicida (por ejemplo: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)
- 17. ¿Has dejado mensajes o notas en relación a quitarte la vida?**
0: No he escrito ningún mensaje o nota
1: Empecé el mensaje o nota, pero no lo terminé
2: Mensaje o nota completa
- 18. ¿Has realizado preparativos finales antes de intentar quitarte la vida? Por ejemplo: escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, regalar mis cosas.**
0: No quiero quitarme la vida.
1: He pensado dejar algunos asuntos arreglados
2: Tengo todo arreglado y definido.

Anexo 3: Consentimiento informado para aplicación

CONSENTIMIENTO INFORMADO “AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Yo, de años de edad, identificada (o) con N° de D.N.I, acepto *participar voluntariamente* de la investigación denominada “Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo – 2022”, cuya autoría es de las investigadoras Ana Karina Gil Mires y Lady Angélica Valdez Díaz, egresadas de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Escuela Profesional de Psicología.

A través de este consentimiento, he sido informada (o) del objetivo de la investigación, el cual es “analizar la relación entre el sentido de vida e ideación suicida”; así mismo, las investigadoras se comprometen a resguardar los resultados y solo usarlos para fines investigativos teniendo en cuenta la confidencialidad del caso.

Fecha:de Julio del 2022

FIRMA

Anexo 4: Confiabilidad de la Escala Dimensional del Sentido de Vida

Estadísticas de fiabilidad				
Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos	Investigaciones	Autores
Escala Dimensional del Sentido de Vida	0.773	18	Muestra oficial de la investigación actual = 84	Gil y Valdez (2022)
	0.892	18	Prueba piloto de la investigación actual = 18	Gil y Valdez (2022)

Anexo 5: Confiabilidad de la Escala de Ideación Suicida

Estadísticas de fiabilidad				
Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos	Investigaciones	Autores
Escala de Ideación Suicida	0.917	18	Muestra oficial de la investigación actual = 84	Gil y Valdez (2022)
	0.914	18	Prueba piloto de la investigación actual = 24	Gil y Valdez (2022)

Anexo 6. Validación de la Escala de Ideación Suicida

Primer Juez experto



UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



Validación de la Escala de Ideación Suicida de Beck

Lambayeque, 26 de mayo del 2022

Med. Psq. **Ricardo Villareal Trujillo**
Ciudad: Lambayeque - Chiclayo

Estimado:

A través de la presente, reciba nuestro cordial saludo y al mismo tiempo manifestarle lo siguiente:

Las firmantes de la presente, somos egresadas de la carrera profesional de Psicología, de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. En la actualidad, nos encontramos elaborando nuestro Proyecto de Investigación para obtener el grado de Licenciatura.

Como parte del proceso de elaboración del proyecto contamos con un instrumento de recolección de datos, el mismo que por el rigor que se nos exige es necesario validar el contenido de dicho instrumento; por lo que reconociendo su formación y experiencia en el campo profesional y de la investigación recurro a Usted para que en su condición de EXPERTO emita su juicio de valor sobre la validez del instrumento.

Para efectos de su análisis adjunto a usted los siguientes documentos:

- Descripción Básica del Instrumento.
- Soporte Teórico de la Variable en estudio de investigación |
- Matriz de consistencia de la investigación.
- Instrucciones para el juez.
- Ficha de evaluación de validación.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente:

Ana Karina Gil Mires
DNI: 75376587

Lady Angélica Valdez Díaz
DNI: 71388461

PRESENTACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA EL JUEZ

Le presentamos los indicadores de calificación y las dimensiones del instrumento, por lo que se solicita tenga a bien realizar la calificación de acuerdo con los siguientes indicadores:

CATEGORÍA	INDICADORES DE CALIFICACIÓN			
	1. Deficiente	2. Nivel Bajo	3. Nivel Moderado	4. Nivel Alto
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir su sintáctica y semántica son adecuadas.	El ítem no es claro.	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión e indicador que está midiendo.	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión, ni el indicador.	El ítem tiene una relación ligera con la dimensión e indicador.	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión y el indicador que se está midiendo.	El ítem se encuentra relacionado con la dimensión e indicador que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido.	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide.	El ítem es relativamente importante.	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.	Los ítems son suficientes.

A continuación, lea con detenimiento los ítems y califique en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde las observaciones que considere pertinentes.

1. No cumple con el criterio
2. Nivel bajo
3. Nivel moderado
4. Nivel alto

Dimensión	Indicador	Ítems	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia	Observación / recomendación
Actitud hacia la vida y la muerte	Valoración hacia la vida y la muerte.	1. Tengo deseos de vivir 0: Casi siempre 1: A veces 2: No	4	4	4	4	
		2. Tengo deseos de morir 0: No 1: Pocas veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	
	Motivos para vivir o morir.	3. Razones para vivir o morir 0: Las razones para vivir son superiores a las de morir 1: Son iguales 2: Las razones para morir son superiores a las de vivir	4	4	4	4	
	Modalidad de la intención suicida.	4. Tengo deseos constantes de realizar un intento de suicidio: 0: No 1: Pocas veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	
		5. Tengo pocos deseos de luchar por mi vida 0: No tengo deseos de morir. 1: Dejaría la vida o la muerte en manos de la suerte (por ejemplo: cruzar una calle transitada sin tener cuidado) 2: Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina)	4	4	4	4	
	Dimensión temporal	6. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Cuál es su duración? 0: No tengo pensamientos suicidas	4	4	4	4	

