



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACION SOBRE:

“LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL SEGUNDO AÑO DEL COLEGIO DE BACHILLERATO UNIFICADO VICTORIA VÁSCONEZ CUVI DE LA CIUDAD DE LATACUNGA”

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Iler Iler Jessica Fernanda

Tutor: Ps.Cl. Sandoval Villalba Juan Francisco

Ambato – Ecuador

Octubre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: “LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL SEGUNDO AÑO DEL COLEGIO DE BACHILLERATO UNIFICADO VICTORIA VÁSCONEZ CUVI DE LA CIUDAD DE LATACUNGA” de Jessica Fernanda IlerIler estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre del 2014

EL TUTOR

.....
Ps.Cl. Juan Francisco Sandoval Villalba

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL SEGUNDO AÑO DEL COLEGIO DE BACHILLERATO UNIFICADO VICTORIA VÁSCONEZ CUVI DE LA CIUDAD DE LATACUNGA como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este Trabajo de Grado.

Ambato, Octubre del 2014

LA AUTORA

.....

Jessica Fernanda IlerIler

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimonial de mi tesis, con fines de difusión pública, además aprueba la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga ganancias económicas y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Octubre del 2014

LA AUTORA

.....

Jessica Fernanda IlerIler

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL SEGUNDO AÑO DEL COLEGIO DE BACHILLERATO UNIFICADO VICTORIA VÁSCONEZ CUVI DE LA CIUDAD DE LATACUNGA de Jessica Fernanda IlerIler estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Octubre del 2014

Para Constancia Firman

Presidente/a

Primer Vocal

Segundo Vocal

DEDICATORIA

El presente trabajo de graduación, está dedicada en primera instancia a un ser supremo quien me ha llenado de bendiciones durante todos estos años de vida, mi Dios por proporcionarme la familia que tengo quienes han sabido guiarme y educarme de la mejor manera posible, mis padres que han sabido forjar y fomentar en mí valores éticos y morales que me han ayudado a crecer como ser humano, a mi hermana quien ha sabido entender, comprender, y gozar de mi compañía aquellos amigos que con sus sonrisas y palabras de aliento me enseñaron a disfrutar de la vida día a día.

A ustedes es a quien dedico esta tesis ya que sin su ayuda, apoyo, comprensión, manifestaciones de cariño y sobre todo amor no hubiese llegado a estar en donde ahora estoy, viva con mucha fuerza y ganas de seguir adelante cumpliendo una a una mis metas y objetivos. "Solo venciendo te vencerás".

Jessica Fernanda IlerIler

AGRADECIMIENTO

Desde lo más profundo de mis ser agradezco a mi Dios, por darme la dicha de vivir, y llenarme de bendiciones en cada uno de mis pasos dados. A la Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Psicología Clínica quienes me abrieron sus puertas para mi formación académica superior.

A mis profesores quienes han sabido compartir sus conocimientos e impartir cada una de sus cátedras de la mejor manera con métodos de enseñanza adecuados en especial a mi tutor el Psicólogo Clínico Juan Sandoval por su generosidad, paciencia comprensión y contribución de sus conocimientos hacia mi persona creando un vínculo de respeto y amistad lo cual ayudo a la creación de la presente tesis.

Finalmente pero no menos importantes a mi familia, y mis amigos que han llegado a formar parte de mi vida quienes con sus, ánimos, confianza me motivaron a seguir para poder culminar el trabajo de grado. Un Dios se los pague a todos ustedes.

Jessica Fernanda IlerIler

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
INDICE GENERAL DE CONTENIDOS	viii
RESUMEN	xi
SUMMARY	xiii

Contenido

CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1 TEMA.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.3 JUSTIFICACIÓN	18
1.4 OBJETIVOS.....	20
CAPÍTULO II.....	21
MARCO TEÓRICO.....	21
2.1 INVESTIGACIONES PREVIAS.....	21
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	28
2.3 FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA	29
2.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	30
2.5 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	31
2.6 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	33
2.8 HIPÓTESIS.....	36
2.9 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	36
MARCO CONCEPTUAL	37
TRASTORNOS AFECTIVOS	45
CAPÍTULO III.....	61
METODOLOGÍA	61
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	61
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	61
De Campo.....	61
3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	62
Asociación de variables	62
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	63
3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	65
3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	70
3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	71
CAPÍTULO IV	72
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	72

4.1 Análisis del aspecto cuantitativo	73
4.2 Interpretación de resultados	73
4.3 Comprobación de Hipótesis	91
CAPÍTULO V	96
CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES	97
CAPÍTULO VI	98
PROPUESTA.....	98
6.1 Datos Informativos.....	98
6.2 Antecedentes de la propuesta	99
6.3 Justificación	101
6.4 Objetivos	103
6.5 Fundamentación teórica	103
6.6 Metodología Plan de acción	111
6.7 MARCO ADMINISTRATIVO.....	119
6.8 Previsión de la evaluación	124
ANEXOS	128
Reactivos.....	130

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL RIESGO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DEL SEGUNDO AÑO DEL COLEGIO DE BACHILLERATO UNIFICADO VICTORIA VÁSQUEZ CUVI DE LA CIUDAD DE LATACUNGA”

Autora: IlerIler Jessica Fernanda

Tutor: Dr. Sandoval Villalba Juan Francisco

Fecha: Agosto, 2014

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la incidencia de la funcionalidad familiar en el riesgo suicida de los adolescentes del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vasquez Cuvi de la ciudad de Latacunga tomando en consideración la dinámica familiar y como está afectada a los miembros del sistema familiar, su contextualización fue a nivel macroLatinoamérica, a nivel meso Ecuador, y finalmente a nivel micro la provincia de Cotopaxi y a su vez la institución. La metodología de la investigación fue un enfoque cuali-cuantitativo y de campo mediante la aplicación de reactivos psicológicos el FF-SIL para Funcionalidad Familiar y el

Test de Riesgo Suicida teniendo como muestra a 448 estudiantes, posteriormente se realizó el cálculo del “Chi-cuadrado” X^2 para la verificación de la hipótesis, en donde se llega a la conclusión de que se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1), es decir se comprueba la relación entre las variables del riesgo suicida sobre la funcionalidad familiar, manifestando que mientras menos funcional sea la familia, existirá más riesgo suicida, concluyendo que el 21% de la población evaluada si presenta riesgo suicida y el 47% son familias disfuncionales, de acuerdo a esto se ha generado la propuesta en base a la terapia cognitiva de Aaron T. Beck.

**CONCEPTOS CLAVES: RIESGO SUICIDA_,
FUNCIONALIDAD FAMILIAR.**

AMBATO TECHNICAL UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES FACULTY

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

FAMILY FUNCTIONALITY AND SUICIDE RISK IN TEENS THE SECOND
YEAR OF COLLEGE UNIFIED HIGH SCHOOL VICTORIA VÁSCONEZ
CUVI CITY LATACUNGA

Author: IlerIler Jessica Fernanda

Tutor: Dr. Sandoval Villalba Juan Francisco

Date: August, 2014

ABSTRACT

The present research aimed determine the incidence of family functioning in suicide risk adolescent the second year of sixth form college unified Victoria VasconezCuvi city of Latacunga taking into consideration family dynamics and how this affects the members of the family system, contextualization was macro-level Latin Ecuador meso level, and finally at the micro level the province of Cotopaxi and in turn the institution. The research methodology was a qualitative approach qualitative quantitative and field by applying psychological reagents the FF-SIL for family functioning and Test the Suicide Risk taking as a sample to 448

students subsequently calculating the "Chi-squared" χ^2 for verification of the hypothesis was performed where it concludes that the null hypothesis is rejected (H_0) and Alternate Hypothesis (H_1) is accepted, ie the relationship between suicide risk variables on family functioning is checked, concluding that 21% of the study population if they have suicidal risk and 47% are dysfunctional families, for which the proposal is generated based on cognitive therapy Aaron T. Beck.

KEY CONCEPTS: RISK SUICIDE_FAMILY FUNCTIONALITY.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación está dirigido a la comunidad en general, dando a conocer la problemática más relevante a nivel mundial, esta es la conducta suicida en los adolescentes y su relación con el nivel de funcionalidad familiar. Se ha llegado a conocer mediante investigaciones emitidas por profesionales de la salud que la población de adolescentes es la que requiere de más atención debido a sus diversos cambios emocionales, físicos, orgánicos y mentales la misma que a su vez mediante estadísticas establecidas indican que del 70% al 80% de adolescentes provienen de familias disfuncionales, presentando falta de normas, límites y reglas, ausencia de las figuras parentales sea por fallecimiento o migración.

Conocemos que la familia es el núcleo que determinara el desenvolvimiento en el entorno social, laboral y estudiantil determinando si estas serán sanas o inadecuadas para el desarrollo del individuo en general, por lo tanto al hablar de familia se determinara sus niveles de funcionalidad lo cual engloba el cumplimiento de normas, limites, roles y jerarquías, mismos que contribuirán a que en las familias exista armonía, comunicación, cohesión y flexibilidad. Se tendrá en cuenta que a la falta de todo lo ya mencionado no existirá la funcionalidad familiar por tanto el sistema familiar generara situaciones de agresión y ansiedad por parte de los miembros de la misma.

La modalidad de este trabajo investigativo es de campo ya que la recolección de datos se realizó de forma directa a las fuentes primarias quienes son los señores y señoritas estudiantes del segundo año de bachillerato del colegio de bachillerato unificado Victoria Vasconez Cuvi de la ciudad de la Latacunga, con la aplicación de reactivos psicológicos los cuales midieron los niveles de funcionalidad familiar y su incidencia en el riesgo suicida de la población en general que consta de 448 adolescentes.

Para comprobar la relación en las variables de dicho trabajo investigativo, se aplicó la prueba X^2 dando como resultado en las tablas de contingencia que los niveles de funcionalidad familiar si influye en tener y no tener riesgo suicida, es decir se comprueba que mientras menor sea el funcionamiento familiar más alto será el riesgo de suicidio en los adolescentes examinados.

Se puede mencionar que mediante los resultados alcanzados en la prueba del X^2 es menester la actuación inmediata por parte del profesional en salud mental aplicar un plan psicoterapéutico tanto al adolescente con riesgo de suicidio como a sus respectivas familias con el objetivo de mejorar la funcionalidad familiar y la eliminación de aquellas conductas inadecuadas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA

La funcionalidad familiar y el riesgo suicida en los adolescentes del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la funcionalidad familiar en el riesgo suicida de los adolescentes del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vásconez Cuvi de la ciudad de Latacunga?

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

A nivel Macro

La familia ha sido considerada como la célula básica de la sociedad, tomando en consideración que todo lo que suceda en la sociedad afectará directamente a la familia y por ende a cada uno de sus miembros. Se asume que para el buen funcionamiento familiar debería existir roles definidos dentro del entorno familiar, se puede mencionar que al existir distorsiones en la identificación de roles podría exacerbar problemas subyacentes como depresión, alcoholismo, drogadicción las cuales generaran mayor desequilibrio y sufrimiento en los miembros de su grupo familiar.

En la actualidad a nivel Latinoamérica, se ha dado un desequilibrio entre los avances tecnológicos y la cimentación de valores, acoplado a esto la pérdida de ética individual y familiar misma que ha arrojado como resultado el desgaste anímico en hacer las cosas para uno mismo y para los demás.

La tipología familiar tiene gran relevancia en la funcionalidad familiar, en América Latina y el Caribe, los tipos de familia han variado rápidamente desde los años setenta y ochenta del siglo pasado, teniendo una concurrencia en el cambio de características socioeconómicas, demográficas, y de salud en la población.

Así, en 1975, en República Dominicana, 20,7% de los hogares estaban encabezados por mujeres y, en 1986, el porcentaje había aumentado a 25,7%. En Brasil, entre 1980 y 1989, se produjo un aumento de 5,51% en los hogares encabezados por mujeres. Igualmente se conoce que un porcentaje grande de primeros matrimonios termina por separación o divorcio.

En 1986, los porcentajes de matrimonios disueltos fueron: en la República Dominicana, 49,5%; en Colombia, 32,5%; y en el Ecuador, 25,5% (Estrella Sinche E. y Suárez Bustamante M. 2006).

Se conoce que en los últimos tiempos el suicidio se ha convertido en una problemática relevante a nivel internacional se considera que uno de los factores de riesgo para el consumo en sí del suicidio es el intento suicida el cual se estima que entre el 2% y el 12% de la juventud ha intentado por lo menos una vez quitarse la vida provocando una inestabilidad biopsicosocial.

La organización mundial de la salud estima que el suicidio que provoca casi toda la mitad de la muertes violentas y se traduce en casi 100000 de victimas al año, a su vez es una problemática prevenible claro está que la inversión económica alcanza miles de millones de dólares. Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Dando como conclusión que se producen más muertes por suicidio que por homicidios y guerras.

Se considera que existen altas estadísticas sobre la incidencia de suicidios en Europa del este y las tasas más bajas en América Latina se calcula que se dan entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio arrojando como consecuencias lesiones, hospitalizaciones, traumas emocionales y mentales, estas estadísticas están en constante alce alarmante en los jóvenes que están entre las edades de 15 a 25 años. (Garcia H, Roselba L, 2011)

A nivel meso

La familia en nuestro país es el núcleo de la sociedad por lo cual el gobierno ha dado a conocer a la comunidad los reglamentos normas y leyes a favor de la misma. El Código de la Niñez y Adolescencia (CNA) señala que la familia es el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral de la niña, niño y adolescente. Corresponde prioritariamente a la madre y al padre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de hijas e hijos y la exigibilidad de sus derechos. Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a permanecer en una familia para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad.(Jaramillo, 2011)

La población de adolescentes se la considera como la que requiere mayor atención por parte de profesionales ya que las estadísticas manifiestan que entre el 70% y 80% de los adolescentes con problemas provienen de familias desintegradas, generalmente ocasionada por el abandono de uno de los padres, se conoce que los adolescentes están antepuestos a indiferencias, castigos, privación afectiva, los cuales han generado sentimientos de inferioridad, baja autoestima, resentimientos, abandono del hogar etc.

El tema del suicidio en Ecuador ha sido un problema que se viene acarreado durante muchos años, tanto en establecimientos educativos públicos como privados. En Ecuador, según la última encuesta sobre las condiciones de vida del INEC (Instituto Nacional Ecuatoriano de Censos) en 2008, “las lesiones autoinfligidas intencionales fueron la tercera de las 10 causas de muerte más comunes entre los jóvenes. Además, la tasa de suicidios juvenil en Ecuador en el mismo año alcanzó el 6,7 por cada 100 mil habitantes. A finales de los 90, la tasa de suicidios era 4,8”. (Editorial Televistazo p. 9)

Para Fernando Suárez, técnico y antropólogo del Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CNNA), “el suicidio no puede ser estudiado ni visto independiente de los factores que lo originan. La razón real de la muerte de los adolescentes no es el suicidio. Eso es solo una forma de muerte cuyas causas son problemas estructurales que se originan en su entorno familiar” (Editorial Televistazop.6),

El CNNA y la OMS “incluye entre los factores a: la violencia y abuso intrafamiliar, divorcio de los padres y la migración. A esto se suman los embarazos precoces, las relaciones amorosas fallidas y el factor estacional o de fin de año cuando no logran cursar con éxito sus estudios o alcanzar las metas deseadas”. (Editorial Vistazo p. 10)

Se ha manifestado que el índice de suicidios es realmente preocupante por lo cual se han realizado varios proyectos a nivel nacional para la prevención de los suicidios en adolescentes. Según los estudios realizados se puede decir que este problema se ha suscitado con énfasis en el área urbana para lo cual el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) manifiesta que “las provincias con el número de casos más altos fueron Pichincha (206 suicidios) y el Guayas (143), en donde se encuentran las ciudades más grandes del país. El área urbana de Pichincha concentró el 82% de los suicidios mientras que el área urbana de Guayas concentró el 93%. Las dos provincias que les siguen con números de casos suicidas altos son Azuay y Manabí (63 casos en ambas provincias), donde la mayor parte de los casos se dieron en Cuenca y Manta, tercera y cuarta ciudad más poblada del país”. (Betancourt, 2008)

Los comportamientos suicidas en los adolescentes se puede decir que se deben a una serie de factores entre los cuales el más llamativo e importante son los problemas intrafamiliares, como separaciones, divorcios, infidelidades, desempleo, enfermedades, despreocupación parental, etc. Cabe recalcar que las maneras o formas

que utilizan para consagrar dicho acto son mediante la ingesta de químicos, utilización de armas, e instrumentos como bufandas, correas, cuerdas o sogas, etc.

La preocupación por parte de los centros educativos, padres de familia y sociedad en general de manera intensificada han optado por realizar marchas e invitaciones a la comunidad en general para la prevención de este problema, que hoy es considerado como la solución más eficaz entre los adolescentes.

A nivel micro

El suicidio es un acto que ha sido considerado fuera de lo normal y totalmente personal. Sin embargo, se manifiesta como un fenómeno de alto alcance, grandes riesgos y pérdidas para la humanidad. De acuerdo a las investigaciones realizadas en la provincia de Cotopaxi, el suicidio en los adolescentes ha tenido un gran aumento en los últimos tres años.

La Policía Judicial (PJ) afirma: “En los tres últimos años la provincia de Cotopaxi ha registrado cifras altas de suicidio. Solo en 2012, se reportaron 44 casos, Esta cifra creció en relación a la de 2011, cuando se registraron 30 suicidios, elevando la tendencia en un 46,66%. De acuerdo con las estadísticas con las que cuenta la Policía Nacional, en 2011, los índices más altos de suicidio se produjeron en los meses de mayo, junio y noviembre, mientras que en 2012, se registraron más casos en enero, abril, septiembre y diciembre.”(El Telégrafo, 16 de Abril del 2013 p.2)

En la provincia de Cotopaxi ha existido una gran preocupación por parte de entidades gubernamentales y privadas especialmente los colegios los cuales han solicitado ayuda al Colegio de Psicólogos de la provincia. De acuerdo a esta petición por parte de la comunidad, el Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia presentó un proyecto denominado “Yo amo mi vida”, con el objetivo de prevenir el suicidio. Este proyecto consistía en brindar información sobre el tema a los orientadores vocacionales de los colegios para que ellos pudieran ayudar a los adolescentes en conflicto. Sin embargo, el número de suicidios entre adolescentes no ha disminuido.

Alfredo Jaramillo, juez segundo de la Niñez y Adolescencia de Cotopaxi, manifestó que “la edad de la adolescencia es una etapa muy difícil, en la que los padres de familia deben comprender a sus hijos. Afirmando que tienen en el Juzgado casos de intentos de suicidio; han conversado con los adolescentes por medio de terapias con psiquiatras, para que determinen cuáles son los motivos y circunstancias que atraviesan, para tomar ese tipo de decisiones” (Jaramillo, 2011)

Las manifestaciones suicidas, las ideas suicidas y el suicidio como tal traen consigo causas y consecuencias; el quitarse la vida se trata de un tema delicado que no tiene una respuesta absoluta. Al respecto, Espinosa asegura que “los factores detectados que llevan a los adolescentes a suicidarse son el fracaso escolar, la migración y los divorcios de los padres, y el factor estacional. Otras causas son las depresiones por violencia intrafamiliar, embarazos precoces y fracasos en relaciones amorosas” (Ramos, 2012)

La provincia de Cotopaxi está conformada por siete cantones de los cuales el cantón principal es Latacunga, esta ciudad posee una gran cantidad de colegios e institutos educativos tanto fiscales como privados, para lo cual el proyecto dirigido por el Consejo Cantonal de la Niñez y la Adolescencia está actuando de inmediato con el propósito de dar a conocer mediante talleres, los propósitos que ha tenido dicho proyecto.