Pensamientos o deseos suicidas		1: Son pensamientos breves, períodos pasajeros 2: Son pensamientos seguidos, períodos más largos					
		7. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Cuántas veces? 0: Muy pocas veces 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	11
	Actitud hacia los pensamientos / deseos	8. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Qué te produce? 0: Rechazo 1: Indiferencia 2: Aceptación	4	4	4	4	
	Locus de control sobre los pensamientos relacionados a la ideación suicida	9. ¿Qué control posee sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo? 0: Tiene control 1: No está seguro 2: No tiene control	4	4	4	4	
	Factores para realizar o no el intento suicida	10. ¿Por qué no cometerías un intento de suicidio? 0: Hay motivos para vivir (Por ejemplo: familia, trabajo, metas, proyectos, etc.) 1: Los motivos que tengo para vivir no son suficientes 2: No encuentro motivos para vivir.	4	4	4	4	
		11. Razones para pensar en el plan de intento suicida 0: Manipulación, llamar la atención, venganza 1: Ambas (0 y 2) 2: Escapar, acabar, salir de problemas	4	4	4	4	
Proyecto de intento de suicidio	Método de un plan estratégico	12. Ha considerado un plan específico de intento suicida 0: No lo ha considerado 1: Lo ha considerado, pero sin detalles específicos 2: Sabe cómo lo hará	4	4	4	4	

		13. Ha tenido oportunidad de pensar en algún procedimiento para el intento suicida 0: No he pensado realizar un intento suicida 1: Pienso que el procedimiento de intento suicida llevaría tiempo y esfuerzo. 2: Pienso que el procedimiento de intento suicida se me es fácil.	4	4	4	4	
	Impresión para llevar el intento	14. ¿Se siente capaz para llevar a cabo el intento suicida? 0: No se siente capaz 1: No está seguro 2: Seguro de su capacidad	4	4	4	4	
	Percepción del primer intento suicida	15. ¿Has pensado en realizar tu primer intento suicida? 0: No 1: No estoy seguro 2: Si	4	4	4	4	
Actualización del intento o desesperanza	Acciones finales para el intento suicida	16. Preparación real del intento suicida 0: Ningún intento de suicidio 1: La preparación de intento suicida es inconclusa (ejemplo: empezar a recoger pastillas, pensar en comprar veneno) 2: Tengo lo necesario para realizar el intento (ejemplo: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)	4	4	4	4	
		17. Mensajes acerca del suicidio 0: No escribió ningún mensaje 1: Empezaba el mensaje, pero no lo completó 2: Mensaje completo	4	4	4	4	
		18. Preparativos finales: anticipación de muerte (por ejemplo: escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes) 0: Ningún preparativo 1: Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados 2: Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado	4	4	4	4	

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo – 2022

II. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Escala de Ideación Suicida de Beck

III. TESISISTAS:

Gil Mires Ana Karina

Valdez Díaz Lady Angélica

IV. DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, se procede a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, concluyendo su pertinencia y utilidad.

V. OBSERVACIONES:.....

.....
.....
.....


APROBADO: SI

☒

NO

☐

Lambayeque, 01 de junio del 2022


Ricardo Villareal Trujillo
MEDICO PSIQUIATRA
RNE: 053206 - CNE: 58943

Firma _____

EXPERTO

Med.Psq. Ricardo Villareal Trujillo
DNI: 43071926

Segundo Juez Experto



UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTORICO SOCIALES Y EDUCACION
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA



Validación de la Escala de Ideación Suicida de Beck

Lambayeque, 26 de mayo del 2022

Mg. Doris del Milagro Cerna Díaz

Ciudad: Lambayeque - Chiclayo

|

Estimada señora:

A través de la presente, reciba nuestro cordial saludo y al mismo tiempo manifestarle lo siguiente:

Las firmantes de la presente, somos egresadas de la carrera profesional de Psicología, de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. En la actualidad, nos encontramos elaborando nuestro Proyecto de Investigación para obtener el grado de Licenciatura.

Como parte del proceso de elaboración del proyecto contamos con un instrumento de recolección de datos, el mismo que por el rigor que se nos exige es necesario validar el contenido de dicho instrumento; por lo que reconociendo su formación y experiencia en el campo profesional y de la investigación recurro a Usted para que en su condición de EXPERTO emita su juicio de valor sobre la validez del instrumento.

Para efectos de su análisis adjunto a usted los siguientes documentos:

- Descripción Básica del Instrumento.
- Soporte Teórico de la Variable en estudio de investigación
- Matriz de consistencia de la investigación.
- Instrucciones para el juez.
- Ficha de evaluación de validación.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente:

Ana Karina Gil Mires
DNI: 75376587

Lady Angélica Valdez Díaz
DNI: 71388461

A continuación, lea con detenimiento los ítems y califique en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde las observaciones que considere pertinentes.