La psicóloga Yadira Medina, profesional que colabora con la Fundación Fraso, explica que “el suicidio es un problema de salud pública que demanda atención. El proyecto se propone identificar posibles casos a través de los maestros, quienes a decir de la psicóloga, tienen un nivel de cercanía mayor con los chicos. Ellos deberán reportar a los departamentos de bienestar estudiantil actitudes que no correspondan al comportamiento cotidiano del adolescente para que esos casos sean identificados y atendidos por los profesionales correspondientes” (Ramos, 2012)

En el cantón Latacunga, en el 2010, se presentaron 11 suicidios; en el 2011 esta cifra subió a 15 y aunque no se tienen cifras oficiales hasta finales de enero de 2012, el jefe de Policía Judicial, Carlos Murillo, señaló que “el número de muertes por ahorcamiento superarían los cinco casos” (Periódico Multimedia Cotopaxi noticias). Mediante estas investigaciones se puede decir que los intentos de suicidio o el consumo del mismo como tal es un problema que se sigue suscitando debido a diferentes factores por los que pasan los adolescentes y por lo tanto su medio de solución es quitarse la vida.

“El doc. Jorge Villa llamó a las autoridades institucionales a contar con la colaboración de Psicólogos Clínicos para que trabajen de modo directo con los jóvenes a fin de sacarlos de ese mundo conflictivo en el que viven (...). Aquí hay varios profesionales que pueden ser de gran aporte, pero las instituciones no nos dan la oportunidad de ingresar” (El Telégrafo, 2013).

Esas estadísticas preocuparon al Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia de Latacunga, el cual conjuntamente con el Colegio de Psicólogos de Cotopaxi, Dirección de Educación, Fundación FRASO, Centro de Protección de Derechos del INFA y otras instituciones se han propuesto difundir la campaña y así lograr una prevención adecuada de dicho problema.

Con relación a la funcionalidad familiar no se han encontrado estadísticas ya que no hay investigaciones previas que den a conocer dichos antecedentes, la investigación realizada por la Ps. CI Alejandra Salazar da a conocer los porcentajes de funcionalidad familiar aplicada a un sector de la provincia de Cotopaxi, el barrio Yanayacui en dicha investigación indica que el 4% pertenecen a una familia severamente disfuncional, 51% a una familia disfuncional, 25% familia moderadamente funcional, y el 20% familia funcional. Por lo tanto la población se identifica como familias disfuncionales las cuales presentan amalgamiento familiar, rigidez en las normas, evitación del conflicto, y comunicación patológica. (Salazar, 2013)

El Instituto Tecnológico Superior Victoria Vascones Cuvi es uno de los primero colegios fundados de la ciudad de Latacunga el que consta con un alumnado de más de 2.000 estudiantes del ciclo básico, diversificado, nocturno y superior. Desde su fundación fue un instituto femenino, pero con la nueva reforma estudiantil desde hace dos años existe la presencia de varones en el establecimiento.

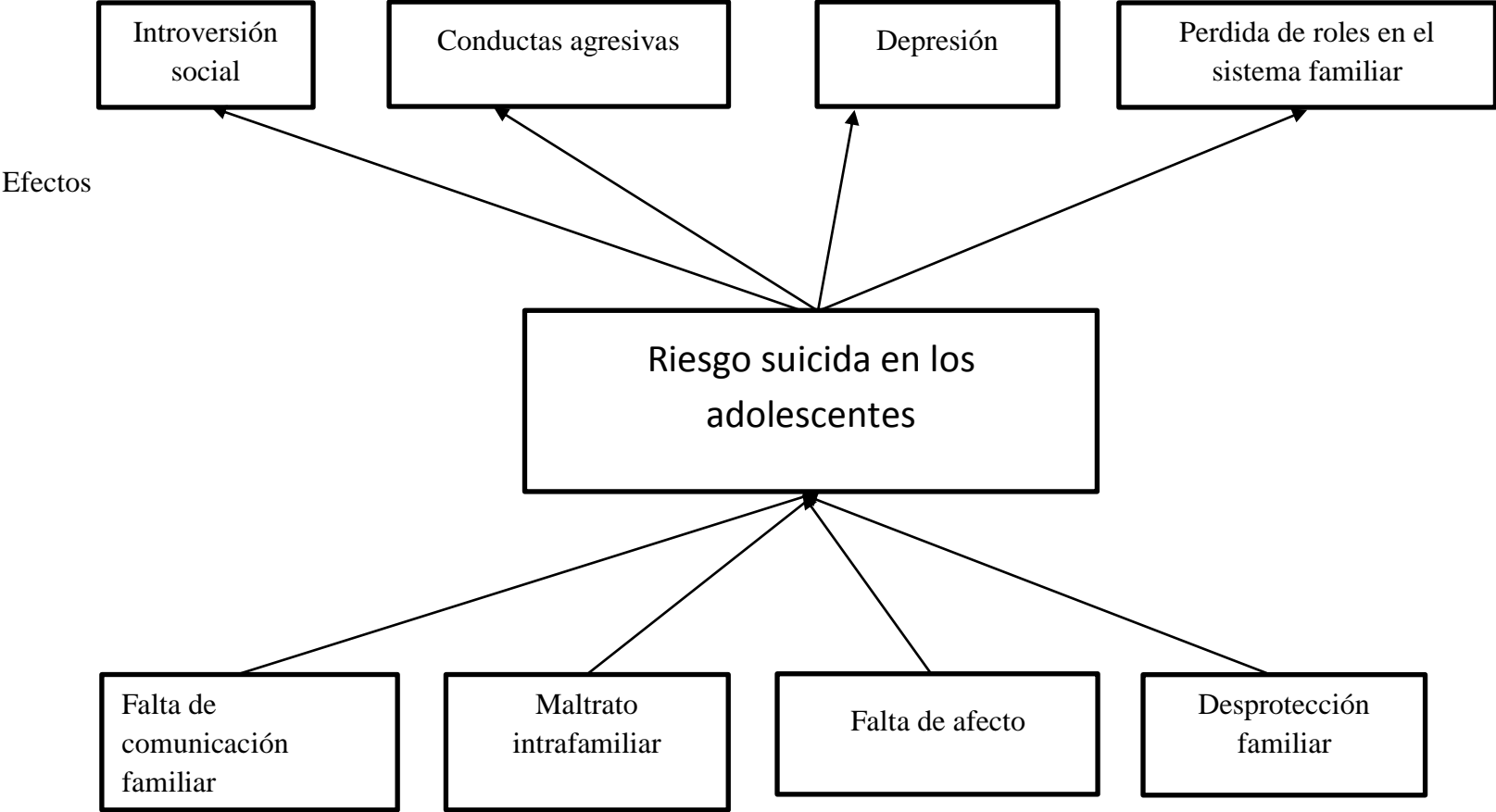
En la entrevista con la Psicóloga Educativa Rosario Bonilla manifiesta que “desde hace un año atrás se han venido suscitando intentos de suicidio en el establecimiento los mismo que son dados mediante la ingesta de venenos, desinfectantes y químicos para la agricultura”

El Departamento de Bienestar Estudiantil ha venido investigando este tipo de sucesos en el alumnado del ciclo diversificado constituido por primero, segundo y tercero de bachillerato, ya que varios profesores dirigentes de cada uno de los paralelos han llegado con la demanda de que existen estudiantes tanto varones como mujeres que han perdido el interés completamente de estudiar, de relacionarse socialmente, de participar en clases, etc. Adicionalmente a esto se ha podido observa por parte de los docentes que existen estudiantes con automutilaciones en brazos y piernas.

La preocupación por parte de la institución ha llevado a cabo el citar a dichos estudiantes para la respectiva entrevista los cuales han sabido manifestar que la causa principal de su desanimo son los problemas presentados en sus hogares, la mayoría de los padres de familia de dicho alumnado son relativamente jóvenes su edad varia de

28 a 35 años por ende se han suscitado los problemas intrafamiliares los cuales han dado como consecuencia la ideación suicida en el alumnado.

ÁRBOL DE PROBLEMAS



Efectos

Causas

Grafico 1
Elaborado por Jessica Iler

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

Antes de realizar la presente investigación se tomó en consideración diversos causas y efectos de las mismas para contrarrestar la actual problemática en la cual el riesgo suicida en los adolescentes se genera mediante problemas directos con el sistema familiar como son en primera instancia la falta de comunicación familiar debido a que en la actualidad la economía de desarrollo del país ha impulsado a la comunidad a que el sustento económico debe ser emitido por ambas partes, padre y madre, es por esto que la mala comunicación familiar marca una causa esencial para dicha problemática arrojando como efecto una introversión social de la misma.

Como segunda instancia está el maltrato intrafamiliar, puede ser este físico, verbal o sexual emitido directamente entre pareja o de padres a hijos conociendo que los adolescentes son vulnerables ante la conducta humana generando distorsiones cognitivas entre estas las ideaciones suicidas efectuando que en el adolescente se presenten conductas agresivas hacia sí mismos y ante los demás.

Como es de conocimiento propio la familia y los miembros de la misma son los primeros maestros de la vida, una familia funcional abarca varios ámbitos el principal es el cumplimiento de los roles, al no cumplir con los mismos el desequilibrio familiar será notorio por lo tanto en la adolescencia que es una etapa aparentemente difícil el no tener una familia adecuadamente funcional con el incumplimiento adecuado de las manifestaciones de cariño atraerá consigo

diversas consecuencias una de ellas y la que más prevalece será los riesgos de quitarse la vida, logrando que el adolescente caiga en una depresión que ira de leve a profunda.

La familia, una palabra pequeña pero a su vez grande ya que abarca las raíces principales y básicas del desenvolvimiento futuro en cada uno de los miembros y su crecimiento a nivel educativo, personal, laboral, social e incluso familiar, en ella se encuentra miembros protectores que proporcionan manifestaciones de cariño y la confianza en uno mismo para surgir día a día en el vivir cotidiano, al existir la despreocupación familiar cada uno de los miembros perderá su rol dentro del sistema dando como consecuencia las conductas autolíticas.

Se sabe que cualquiera de las causas ya nombradas y muchas otras más pueden suscitar variedad de efectos como los ya mencionados también, pero ante problemática observada en la comunidad específica se ha tomado como referencia principal a la funcionalidad familiar y los riesgos suicidas ya que no se ha conocido a ciencia cierta que los adolescentes que han manifestado un comportamiento suicida arriesgando su vida e integridad, tiene problemas intrafamiliares, conociéndolos a su vez como disfuncionalidad familiar.

1.2.3 PROGNOSIS

Después de haber analizado la problemática que se está dando en la comunidad se puede mencionar que en caso de no prestar la atención adecuada a dicha problemática, se correrá el riesgo, de que esta situación cada vez se

proliferecon más intensidad en los adolescentes de esta provincia como las estadísticas lo indican sus cifras son realmente alarmantes.

Se conoce que el entorno familiar es la influencia directa de los intentos autolíticos, se considera necesario la asistencia psicología a las familias de aquellos adolescentes que pueden estar manifestando los comportamientos suicidas.

Con la realización de este proyecto podremos prevenir los suicidios, las muertes innecesarias en los adolescentes no solo en la institución sino también a nivel provincial.

Salvaguardar la vida de la comunidad está en manos de profesiones y autoridades, es necesario tener en cuenta que al mantener una salud mental adecuada ayudará a tener un equilibrio para el buen vivir y a su vez en el fortalecimiento del sistema familiar.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo la funcionalidad familiar influye en el riesgo suicida de los adolescentes del segundo año del Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vascones Cuvi de la ciudad de Latacunga?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Cuál es el grado de funcionalidad familiar en los adolescentes del segundo año del Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vascones Cuvi?

¿Cuántos adolescentes presentan riesgo suicidas en el segundo año del Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vascones Cuvi?

¿Cómo se puede determinar la relación entre funcionalidad familiar y riesgo suicida?

¿Es posible planificar una intervención psicológica para el problema planteado?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

Campo.- Psicología Clínica

Área.- Psicología Evolutiva

Aspecto.- Psicología del Adolescente

Delimitación espacial.- el proyecto será realizado en el Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vasconez Cuvi de la ciudad de Latacunga

Delimitación temporal.- se realizara en el periodo de Septiembre del 2013 Febrero del 2014

1.3 JUSTIFICACIÓN

La funcionalidad familiar y su influencia en los comportamientos suicidas como tema de investigación resulta de gran importancia debido a la población que será investigada para lo cual se sabe que la adolescencia es una etapa del desarrollo evolutivo humano en el cual se manifiestan una serie de cambios

físicos, emocionales, conductuales, cognitivos e incluso hormonales, es una etapa en la que se recibe una influencia directa de la sociedad.

A su vez el abordaje de la funcionalidad familiar ha sido un tema que se trabaja multidisciplinariamente, para la Psicología se considera a la familia como “el núcleo central del comportamiento humano”, por lo tanto la realización de dicho tema de investigación ayudará al planteamiento de técnicas psicoterapéuticas en el ámbito familiar y a su vez su prevención. Teniendo en cuenta que pueden surgir ciertos inconvenientes en el campo psicoemocional y social de la familia.

Se puede mencionar que este proyecto de investigación resulta novedoso ya que a pesar de las campañas de prevención que se han dado el año pasado, la comunidad en general se mantiene interesada en recibir mucha más información acerca del tema, al informar a las familias de los estudiantes identificados en la población como consecuencia de la investigación se encargaran de correr la voz a sus distintos barrios y comunidades logrando a una adecuada información y a su vez la prevención.

La presente investigación mantiene un carácter de originalidad ya que anteriormente en la institución no se ha realizado estudios previos para la prevención y tratamiento de dicha problemática existente en el alumnado.

En cuanto a la factibilidad se puede decir que este estudio podrá realizarse sin inconvenientes debido a la disponibilidad de la población y la colaboración del personal netamente profesional en el ámbito de la Psicología Educativa que corresponde al Departamento de Orientación Vocacional de la Institución.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluarla influencia del funcionamiento familiar en el riesgo suicida de los estudiantes del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vascones Cuvi

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los niveles de funcionalidad familiar de los estudiantes del segundo año del Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vascones Cuvi
- Analizar los niveles de riesgo suicida en los estudiantes del segundo año del Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vascones Cuvi
- Describir la relación existente entre la funcionalidad familiar y los riesgos suicidas presentes en la población evaluada.
- Establecer una propuesta psicoterapéutica con enfoque cognitivo conductual en los estudiantes con riesgo suicida y a su vez una psicoeducación con sus respectivas familias que permita estructurar un proceso de acompañamiento psicológico preventivo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 INVESTIGACIONES PREVIAS

Corina Gangotena y Cristina Moreno (2013) de la Universidad San Francisco de Quito presentan el tema de investigación “Una propuesta para promover el respeto a la diversidad de la vida familiar y para la generación de hogares funcionales” las conclusiones a presentarse son:

Todo esto parte bajo la re significación de familia ha dado un paso grande a tomar en cuenta las nuevas estructuras de la misma que se han ido proponiendo y estas son excluidas y, en algunos casos, no tienen los mismos derechos o sus derechos se ven limitados.

Kath Watson plantea que se hace una leve distinción entre los parentescos que nunca llegan a ser reales y no cumplen los “estándares heterosexuales”.
(Ravelo)

Tras haber investigado a varias fuentes nos hemos dado cuenta mediante los ejemplos que en muchos de los casos no hay un concepto que pueda abarcar a los tipos de familia que han surgido a lo largo del tiempo y por esto se ha dado desigualdades tales como que no gocen de los mismo derechos.

A través de investigación del modelo actual que vive la sociedad ecuatoriana hemos podido enfocar el proyecto en el tema de las familias migrantes. Los grandes momentos históricos, siendo la migración uno de los

principales ha establecido este cambio de estructura social. Los cambios que surgieron a través del año de 1999 fueron los que dieron paso a diferentes formas de familia como plantea Parraguéz, que los niños pasan a ser tutelados por abuelos, primos o hermanos y en muchos casos vecinos a amigos.

Parraguéz, como Maldonado y Castellanos plantean uno de los puntos más interesantes que al mismo tiempo fue redactado por Kath Weston en su texto “FamiliesweChoose” que es la unidad de dos personas por medio del amor y del entendimiento, que en muchos casos es la “excusa” que una pareja del mismo sexo tiene que plantear ya que la sociedad ha dado paso a que este tipo de uniones se den solo por ser escogidas mas no por consanguinidad o afinidad; es núcleo en cualquiera de los casos de familia establece que el amor es la causa principal para poder formar un hogar.

Por medio de las encuestas realizadas a 103 personas, nos hemos dado cuenta que gran parte considera aún a la familia como el modelo hegemónico y sobre todo nos ha demostrado que el Ecuador basa su cultura bajo el judeo-cristianismo que permite que el matrimonio y familia se defina bajo uno solo.

Los ecuatorianos tendemos a tener diferentes conceptos de familia entre nosotros mismos ya que algunos consideran a la familia extendida a la nuclear y otros a la familia pequeña es decir los miembros que viven bajo un mismo techo.

Hemos podido ver a lo largo de la investigación de este trabajo que no hay una definición que se base bajo las reglas en las que cumpla una estructura de la definición exacta de una familia.

Las leyes ecuatorianas e internacionales se han ido adaptando a la realidad actual, comenzando por considerar a la mujer y con el tiempo surge leyes que abarcan la diversidad de familias como familias monoparentales que se podría decir que son una mayoría en el Ecuador. (Gangotela, 2013)

Ccoicca Miranda Teófilo (2010), de la Universidad Nacional Federico Villarreal presenta la investigación “Bullying y Funcionalidad Familiar en una Institución Educativa del Distrito de Comas” con las siguientes conclusiones:

En base a los datos de las investigaciones nacionales, no podemos precisar, si este fenómeno está en aumento o está disminuyendo. Sin embargo los resultados hallados en esta investigación nos permiten afirmar que los porcentajes de niños y niñas víctimas del bullying son del 58.3%.

El bullying, es un fenómeno multiforme, ya que su manifestación adquiere diversas formas de realización. Los resultados hallados en esta investigación corroboran estas afirmaciones.

Las investigaciones revisadas, señalan que los modelos de crianza y sistemas familiares son factores de riesgo para la generación de conductas hostiles por parte de los alumnos. En este sentido, los datos hallados en esta investigación, evidencian que el 8% de la muestra de estudio proviene de familias disfuncionales.

También es pertinente considerar la influencia del factor familiar en lo relativo a falta o ausencia de comunicación, ya que los datos obtenidos en esta investigación indican porcentajes no alarmantes; pero sí, significativos de las carencias en las áreas de adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos.

Las diversas investigaciones señalan también que los niveles de bullying son mayores siempre entre los varones. Según los datos hallados en esta investigación, los resultados contradicen estas afirmaciones, ya que los niveles de bullying hallado según género es de 64,3% para las mujeres y el 56% para los varones.

Los resultados de esta investigación evidencian que existe una correlación negativa débil entre bullying y funcionalidad familiar en los estudiantes de la muestra, evidenciando que los niveles altos de bullying, se deben a niveles bajos de funcionalidad familiar.

Los resultados sobre la relación entre bullying y funcionalidad familiar, según género no evidencian diferencias significativas, por lo que asume que tanto varones y mujeres que vienen de familias disfuncionales están más propensos a ser víctimas o agresores.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre la relación entre bullying y funcionalidad familiar, según el lugar de origen, datos indican una relación positiva débil, por lo tanto es probable que los niños o niñas que son de provincia sean más vulnerables a ser víctimas de bullying. (Ccoicca, 2010)

Manjarrez (2007), en la Universidad Nacional Autónoma de México presenta la investigación “Síntomatología Depresiva, Impulsiva y su Asociación con la Conducta Suicida en Adolescentes: Estudio Comparativo de Muestras Clínica y Epidemiológica”. Las conclusiones que presenta son:

La información obtenida nos muestra una clara relación entre los síntomas depresivos, impulsivos y la conducta suicida. Los datos muestran que cuando se

asocian estas variables clínicas el riesgo para la conducta suicida aumenta, y se podría considerar que son los síntomas depresivos los principales favorecedores de este tipo de conducta. Estos datos amplían la información acerca de las variables clínicas que debe ser considerada al momento de la evaluación psiquiátrica de la adolescente. También proporciona evidencia para favorecer la detección sistemática en poblaciones epidemiológicas de estas variables clínicas para que de esta manera se puedan implantar estrategias de prevención temprana y tratamiento oportuno y de esta manera impactar en la prevalencia de la conducta suicida en nuestro país.(p.22). (Luis, 2007)

Battistini Casalta (Febrero 2010) de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar presenta la investigación “Riesgo suicida y cohesión familiar en estudiantes de la carrera de medicina”. Las conclusiones que presenta son:

Existe correlación entre riesgo suicida y cohesión familiar.