1. No cumple con el criterio
2. Nivel bajo
3. Nivel moderado
4. Nivel alto

Dimensión	Indicador	Ítems	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia	Observación / recomendación
Actitud hacia la vida y la muerte	Valoración hacia la vida y la muerte.	1. Tengo deseos de vivir 0: Muchas veces 1: A veces 2: No	4	4	4	4	
		2. Tengo deseos de morir 0: No 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	
	Motivos para vivir o morir.	3. Razones para vivir o morir 0: Las razones para vivir son superiores a las de morir 1: Son iguales 2: Las razones para morir son superiores a las de vivir	4	4	4	4	
	Modalidad de la intención suicida.	4. Tengo deseos constantes de realizar un intento de suicidio: 0: No 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	
		5. Tengo pocos deseos de luchar por mi vida 0: Me esfuerzo para seguir adelante 1: Dejaría la vida o la muerte en manos de la suerte (cruzar una calle transitada sin tener cuidado) 2: Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina)	4	4	4	4	

Pensamientos o deseos suicidas	Dimensión temporal	6. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Cuál es su duración? 0: Breves, períodos pasajeros 1: Períodos más largos 2: Seguidos	4	4	4	4	
		7. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Cuántas veces? 0: Raras veces 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	
	Actitud hacia los pensamientos / deseos	8. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Qué te produce? 0: Rechazo 1: Indiferencia 2: Aceptación	4	4	4	4	
	Locus de control sobre los pensamientos relacionados a la ideación suicida	9. ¿Qué control posee sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo? 0: Tiene control 1: No está seguro 2: No tiene control	4	4	4	4	
	Factores para realizar o no el intento suicida	10. ¿Por qué no cometerías un intento de suicidio? (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa en el intento) 0: No intentaría el suicidio por algún motivo que lo detiene 1: La familia, religión, u otros motivos tienen cierta influencia 2: La familia, religión, u otros motivos no tienen influencia	4	4	4	4	
		11. Razones para pensar en el plan de intento suicida 0: Manipulación, llamar la atención, venganza 1: Ambas (0 y 2) 2: Escapar, acabar, salir de problemas	4	4	4	4	
	Método de un plan estratégico	12. Ha considerado un plan específico de intento suicida 0: No lo ha considerado 1: Lo ha considerado, pero sin detalles específicos	4	4	4	4	

Proyecto de intento de suicidio		2: Los detalles están especificados y bien formulados					
		13. Ha tenido oportunidad de pensar en algún procedimiento para el intento suicida 0: Procedimiento no disponible, no hay oportunidad 1: El procedimiento llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible. 2: Procedimiento y oportunidad accesible.	4	4	4	4	
	Impresión para llevar el intento	14. ¿Se siente capaz para llevar a cabo el intento suicida? 0: No tiene coraje 1: No está seguro 2: Seguro de su capacidad	4	4	4	4	
	Percepción del primer intento suicida	15. ¿Has pensado en realizar tu primer intento suicida? 0: No 1: No estoy seguro 2: Si	4	4	4	4	
Actualización del intento o desesperanza	Acciones finales para el intento suicida	16. Preparación real del intento suicida 0: Ninguna 1: Incompleto (ejemplo: empezar a recoger pildora) 2: Completa (tener las pildoras, la navaja, la pistola cargada)	4	4	4	4	
		17. Mensajes acerca del suicidio 0: No escribió ningún mensaje 1: Empezaba, pero no lo completó 2: Mensaje completo	4	4	4	4	
		18. Preparativos finales: anticipación de muerte (Escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes) 0: Ningún preparativo 1: Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados 2: Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado	4	4	4	4	

Activar Wind

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo – 2022

II. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Escala de Ideación Suicida de Beck

III. TESISISTAS:

Gil Mires Ana Karina

Valdez Diaz Lady Angélica

IV. DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, se procede a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, concluyendo su pertinencia y utilidad.

V. OBSERVACIONES:.....

.....
.....
.....

APROBADO: SI

☒

NO

☐

Lambayeque, 26 de mayo del 2022



Firma _____

EXPERTO

Mg. Doris del Milagro Cerna Díaz
DNI: 43190861

Tercer Juez Experto



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y
EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**



Validación de la Escala de Ideación Suicida de Beck

Lambayeque, 24 de junio del 2022

Mg. Yolanda Castro Yoshida
Ciudad: Lambayeque - Chiclayo

A través de la presente, reciba nuestro cordial saludo y al mismo tiempo manifestarle lo siguiente:

Las firmantes de la presente, somos egresadas de la carrera profesional de Psicología, de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. En la actualidad, nos encontramos elaborando nuestro Proyecto de Investigación para obtener el grado de Licenciatura.

Como parte del proceso de elaboración del proyecto contamos con un instrumento de recolección de datos, el mismo que por el rigor que se nos exige es necesario validar el contenido de dicho instrumento; por lo que reconociendo su formación y experiencia en el campo profesional y de la investigación recurro a Usted para que en su condición de EXPERTO emita su juicio de valor sobre la validez del instrumento.

Para efectos de su análisis adjunto a usted los siguientes documentos:

- Descripción Básica del Instrumento.
- Soporte Teórico de la Variable en estudio de investigación
- Matriz de consistencia de la investigación.
- Instrucciones para el juez.
- Ficha de evaluación de validación.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente:

Ana Karina Gil Mires
DNI: 75376587

Lady Angélica Valdez Díaz
DNI: 71388461

A continuación, lea con detenimiento los ítems y califique en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde las observaciones que considere pertinentes.