Individuos con cohesión familiar disgregada presentan mayor riesgo suicida.

Un porcentaje significativo de estudiantes de medicina presentan riesgo suicida.

Del grupo estudiado, los que resultaron con mayor riesgo fueron las edades comprendidas entre 20-21 años. (p.31) (García Roselba, 2010)

Carreno Pérez, Febrero del 2010 Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Veracruz Sur presenta la investigación “Frecuencia de Ideación Suicida en Adolescentes y su Relación con la Funcionalidad Familiar” las conclusiones que presenta son:

La frecuencia de ideación suicida fue baja (de 1299 adolescentes solo presentaron

Ideación suicida (0.153%), sin embargo la importancia de la detección oportuna implica la posible prevención de un suicidio en el adolescente.

Los dos casos de ideación presentan familias en rango medio pero con crisis severa de acuerdo a Faces III y escala de Holmes. Lo cual implica que las relaciones al interior de la familia no son adecuadas y probablemente no están poniendo atención a las necesidades de los adolescentes.

El sexo masculino tuvo una frecuencia mayor (0.25% en comparación con el femenino 0.11% de acuerdo a la proporción estudiada.

Existe antecedente de familiares con intento de suicidio pero no en los casos de adolescentes con ideación.

Los tíos y primos son los más frecuentes en relación al antecedente de intento de suicidio.

Es importante mencionar que los casos se presentaron tanto en escuelas de gobierno y en una particular.

La frecuencia de Tabaquismo y alcoholismo en general es de aproximadamente el 25% de los adolescentes encuestados (27. Y 28 %). (p.31). (Lilia, 2010)

Morejón y Navarrete (2010) de la Universidad Técnica del Norte Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería presenta la investigación “El perfil

biopsicosocial y su influencia en la detección temprana y prevención de los intentos de suicidios en las estudiantes de tercer año de bachillerato del colegio Nacional Ibarra” las conclusiones que presentan son:

Se logró determinar que la cuarta parte de las alumnas de 3ros de bachillerato del Colegio Nacional Ibarra encuestadas ya han tenido ideas de terminar con su vida.

Los factores sociodemográficos más relevantes detectados para que las chicas tengan estas ideas suicidas es sin duda la falta de apoyo en la familia, ya que se notó un gran cantidad en hogares incompletos, en las cuales viven solo con la madre, padrastros, madrastra o con otros familiares, además según nuestro estudio se demuestra que tienen mayor riesgo de intentos de suicidio las adolescentes que viven en el medio urbano.

Los factores psicológicos que intervienen en el riesgo de intentos de Suicidio en las adolescentes son la depresión, los trastornos bipolares historia de enfermedades psiquiátricas en la familia, deficiencia en la comunicación entre padres y adolescentes, y una muy importante es el caso de los lazos familiares rotos.

En cuanto al factor económico se pudo observar que el 16.6% si tienen servicios básicos en el lugar donde habitan, solo el 6.3% no tienen servicios básicos, es decir que el factor económico no incide mayormente en los intentos de suicidio.

Al analizar el APGAR familiar corroboramos que las chicas que piensan suicidarse viven en una familia severamente disfuncional y moderadamente funcional, siendo la falta de comunicación y de apoyo las principales causas.

En cuanto al factor familiar se pudo detectar que las chicas que tienen ideas suicidas si tienen familiares con los mismos antecedentes, pero se nota también que existe un porcentaje que aparece de chicas que tienen ideas suicidas que no tienen familiares con actitudes suicidas en sus hogares.

Diseñamos nuestra Guía de Prevención de Intentos de Suicidio para las Srtas. estudiantes del Colegio Ibarra, cuyo nombre es «NO LE PIERDAS EL HILO A TU VIDA», donde compartimos temas con respecto a la problemática en si de los intentos de suicidio en los adolescentes brindando un poco de información en lo que se refiere a Factores de Riesgo, Causas, Comportamiento adolescente, en el aspecto preventivo abordamos temas como Autoestima, Importancia de la Comunicación con los padres, Motivaciones, con las cuales hemos querido hacer conciencia con cada una de las chicas sobre la importancia de tener una vida y de ser feliz en ella, motivar también a que todo problema tiene solución y que nunca la muerte debe ser tomada como una opción para escapar de nuestra realidad.(p.94) (Morejon Karla, 2010)

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El presente trabajo investigativo está enmarcado dentro del paradigma crítico propositivo debido a que la problemática indicada surge de la crítica misma

de la comunidad que rodea a la población enmarcada con el propósito estudiar los comportamientos suicidas debidos a la inadecuada funcionalidad familiar fenómeno que se ha venido suscitando desde hace varios años, la misma que tiene la intención de lograr el alivio sintomático de las personas identificadas con dicha problemática.

La propuesta a realizarse se la considera propositiva debido a que tendrá una inclinación a la corriente cognitiva con la presentación de propuestas basadas en técnicas psicoterapéuticas, el cual pretende un desarrollo individual y a su vez familiar dentro de lo que concierne el ámbito psicológico. Está a su vez presentara la intencionalidad de lograr un alivio sintomático y la funcionalidad familiar adecuada en los implicados del riesgo suicida que pudiesen detectarse en el desarrollo del presente proyecto de investigación.

2.3 FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA

Se le conoce dentro de lo epistemológico a la Psicología, como la productora de conocimientos desde el momento en el cual se la reconoció como ciencia socialmente, se menciona que las condiciones de existencia humana hace posible su análisis por lo tanto ante la presentación de dicho tema de investigación se puede decir que la funcionalidad familiar es la raíz para la manifestación de diversos comportamientos en los miembros de la misma, indagando que el hombre dentro de su manifestación o etapa adolescente es una presa ideal para la influencia directa de las posibles experiencias familiares como núcleo principal.

Cabe recalcar que la familia es la primera base fundamental del desarrollo y evolución de cada uno de los seres humanos, como ser social, para lo cual la epistemología la inicia como punto de partida ante la psicología.

2.4 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

Dentro de la fundamentación psicológica con relación al problema ya planteado se ha visto como fundamental el manejo del modelo cognitivo, con una inclinación directa a la teoría de Aaron Beck la cual trata la importancia que tiene el destacar las conductas, pensamientos y sentimientos de las personas que poseen riesgo suicida

Por lo tanto para el manejo de la problemática planteada es coherente la aplicación del modelo cognitivo ya que se conoce que ante el trabajo a realizarse es importante tener en cuenta que en la etapa de la adolescencia se presenta una serie de dificultades para poder comunicarse y expresar sus deseos y necesidades mismos que se basan en un modelo más directivo y asertivo este a su vez ayudara al incremento en la capacidad de comunicación del adolescente y así poder tener más alternativas a su problemática explorando sus distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos y conceptos negativos de sí mismo.

Con relación al sistema familiar que es lo que está influyendo directamente en los adolescentes para que estos tomen riesgos de automutilación, se tomara como forma de tratamiento la terapia explicativa y la proporción de información mediante técnicas psicoeducacionales para las familias de los adolescentes con

riesgo las cuales darán a conocer maneras y formas de establecer roles, reglas, normas, manifestaciones de cariño, cumplimiento de roles, y la adecuada comunicación entre los miembros del sistema familiar.

2.5 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

De acuerdo a la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, en el Capítulo tercero de los Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria en la Sección quinta de Niñas, niños y adolescentes se da a conocer el siguiente artículo.

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad.

Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales. (Constituyente, pág. 34)

Con relación al CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (Ley No. 2002-100) en el Título II de los PRINCIPIOS FUNDAMENTALES se manifiesta que:

Art. 9.- Función básica de la familia.- La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente.

Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos.

En el Capítulo II de los DERECHOS DE SUPERVIVENCIA mediante el presente artículo da a conocer que:

Art. 20.- Derecho a la vida.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo. Se prohíben los experimentos y manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento de niños, niñas y adolescentes; y la utilización de cualquier técnica o práctica que ponga en peligro su vida o afecte su integridad o desarrollo integral. (Nacional, 2003, págs. 2,4)

2.6 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

Red de inclusiones conceptuales

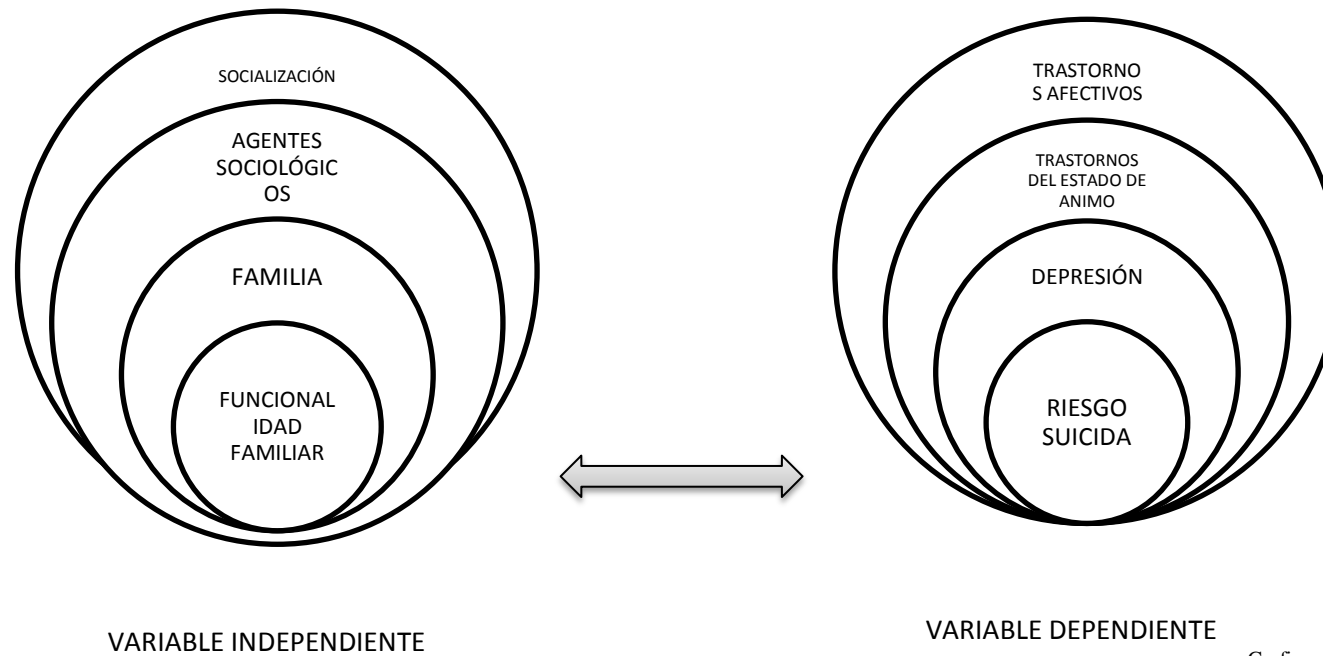


Grafico n.- 2
Elaborado por: Jessica Iler

CONSTELACIÓN DE IDEAS

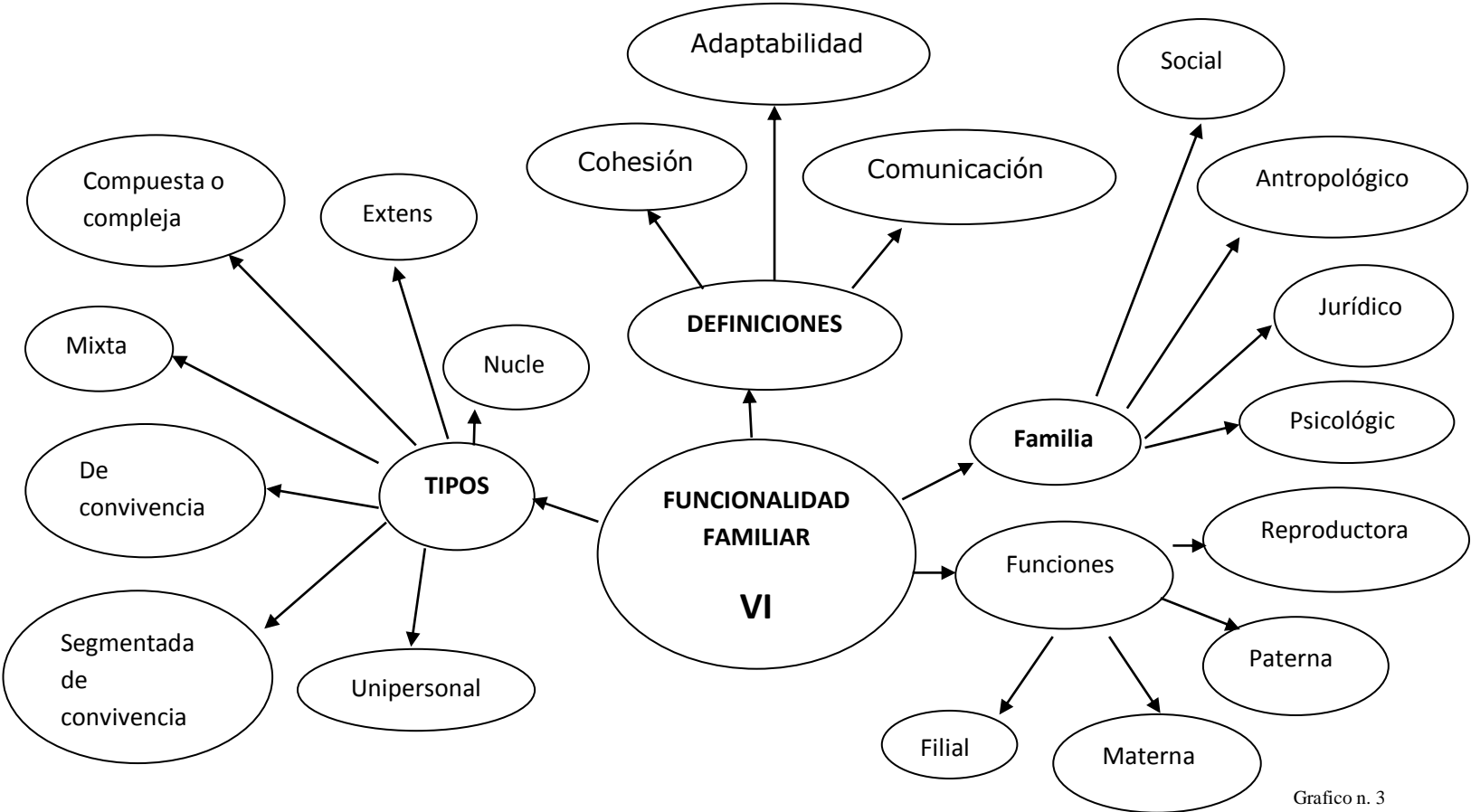
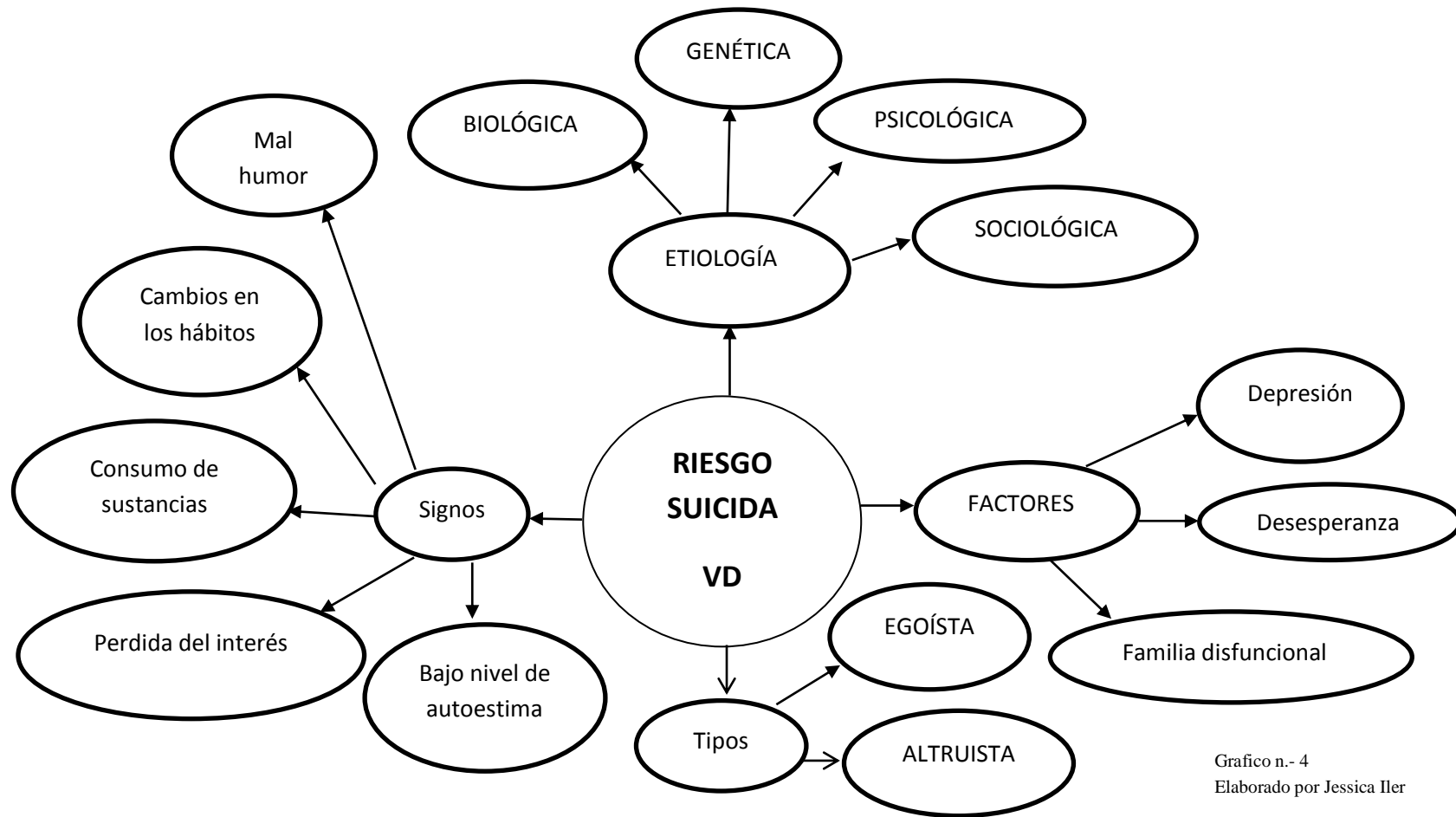


Grafico n. 3
Elaborado por Jessica Iler



2.8 HIPÓTESIS

Hipótesis nula (H₀)

Los estudiantes cuya funcionalidad familiar sea de severo a disfuncional no tendrán mayor riesgo suicida.

Hipótesis alterna (H₁)

Los estudiantes cuya funcionalidad familiar sea de severo a disfuncional tendrán mayor riesgo suicida.

2.9 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Variable Independiente

Funcionalidad Familiar

Variable Dependiente

Riesgo Suicida

MARCO CONCEPTUAL

SOCIALIZACIÓN

La familia siempre ha sido y será, el pilar fundamental de la sociedad, lugar donde los miembros nacen, se educan y desarrollan. Se considera que debe ser refugio, orgullo y alegría de todos y cada uno de los miembros de la misma. Se asume que cuando la familia tiene problemas, abarca alegrías o tristezas, estas repercuten en todos los familiares.

Por lo general en toda nación a nivel mundial existen leyes protectoras de la familia ya que al unir a todas las familias se formarían naciones y estas a su vez sociedades.