1. No cumple con el criterio
2. Nivel bajo
3. Nivel moderado
4. Nivel alto



Dimensión	Indicador	Ítems	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia	Observación / recomendación
Actitud hacia la vida y la muerte	Valoración hacia la vida y la muerte.	1. Tengo deseos de vivir 0: Muchas veces 1: A veces 2: No	4	4	4	4	
		2. Tengo deseos de morir 0: No 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	
	Motivos para vivir o morir.	3. Razones para vivir o morir 0: Las razones para vivir son superiores a las de morir 1: Son iguales 2: Las razones para morir son superiores a las de vivir	4	4	4	4	
	Modalidad de la intención suicida.	4. Tengo deseos constantes de realizar un intento de suicidio: 0: No 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	
		5. Tengo pocos deseos de luchar por mi vida 0: Me esfuerzo para seguir adelante 1: Dejaría la vida o la muerte en manos de la suerte (cruzar una calle transitada sin tener cuidado) 2: Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina)	4	4	4	4	

Pensamientos o deseos suicidas	Dimensión temporal	6. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Cuál es su duración? 0: Breves, periodos pasajeros 1: Periodos más largos 2: Seguidos	4	4	4	4	
		7. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Cuántas veces? 0: Raras veces 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	
	Actitud hacia los pensamientos / deseos	8. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Qué te produce? 0: Rechazo 1: Indiferencia 2: Aceptación	4	4	4	4	
	Locus de control sobre los pensamientos relacionados a la ideación suicida	9. ¿Qué control posee sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo? 0: Tiene control 1: No está seguro 2: No tiene control	4	4	4	4	
	Factores para realizar o no el intento suicida	10. ¿Por qué no cometerías un intento de suicidio? (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa en el intento) 0: No intentaría el suicidio por algún motivo que lo detiene 1: La familia, religión, u otros motivos tienen cierta influencia 2: La familia, religión, u otros motivos no tienen influencia	4	4	4	4	
		11. Razones para pensar en el plan de intento suicida 0: Manipulación, llamar la atención, venganza 1: Ambas (0 y 2) 2: Escapar, acabar, salir de problemas	4	4	4	4	

Activar Wind

Proyecto de intento de suicidio	Método de un plan estratégico	12. Ha considerado un plan específico de intento suicida 0: No lo ha considerado 1: Lo ha considerado, pero sin detalles específicos 2: Los detalles están especificados y bien formulados	4	4	4	4	
		13. Ha tenido oportunidad de pensar en algún procedimiento para el intento suicida 0: Procedimiento no disponible, no hay oportunidad 1: El procedimiento llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible. 2: Procedimiento y oportunidad accesible.	4	4	4	4	
	Impresión para llevar el intento	14. ¿Se siente capaz para llevar a cabo el intento suicida? 0: No tiene coraje 1: No está seguro 2: Seguro de su capacidad	4	4	4	4	
	Percepción del primer intento suicida	15. ¿Has pensado en realizar tu primer intento suicida? 0: No 1: No estoy seguro 2: Si	4	4	4	4	
Actualización del intento o desesperanza	Acciones finales para el intento suicida	16. Preparación real del intento suicida 0: Ninguna 1: Incompleto (ejemplo: empezar a recoger pildora) 2: Completa (tener las pildoras, la navaja, la pistola cargada)	4	4	4	4	
		17. Mensajes acerca del suicidio 0: No escribió ningún mensaje 1: Empezaba, pero no lo completó 2: Mensaje completo	4	4	4	4	
		18. Preparativos finales: anticipación de muerte (Escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes) 0: Ningún preparativo 1: Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados 2: Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado	4	4	4	4	

Activar Win

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo – 2022

II. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Escala de Ideación Suicida de Beck

III. TESISISTAS:

Gil Mires Ana Karina

Valdez Díaz Lady Angélica

IV. DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procedió a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, concluyendo su pertinencia y utilidad.

V. OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

APROBADO: SI

☒

NO

☐

Lambayeque, 24 de junio del 2022

Firma


Mg. Yolanda Castro Yoshida
C.P.P. 3273
PSICOLOGA

EXPERTO

Mg. Yolanda Castro Yoshida
DNI: 16675624

Cuarto Juez Experto



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y
EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**



Validación de la Escala de Ideación Suicida de Beck

Lambayeque, 26 de mayo del 2022

Mg. Nelson Espinoza Yong
Ciudad: Lambayeque - Chiclayo

A través de la presente, reciba nuestro cordial saludo y al mismo tiempo manifestarle lo siguiente:

Las firmantes de la presente, somos egresadas de la carrera profesional de Psicología, de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. En la actualidad, nos encontramos elaborando nuestro Proyecto de Investigación para obtener el grado de Licenciatura.

Como parte del proceso de elaboración del proyecto contamos con un instrumento de recolección de datos, el mismo que por el rigor que se nos exige es necesario validar el contenido de dicho instrumento; por lo que reconociendo su formación y experiencia en el campo profesional y de la investigación recurro a Usted para que en su condición de EXPERTO emita su juicio de valor sobre la validez del instrumento.

Para efectos de su análisis adjunto a usted los siguientes documentos:

- Descripción Básica del Instrumento.
- Soporte Teórico de la Variable en estudio de investigación
- Matriz de consistencia de la investigación.
- Instrucciones para el juez.
- Ficha de evaluación de validación.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente:

Ana Karina Gil Mires
DNI: 75376587

Lady Angélica Valdez Díaz
DNI: 71388461

A continuación, lea con detenimiento los ítems y califique en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde las observaciones que considere pertinentes.

1. No cumple con el criterio
2. Nivel bajo
3. Nivel moderado
4. Nivel alto



Dimensión	Indicador	Ítems	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia	Observación / recomendación
Actitud hacia la vida y la muerte	Valoración hacia la vida y la muerte.	1. Tengo deseos de vivir 0: Muchas veces 1: A veces 2: No	4	4	4	4	
		2. Tengo deseos de morir 0: No 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	
	Motivos para vivir o morir.	3. Razones para vivir o morir 0: Las razones para vivir son superiores a las de morir 1: Son iguales 2: Las razones para morir son superiores a las de vivir	4	4	3	4	
	Modalidad de la intención suicida.	4. Tengo deseos constantes de realizar un intento de suicidio: 0: No 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	
		5. Tengo pocos deseos de luchar por mi vida 0: Me esfuerzo para seguir adelante 1: Dejaría la vida o la muerte en manos de la suerte (cruzar una calle transitada sin tener cuidado)	4	4	4	4	

		2: Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina)					
Pensamientos o deseos suicidas	Dimensión temporal	6. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Cuál es su duración? 0: Breves, períodos pasajeros 1: Períodos más largos 2: Seguidos	4	4	3	4	
		7. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Cuántas veces? 0: Raras veces 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	
	Actitud hacia los pensamientos / deseos	8. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Qué te produce? 0: Rechazo 1: Indiferencia 2: Aceptación	4	4	4	4	
	Locus de control sobre los pensamientos relacionados a la ideación suicida	9. ¿Qué control posee sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo? 0: Tiene control 1: No está seguro 2: No tiene control	4	4	4	4	
	Factores para realizar o no el intento suicida	10. ¿Por qué no cometerías un intento de suicidio? (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa en el intento) 0: No intentaría el suicidio por algún motivo que lo detiene 1: La familia, religión, u otros motivos tienen cierta influencia 2: La familia, religión, u otros motivos no tienen influencia	4	3	4	4	
		11. Razones para pensar en el plan de intento suicida 0: Manipulación, llamar la atención, venganza 1: Ambas (0 y 2) 2: Escapar, acabar, salir de problemas	4	4	4	4	

Activar Wind

Proyecto de intento de suicidio	Método de un plan estratégico	12. Ha considerado un plan específico de intento suicida 0: No lo ha considerado 1: Lo ha considerado, pero sin detalles específicos 2: Los detalles están especificados y bien formulados	4	4	3	4	
		13. Ha tenido oportunidad de pensar en algún procedimiento para el intento suicida 0: Procedimiento no disponible, no hay oportunidad 1: El procedimiento llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible. 2: Procedimiento y oportunidad accesible.	4	4	4	4	
	Impresión para llevar el intento	14. ¿Se siente capaz para llevar a cabo el intento suicida? 0: No tiene coraje 1: No está seguro 2: Seguro de su capacidad	4	4	4	4	
	Percepción del primer intento suicida	15. ¿Has pensado en realizar tu primer intento suicida? 0: No 1: No estoy seguro 2: Si	4	4	4	4	
Actualización del intento o desesperanza	Acciones finales para el intento suicida	16. Preparación real del intento suicida 0: Ninguna 1: Incompleto (ejemplo: empezar a recoger pildora) 2: Completa (tener las pildoras, la navaja, la pistola cargada)	4	4	4	4	
		17. Mensajes acerca del suicidio 0: No escribió ningún mensaje 1: Empezaba, pero no lo completó 2: Mensaje completo	4	4	4	4	
		18. Preparativos finales: anticipación de muerte (Escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes) 0: Ningún preparativo 1: Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados 2: Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado	4	4	4	4	

Activar Windows
Ver la continuación

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo – 2022

II. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Escala de Ideación Suicida de Beck

III. TESISISTAS:

Gil Mires Ana Karina

Valdez Díaz Lady Angélica

IV. DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procede a validarlo teniendo en cuanto a su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, concluyendo su pertinencia y utilidad.

V. OBSERVACIONES:.....

.....
.....
.....

APROBADO: SI

☒

NO

☐

Lambayeque, 26 de mayo del 2022

Firma



Nelson Espinoza Yong
NELSON ESPINOZA YONG
Psicólogo C.Ps P 17266
LAMBAYEQUE

EXPERTO

Mg. Nelson Espinoza Yong
DNI: 45046728

Quinto Juez Experto



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y
EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**



Validación de la Escala de Ideación Suicida de Beck

Lambayeque, 24 de mayo del 2022

Sr. Edwin Abel Tarrillo Vásquez

Ciudad: Lambayeque - Chiclayo

A través de la presente, reciba nuestro cordial saludo y al mismo tiempo manifestarle lo siguiente:

Las firmantes de la presente, somos egresadas de la carrera profesional de Psicología, de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. En la actualidad, nos encontramos elaborando nuestro Proyecto de Investigación para obtener el grado de Licenciatura.