La familia es el lugar primario de la “humanización” de la persona, la primera sociedad natural, titular de derechos propios y originarios; por ello, relegar la familia a un papel subalterno y secundario, excluyéndola del lugar que le compete, significa causar un grave daño al auténtico crecimiento de todo el cuerpo social (Fernandes, 2008, pág. 1)

Para que la familia se convierta en verdaderos miembros de la sociedad estos tienen que pasar por un proceso de socialización, a partir del nacimiento de un niño inicia el proceso de convertirse en un sujeto plenamente social, para lo cual esto equivale a que el niño realiza su personalidad hacia adentro y sus relaciones e integración social hacia afuera.

Existen tres objetivos en este proceso

- 1.- configura la personalidad individual e interacción con los demás y según los valores y normas de una cultura dada (proceso de personalización).
- 2.-trasmitirle las formas y contenidos de esa cultura y en especial el repertorio básico, de formas de pensar sentir valorar, decidir y obrar propias de esa cultura (proceso de culturización).
- 3.- integrarle en el sistema de papeles, posiciones e instituciones con sus consiguientes repertorios de metas y de medios que constituyen la ordenación externa de la sociedad (proceso de socialización en sentido estricto)(Lopez, 2000, pág. 177)

La familia y la sociedad son entidades propias que dependen la una de la otra, trabajan en conjunto y están enlazadas, cada miembro de la familia pertenece por obligación a la sociedad en la que está presente la familia eso se enmarca a su vez dentro de una cultura y nación. El tema de la enseñanza depende de ambas entidades no se puede atribuir toda la responsabilidad a la familia.

Virginia Satir asegura que

“Debido a la complejidad de nuestra sociedad actual no podemos esperar que una familia enseñe todo a sus hijos. Hemos favorecido el desarrollo de especialistas institucionales que participan con nosotros de proceso de enseñanza y la riqueza de nuestros avances tecnológicos nos ha llevado a la era de la especialización”(Satir, 2002, pág. 379).

AGENTES SOCIOLOGICOS

Los agentes sociológicos son los que enseñan a los individuos a integrarse y desarrollarse en una sociedad mediante los procesos de aprendizaje como son normas, valores, hábitos.

Según Berger y Luckmann “el individuo no nace miembro de una sociedad”, sino que “es individuo a participar” en la sociedad a través de la “internalización” de sus normas. (Gimel, 2013)

Socialización primaria.- se presenta en primera instancia durante la niñez, en el seno familiar para que estos se internalicen con los ritmos vitales, lenguaje y creencias elementales.

Socialización secundaria.- se trata de inmiscuir al individuo que tenga sus normas básicas con nuevos campos y habilidades sociales como son leer, escribir, jugar.

Agentes primarios transmiten criterios particularistas propios de una persona o de varios. Estos son LA FAMILIA

Agentes secundarios transmiten criterios universalistas propios de toda una sociedad, estos son LA ESCUELA, EL GRUPO DE IGUALES, MEDIOS DE COMUNICACIÓN, LAS ASOCIACIONES.

FAMILIA

Definiciones

Antes de hablar de funcionalidad familiar es menester indagar acerca del grupo fundamental de la sociedad conocido o llamado familia, se conoce tradicionalmente a la familia como la integración de convivencia entre los padres y los hijos llamada familia nuclear, la misma que puede ser influida de manera física o emocional de otros familiares como sobrinos , primos, hermanos, cuñados etc.

Se conoce que la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia de aquí partirán las costumbres, valores morales los cuales serán los cimientos fundamentales para el desenvolvimiento individual de cada uno de los integrantes de la familia. La familia es como una especie de conjunto de intercambio el cual es manejado mediante la dinámica familiar otorgando así el equilibrio que en un hogar se requiere de manera principal.

Las expresiones de cariño y de amor son las herramientas integradoras del núcleo familiar ya que poseen un grado de significación elevado de padres hacia hijos y viceversa.

Es fundamental indicar también la identidad de la pareja ya que se sabe que serán ellos los miembros fundadores de una familia nuclear, se habla que la interacción como pareja marca el desarrollo posterior de cada uno de los miembros de la familia. Si la identidad de esta diada se encuentra perturbada o distorsionada mediante el desconocimiento de roles se puede hablar de que el desenvolvimiento familiar llegara a ser inadecuado.

Se integraron conceptos provenientes de tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: cohesión (vínculos familiares), adaptabilidad (cambio) y comunicación. Estas variables de la funcionalidad familiar se ven influidas por las etapas del ciclo vital familiar, proceso de desarrollo que consiste en atravesar una serie de fases que implican cambios y adaptaciones.

Estos cambios pueden provocar crisis de menor o mayor intensidad, cada crisis lleva a desenlaces exitosos que posibilita nuevos desarrollos, o desenlaces negativos, que conllevan a estancamiento y puede generar enfermedades físicas y/o psicológicas (Vélez Llano 2007 p.24).

De cada una de las tres dimensiones centrales del comportamiento familiar la primera será la cohesión la misma que habla de los lazos de acercamiento o alejamiento correlacionado con el vínculo emocional de cada uno de los miembros de la familia, especificando límites, coaliciones, tiempo de convivencia, espacio, amigos, la toma de decisiones, los intereses y las reacciones. La segunda se refiere a la adaptabilidad familiar la cual tiene que ver con los cambios proporcionados por los miembros de la familia, específicamente con reglas roles cargos y responsabilidades ante situaciones propias del desarrollo. El tercero y último habla acerca de la comunicación familiar la cual facilita el desenvolvimiento de las dos primeras, como seres humanos racionales la forma de comunicación es el lenguaje oral, por lo tanto entre la familia las expresiones verbales serán el mecanismo fundamental para el desarrollo integrador del núcleo familiar.

Las tres dimensiones centrales del núcleo familiar son las integradoras para el funcionamiento de la misma indicando que las definiciones de familia varían de acuerdo a diferentes enfoques como son: para la sociología la familia constituye la base fundamental para el desarrollo de la sociedad. Para la antropología la familia se convierte en un hecho netamente social y parcial en la se cumplirán funciones específicas. Para lo jurídico, la familia es un conjunto de personas que poseen deberes y derechos individuales y grupales recíprocas. Para la Psicología, la familia se trata de núcleo funcional e integral biológico, psicológico y socioeconómico.

TIPOLOGÍA FAMILIAR

Vélez Llano (2007) clasifica a la familia de la siguiente manera.

Familia nuclear integrada por la pareja y sus hijos, esta familia puede ser completa, si están todos los hijos, o incompleta, si hay miembros ausentes por muerte o separación.

Familia extensa. Conviven entre sí las tres generaciones verticales, con ramificaciones horizontales (padres, hijos, nietos, yerno, nuera, otros).

En esta modalidad de familia se asignan papeles y roles específico acorde con la edad y el sexo.

Familia compuesta o compleja: es una familia extensa, completa o incompleta, que acoge a uno o más no parientes.

Familia mixta. Una familia nuclear que incluye personas no parientes.

Familia de convivencia. Varias personas que no tienen relación de parentesco.

Familia nuclear segmentada. Formada por fragmentos de familias sin línea directa de reproducción.

Familia segmentada de convivencia. Formada por fragmentos de familias sin línea directa de reproducción y personas no parientes.

Familia residual por sustracción. Parientes sin relación directa de reproducción ni conyugalidad.

Unipersonal. Personas que viven solas.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Desde el primer momento en que la pareja decide formar una familia se empieza por inercia propia a crear funciones entre las cuales se mencionan:

Función Reproductora. Dentro de esta se enmarcan dos tipos la primera habla de los procesos de alimentación, salud, descanso, etc. mediante el cual se proporcionara un desarrollo existencial conocido como reproducción cotidiano, el segundo habla de los procesos de nacimiento lactancia crecimiento socialización educación etc., llamado también reproducción generacional.

Función Materna. Encargada directamente con la protección y sobrevivencia biológica incluyendo emociones y afecto que motivaran a la crianza de los hijos.

Función Paterna. Desarrollo directo de la manutención económica la implantación de normas y reglas, demostraciones de valoración y afecto que ayudaran a canalizar la maduración familiar y el altruismo.

Función Filial. Relación directa con los hijos los cuales afianzaran el núcleo familiar.

Conociendo ya todo lo relacionado con la familia es importante mencionar que al no cumplirse con la funciones o roles establecidos es propensa la familia a tener un decaimiento funcional el cual generar una gama de efectos emocionales y comportamentales en cada uno de los miembros de la misma.

Las familias que poseen miembros de 12 a 18 años que es la etapa de la adolescencia son más propensas a dicho decaimiento funcional ya que las demandas de los adolescentes son parcialmente complicadas teniendo en cuenta los cambios existentes a nivel físico biológico y psicológico que tiene que atravesar estos miembros.

En el funcionamiento familiar se encuentran diversas escalas como son familias funcionales, familias moderadamente funcionales, familias disfuncionales y familias severamente disfuncionales.

Uno de estos factores psicosociales es la familia, que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas

protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar (...) (Wilfrido Reyes, 2001).

TRASTORNOS AFECTIVOS

Los trastornos afectivos, son un grupo de padecimientos que se caracterizan por anormalidades en la regulación del afecto o del ánimo. Están acompañados de alteraciones en el funcionamiento cognitivo, el sueño, el apetito, y del equilibrio interno.

Aunque la etiología de estos padecimientos se desconoce, recientes investigaciones manifiestan la idea de que existe una base neurobiológica.

Sin embargo, en lugar de definir una sola causa de anormalidad biológica, existe una serie de causas distintas pero interconectadas con la base en los sistemas neuronales. Cada uno de los diferentes sistemas involucrados en los trastornos afectivos puede estar más o menos alterado, lo que resulta en una amplia variabilidad de presentación sintomática y de respuesta al tratamiento.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Los trastornos del estado de ánimo tiene como característica fundamental la alteración del humor están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología como son el debido a enfermedad médica y el inducido por sustancias.

Dentro de los trastornos depresivos se encuentran, el trastorno depresivo mayor, trastornos distimico y trastornos depresivo no especificado estos se diferencian de los trastornos bipolares por no tener episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos.