Como parte del proceso de elaboración del proyecto contamos con un instrumento de recolección de datos, el mismo que por el rigor que se nos exige es necesario validar el contenido de dicho instrumento; por lo que reconociendo su formación y experiencia en el campo profesional y de la investigación recurro a Usted para que en su condición de EXPERTO emita su juicio de valor sobre la validez del instrumento.

Para efectos de su análisis adjunto a usted los siguientes documentos:

- Descripción Básica del Instrumento.
- Soporte Teórico de la Variable en estudio de investigación
- Matriz de consistencia de la investigación.
- Instrucciones para el juez.
- Ficha de evaluación de validación.

Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente:

Ana Karina Gil Mires
DNI: 75376587

Lady Angélica Valdez Díaz
DNI: 71388461

A continuación, lea con detenimiento los ítems y califique en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde las observaciones que considere pertinentes.

1. No cumple con el criterio
2. Nivel bajo
3. Nivel moderado
4. Nivel alto

Dimensión	Indicador	Ítems	Claridad	Coherencia	Relevancia	Suficiencia	Observación / recomendación
Actitud hacia la vida y la muerte	Valoración hacia la vida y la muerte.	1. Tengo deseos de vivir 0: Muchas veces 1: A veces 2: No	4	4	4	4	2: Ninguno
		2. Tengo deseos de morir 0: No 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	0: Ninguno
	Motivos para vivir o morir.	3. Razones para vivir o morir 0: Las razones para vivir son superiores a las de morir 1: Son iguales 2: Las razones para morir son superiores a las de vivir	4	4	4	4	
	Modalidad de la intención suicida.	4. Tengo deseos constantes de realizar un intento de suicidio: 0: No 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	Tengo deseos de realizar intento de suicidio: 0: Ninguno
		5. Tengo pocos deseos de luchar por mi vida 0: Me esfuerzo para seguir adelante	2	2	2	3	Tengo deseos de luchar por mi vida:

		1: Dejaría la vida o la muerte en manos de la suerte (cruzar una calle transitada sin tener cuidado) 2: Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener la vida (por ejemplo: dejar de tomar su medicina)					2: Ninguno 1: A veces 0: Muchas veces El ítem planteado no es coherente con las respuestas. En todo caso también podrían considerar dejar el ítem original.
Pensamientos o deseos suicidas	Dimensión temporal	6. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Cuál es su duración? 0: Breves, periodos pasajeros 1: Periodos más largos 2: Seguidos	4	4	4	4	2: Seguidos o casi seguidos
		7. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Cuántas veces? 0: Raras veces 1: A veces 2: Muchas veces	4	4	4	4	¿Con qué frecuencia se presentan?
	Actitud hacia los pensamientos / deseos	8. Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas ¿Qué te produce? 0: Rechazo 1: Indiferencia 2: Aceptación	2	3	4	4	Si actualmente tiene pensamientos o deseos suicidas, su actitud hacia estos es:
	Locus de control sobre los pensamientos relacionados a la ideación suicida	9. ¿Qué control posee sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo? 0: Tiene control 1: No está seguro 2: No tiene control	3	3	4	4	En el control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo, usted: 0: Tiene sensación de control 1: No tiene seguridad de control 2: No tiene sensación de control

Activar Wind

	Factores para realizar o no el intento suicida	10. ¿Por qué no cometerías un intento de suicidio? (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa en el intento) 0: No intentaría el suicidio por algún motivo que lo detiene 1: La familia, religión, u otros motivos tienen cierta influencia 2: La familia, religión, u otros motivos no tienen influencia.	3	4	4	4	10. ¿Por qué no cometería un intento de suicidio? (familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa en el intento) 0: No intentaría el suicidio por algún motivo que lo detiene. 1: La familia, religión, u otros motivos tienen cierta influencia para no cometerlo. 2: La familia, religión, u otros motivos no tienen influencia para no cometerlo.
		11. Razones para pensar en el plan de intento suicida 0: Manipulación, llamar la atención, venganza 1: Ambas (0 y 2) 2: Escapar, acabar, salir de problemas	3	4	4	4	Sus razones para pensar en un plan de intento suicida son:
		12. Ha considerado un plan específico de intento suicida 0: No lo ha considerado 1: Lo ha considerado, pero sin detalles específicos 2: Los detalles están especificados y bien formulados	4	4	4	4	¿Tiene considerado un plan específico de intento suicida?
Proyecto de intento de suicidio	Método de un plan estratégico	13. Ha tenido oportunidad de pensar en algún procedimiento para el intento suicida 0: Procedimiento no disponible, no hay oportunidad 1: El procedimiento llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible. 2: Procedimiento y oportunidad accesible.	4	4	4	4	Sobre la disponibilidad del método / oportunidad de pensar en un intento, usted considera:

Activar Wind

	Impresión para llevar el intento	14. ¿Se siente capaz para llevar a cabo el intento suicida? 0: No tiene coraje 1: No está seguro 2: Seguro de su capacidad	4	4	4	4	14. ¿Se siente capaz de llevar a cabo un intento suicida? 0: Siente temor
	Percepción del primer intento suicida	15. ¿Has pensado en realizar tu primer intento suicida? 0: No 1: No estoy seguro 2: Si	3	3	4	4	15. ¿Ha pensado en realizar un primer intento? 0: No 1: No estoy seguro 2: Si
Actualización del intento o desesperanza	Acciones finales para el intento suicida	16. Preparación real del intento suicida 0: Ninguna 1: Incompleto (ejemplo: empezar a recoger píldora) 2: Completa (tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)	4	4	4	4	1: Incompleto (ejemplo: conseguir las píldoras) 2: Completa (ejemplo: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)
		17. Mensajes acerca del suicidio 0: No escribió ningún mensaje 1: Empezaba, pero no lo completó 2: Mensaje completo	4	4	4	4	
		18. Preparativos finales: anticipación de muerte (Escribir una carta de despedida a mis familiares y amigos, realizar donación de bienes) 0: Ningún preparativo 1: Pensamiento de dejar algunos asuntos arreglados 2: Hacer planes definidos o dejaría todo arreglado	4	4	4	4	18. Preparativos finales: anticipación de muerte (escribir una carta de despedida a familiares y amigos, donar bienes)

Activar Windows

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo – 2022

II. NOMBRE DEL INSTRUMENTO:

Escala de Ideación Suicida de Beck

III. TESISISTAS:

Gil Mires Ana Karina

Valdez Díaz Lady Angélica

IV. DECISIÓN:

Después de haber revisado el instrumento de recolección de datos, procede a validarlo teniendo en cuenta su forma, estructura y profundidad; por tanto, permitirá recoger información concreta y real de la variable en estudio, concluyendo su pertinencia y utilidad.

- V. **OBSERVACIONES:** considero además de los comentarios en algunos ítems, respecto a la presentación del instrumento para las personas en lugar de utilizar los valores numéricos 0, 1 y 2 en las opciones de respuesta, se reemplacen por a), b) y c) para que sea una respuesta más objetiva.

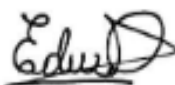
APROBADO: SI

☒

NO

☐

Lambayeque, 24 de mayo del 2022



Edwin Abel Tarrillo Vásquez
Ψ Lic. en Psicología
C.Ps.P. N° 36718

Firma

EXPERTO
Mg. Edwin Abel Tarrillo Vásquez
DNI: 48014706

Anexo 7: Resultados de V Aiken

	ITEMS				SUMA (S)	SUMA - N°EXP S-n	CÁLCULO V AIKEN	SUFICIENCIA								SUMA (S)	SUMA - N°EXP S-n	CÁLCULO V AIKEN	PROMEDIO POR ÍTEM V AIKEN
		JUEZ 6	JUEZ 7	JUEZ 8				JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	JUEZ 6	JUEZ 7	JUEZ 8				
Actitud hacia la vida y la muerte	1				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	1.000
	2				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	1.000
	3				19.000	14.000	0.933	4	4	4	4	4				20	15	1.000	0.967
	4				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	1.000
	5				18.000	13.000	0.867	4	4	4	4	3				19	14	0.933	0.867
Pensamientos o deseos suicidas	6				19.000	14.000	0.933	4	4	4	4	4				20	15	1.000	0.967
	7				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	0.983
	8				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	0.950
	9				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	0.967
	10				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	0.950
Proyecto de intento suicida	11				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	0.983
	12				19.000	14.000	0.933	4	4	4	4	4				20	15	1.000	0.983
	13				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	1.000
	14				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	1.000
	15				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	0.967
Actualización del intento o desesperanza	16				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	1.000
	17				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	1.000
	18				20.000	15.000	1.000	4	4	4	4	4				20	15	1.000	1.000
																			0.977

Anexo 8: Pruebas de normalidad del sentido de vida

Pruebas de normalidad

		General Kolmogorov-Smirnov ^a			
		Estadístico	gl	Sig.	
Sentido de vida	V	Sentido de vida	0.110	84	0.014
	D	Percepción de sentido de vida	0.114	84	0.009
	D	Vivencia del sentido de vida	0.130	84	0.001
	D	de vida			

a. Corrección de significación de Lilliefors, V= Variable, D= Dimensión

Anexo 9. Prueba de normalidad de la ideación suicida

Prueba de normalidad

		General Kolmogorov-Smirnov ^a			
		Estadístico	gl	Sig.	
Ideación Suicida	V	Ideación suicida	0.344	84	0.000
	D	Actitud hacia la vida y la muerte	0.410	84	0.000
	D	Pensamientos o deseos suicidas	0.419	84	0.000
	D	Proyecto de intento de suicidio	0.475	84	0.000
	D	Actualización del intento o desesperanza	0.478	84	0.000

a. Corrección de significación de Lilliefors V= Variable D= Dimensión

Anexo 10: Constancia de autorización de las tres sedes de la Institución para la aplicación de la presente investigación

ASOCIACIÓN "CASA HOGAR JESUCRISTO LIBERTAD"
CASA EXCLUSIVA PARA MUJERES
FUNDADA EL 12 DE JUNIO 2019
PARTIDA ELECTRÓNICA 201901748773



AUTORIZACIÓN

La Comunidad Terapéutica "CASA HOGAR JESUCRISTO LIBERTAD", mediante el presente, autoriza a ANA KARINA GIL MIREs identificada con DNI 75376587 y a LADY ANGÉLICA VALDEZ DÍAZ identificada con DNI 71388461, ambas egresadas de la escuela profesional de psicología de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo, a realizar su proyecto de investigación descrito como "SENTIDO DE VIDA E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ADICCIONES, CHICLAYO – 2022", en el cual recopilaran datos estadísticos y aplicaran diversos instrumentos de investigación, por lo cual esta comunidad brindara todas las facilidades para este fin.

Se expide el documento a las personas interesadas, para los fines que crea conveniente.

CASA HOGAR "JESUCRISTO LIBERTAD"
P.E. 201901748773
[Firma]
Dir. General

COMUNIDAD TERAPÉUTICA
"JESUCRISTO LIBERTAD"
[Firma]
Edwin Sandoval Toro
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

La Victoria, 04 de julio 2022

AV. LOS INCAS MZ I LOTE 27 - 1ERO DE JUNIO – LA VICTORIA
CELULAR: 935967603



AUTORIZACIÓN

La Comunidad Terapéutica "CASA HOGAR JESUCRISTO LIBERTAD", mediante el presente, autoriza a ANA KARINA GIL MIREs identificada con DNI 75376587 y a LADY ANGÉLICA VALDEZ DÍAZ identificada con DNI 71388461, ambas egresadas de la escuela profesional de psicología de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo, a realizar su proyecto de investigación descrito como "SENTIDO DE VIDA E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ADICCIONES, CHICLAYO – 2022", en el cual recopilaran datos estadísticos y aplicaran diversos instrumentos de investigación, por lo cual esta comunidad brindara todas las facilidades para este fin.

Se expide el documento a las personas interesadas, para los fines que crea conveniente.

CASA HOGAR "JESUCRISTO LIBERTAD"
P.E. 201901748773
[Firma]
César David Mazones Nolasco
DIRECTOR GENERAL

COMUNIDAD TERAPÉUTICA
"JESUCRISTO LIBERTAD"
[Firma]
Edwin Sandoval Toro
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

José Leonardo Ortiz, 04 de julio 2022

AV. CHICLAYO 1202 JOSE LEONARDO ORTIZ
CELULAR: 935967603



AUTORIZACIÓN

La Comunidad Terapéutica "CASA HOGAR JESUCRISTO LIBERTAD", mediante el presente, autoriza a ANA KARINA GIL MIREs identificada con DNI 75376587 y a LADY ANGÉLICA VALDEZ DÍAZ identificada con DNI 71388461, ambas egresadas de la escuela profesional de psicología de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo, a realizar su proyecto de investigación descrito como "SENTIDO DE VIDA E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ADICCIONES, CHICLAYO – 2022", en el cual recopilaran datos estadísticos y aplicaran diversos instrumentos de investigación, por lo cual esta comunidad brindara todas las facilidades para este fin.

Se expide el documento a las personas interesadas, para los fines que crea conveniente.

CASA HOGAR "JESUCRISTO LIBERTAD"
P.E. 201901748773
César Dávila Mesones Nuñez
DIRECTOR GENERAL

COMUNIDAD TERAPÉUTICA
"JESUCRISTO LIBERTAD"
Edwin Sandoval Toro
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

José Leonardo Ortiz, 04 de julio 2022

REPORTE DE TURNITIN




Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Ana Karina Gil Mires
Título del ejercicio: PREGRADO
Título de la entrega: Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centr...
Nombre del archivo: un_Centro_de_Rehabilitaci_n_de_Adicciones,_Chiclayo_-_2022...
Tamaño del archivo: 12.6M
Total páginas: 149
Total de palabras: 28,362
Total de caracteres: 155,662
Fecha de entrega: 28-nov.-2022 08:26p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1965721939

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICAS SOCIALES Y EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA




TESIS
Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo - 2022

Presentada para obtener el Título Profesional de licenciado(a) en Psicología

Investigadoras: Gil Mires, Ana Karina
Valdez Díaz, Lady Angélica
Asesor (a): M. Sc. Smith Maguiña, Carola Amparo

Lambayeque - Perú
2022



Mg. Sc. Carola Amparo Smith Maguiña
Asesora de especialidad
DNI: 16776179

Sentido de vida e ideación suicida en pacientes de un Centro de Rehabilitación de Adicciones, Chiclayo - 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	16%	4%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	6%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	1library.co Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	idoc.pub Fuente de Internet	<1%
6	www.repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.ucsp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	www.cneip.org Fuente de Internet	

55

Submitted to Universidad de San Buenaventura

Trabajo del estudiante

<1 %

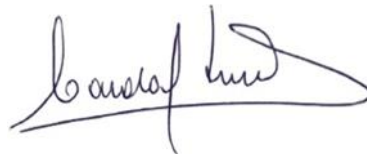
Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo



Mg. Sc. Carola Amparo Smith Maguiña
Asesora de especialidad
DNI: 16776179