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnias casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

- Crónico

- Con síntomas catatónicos

- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Especificar:

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
- Con patrón estacional

F34.1 Trastorno distímico (300.4)

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses).

Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

- Con síntomas atípicos (Aliño, 2005)

DEPRESIÓN

En la mayoría de las tentativas de suicidio se encuentran inmersos los trastornos del estado de ánimo en el cual la depresión es uno de los más potentes ante la conducta suicida, para varios adolescentes que han tenido que pasar por sucesos dolorosos como la pérdida de un ser querido, la mejor solución será la tentativa de muerte.

La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión.

Los síntomas de la depresión son;

- Tristeza o infelicidad
- Apatía
- Retraso psicomotor
- Pérdida de energía o sensación de fatiga

- Aumento de la irritabilidad o mal humor
- Perdida de concentración
- Falta de cuidado personal
- Cambios en los hábitos de sueño y alimentación
- Temores infundados
- Rasgos psicóticos
- Intentos de suicidio o suicidio consumado

SUICIDIO

El tema del suicidio se ha venido tratando desde años atrás con la realización de estudios en los cuales su pionero fue Durkheim en 1897, desde aquel entonces se ha venido incrementando dentro de las estructuras sociales y a su vez de las culturas.

El suicidio es consecuencia de una varios factores como son sociales, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, históricos e incluso filosóficos los cuales se manifiestan tanto colectiva como individualmente.

EL SUICIDIO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

La Psicología Clínica es una rama de las ciencias psicológicas la cual se encarga de investigar, evaluar, diagnosticar, tratar y prevenir factores que afecten a la salud mental, conducta y calidad de vida generando malestar y sufrimiento a la comunidad en general,

Por lo tanto la psicología clínica o el profesional de salud mental es el encargado de realizar entrevistas psicológicas en lugares apropiados privados en especial estableciendo la empatía adecuada que facilite la expresión de sentimientos y pensamientos(Garcia, pág. 45).

Es importante explicar que dicho tema está dirigido especialmente a los psicólogos clínicos quienes, desde una perspectiva cognitivo-conductual y centrados en la práctica profesional, y mediante una actuación terapéutica traten aquellos casos clínicos que manifiesten o sugieran la voluntad de terminar con su vida.

CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte autoinfligida, es decir, el suicidio consumado. La ideación suicida, parte de este proceso se considera así como un proceso heterogéneo (...). (Muñoz M; Pinto M; Callata C; Napa D; Perales, 2005, p.2).

La adolescencia se ha convertido en un tema de alto riesgo ante cualquier situación ya que psicológicamente se está enfrentando a cambios de niño a la autonomía del adulto, la clave fundamental en la adolescencia es la búsqueda de identidad saber quién soy, a donde voy, que quiero hacer con mi vida, etc. Dentro de la familia se le exige obediencia pero a su vez se requiere de él la capacidad necesaria para afrontar los problemas cotidianos que pueden llegar a presentarse.

Se considera a esta etapa como la más susceptible a la presencia de ideas autodestructivas ya que es un tema que se ha puesto en boga, para los adolescentes el quitarse la vida o automutilarse son las opciones más certeras a la solución de tal o cual problema presentado a su alrededor.

Etiología del suicidio

Genética.-se menciona que más que factor genético existe un factor cultural del medio en donde crece el individuo

Biológica.-En varios estudios, se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida.

Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH, polimorfismos del gen del receptor 5-HT_{2A}) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (SERT), bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre)(E. García de Jalón, V. Peralta, p. 5).

Psicológica.- Mediante la cual se considera que tiene como indicadores la baja autoestima, las tendencias al aislamiento social, un pobre autoconcepto,

sentimientos de culpa y abandono, negativismo, impulsividad y baja tolerancia a la frustración.

Sociológica.- Desde el punto de vista sociológico pretende recoger los factores de riesgo que pueden incrementar el riesgo de cometer un acto suicida.

Los hombres son más propensos a dichos actos suicidas. Hay que tener en consideración que estas tendencias abarcan a hombres y mujeres no ve raza, religión, estado civil, nivel económico profesiones etc.

El suicidio constituye un problema importante de salud, un verdadero drama existencial del hombre, reconocido desde la antigüedad, recogido en la Biblia y otras obras literarias de entonces. En la Era Cristiana, fue considerado un pecado, siendo perseguido y condenado por la Iglesia todo individuo de conducta suicida. A principios del siglo xx fue que comenzaron los estudios acerca del suicidio a partir de 2 corrientes principales, la sociológica representada por Dorkhein y la psicológica expuestas por Meninger y Freud que involucraban diferentes mecanismos inherentes al psiquismo(Peña, 2002).

Factores de riesgo

(Buendia, 2004)Los factores dentro del riesgo suicida varían de acuerdo a la sociedad en la que se desenvuelva el adolescente, estos son:

Desesperanza

Beck define a la desesperanza como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro. La desesperanza tiene que ver en este sentido con

un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que llega a un sentimiento general de desesperación y de falta de intención de vivir.

Para los adolescentes el sentirse desesperados sin salida al conflicto en el que posiblemente se encuentren atrae consigo el pensamiento o cognición de que la solución más cercana es el quitarse la vida.

Familia disfuncional

Se menciona que la familia es el grupo primordial para un buen desenvolvimiento social, se asume también que dentro de la familia debe de haber un trato adecuado de padres hacia hijos guiados por la comunicación, pero al hablar de familia disfuncional se habla de maltrato físico o verbal, abuso sexual, violencia, inestabilidad, etc. Motivos por los cuales los adolescentes en su etapa de cambio prefieren aislarse de su núcleo familiar y refugiarse o recurrir a varias opciones como el consumo de sustancias, las pandillas o el más nombrado suicidio.

Depresión

A sido considerada en la mayoría de las conductas suicidas y es generalmente evaluada en pacientes que pueden considerarse suicidas en potencia, ya que se ha probado que es un predictor significativo tanto de la tentativa de suicidio como del suicidio consumado.

Problemas académicos

Entre los problemas asociados al suicidio la presión académica y la insatisfacción con el rendimiento alcanzado parecen mostrar una especie de relevancia. De hecho la disonancia entre aspiraciones y rendimiento académico es crucial para entender el papel de los problemas escolares en relación con el suicidio en la adolescencia.

Tipos

Suicidio egoísta: Se trata de una individualización desmesurada, un debilitamiento de las creencias tradicionales, de la moral y religión, el tema del suicidio egoísta abarca también a la familia ya que el matrimonio conlleva a tener una serie de dificultades y responsabilidades. en la sociedad, puede generar deseos, acciones suicidas

Suicidio Altruista: se refiere hacia un ligamiento directo de la sociedad el cual impulsa al suicidio también, debido a que dicha persona se siente insignificante ante grupos mismos que a su vez lo absorben,

Signos

Lourdes Villardon 2002 menciona que hay signos que nos pueden alertar acerca de posibles conductas suicidas en los adolescentes como puede ser:

- Urgencia por estar sólo, aislamiento
- Mal humor
- Amenaza de suicidio
- Entrega de las pertenencias más preciadas a otros
- Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- Retraimiento de sus actividades habituales.
- Actuaciones violentas
- Comportamiento rebelde
- Uso de drogas, o del alcohol.
- Abandono en su apariencia personal.
- Deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de dolores físicos, tales como dolores de cabeza, de estómago y fatiga.
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.
- Cambios en el comportamiento
- Cambios en sus hábitos alimenticios (episodios de inapetencia o de bulimia)
- Bajo nivel de autoestima
- Falta de esperanza en el futuro
- Quejarse de ser "malo" o de sentirse "abominable."
- Lanzar indirectas como: "no les seguiré siendo un problema", "nada me importa", "para qué molestarse" o "no te veré otra vez."
- Ponerse muy contento después de un período de depresión.(p.157)

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo y cuantitativo pues se estimara a la recolección de datos mediante la exploración de campo y la revisión de documentos los cuales a su vez serán sometidos a interpretación y contextualización desde una visión interpretativa crítico propositiva del problema. La investigación a realizarse es cualitativa debido a los diversos aspectos que se menciona dentro del tema familia y suicidio, y es cuantitativa ya que se indagará el porcentaje de estudiantes quienes presenten dicho riesgo suicida.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

De Campo

El presente proyecto de investigación pretende ser una investigación de campo porque se reunirá información directamente de las fuentes primarias que son los adolescentes del segundo año de bachillerato del Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vasconez Cuvi que permitirán comprobar la relación entre las variables del presente proyecto de investigación.

Bibliográfica Documental

La información obtenida para la correspondiente redacción será obtenida de manera física y magnética como primera instancia en libros, ya que son las fuentes de mayor veracidad en las que se ha podido indagar y recoger datos, también como fuente primaria se a tomado en cuenta las entrevistas personales con los miembros y autoridades del establecimiento en donde se realizara la investigación, como bibliografía secundaria se a tomado en cuenta a revistas, reportajes, artículos y videos.

De intervención social o proyecto factible

Lo que se pretende cambiar con los resultados obtenidos es disminuir el riesgo suicida, con el propósito de lograr la funcionalidad familiar en cada uno de las familias de los adolescentes, mediante las intervenciones psicológicas adecuadas, para lo cual se ha tomado en cuenta el modelo cognitivo, específicamente la teoría de Aron Beck el cual está inclinado directamente al tratamiento de la ideación suicida.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Asociación de variables

La investigación alcanza un adecuado nivel de asociación entre las variables establecidas ya que busca establecer relaciones entre ellas y que estas a su vez sean fiables ante los hechos. Consiguiente a lo ya mencionado el que

influya la una variable con la otra permitirá determinar el grado de influencia entre las variables a su vez los comportamientos que presenten dentro de la población escogida.

En la relación de la variables se puede decir que el inadecuado funcionamiento familiar es el causante que más prevalece en los riesgos suicidas de los adolescentes en la actualidad ya que se menciona que la familia es el núcleo o el punto de partida de cada uno de los miembros de la misma para que estos sean individuos sociales y puedan desarrollarse y desenvolverse adecuadamente. Por lo tanto la asociación entre variables establecidas es coherente y apropiada.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

En el Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vasconez Cuvi el trabajo será con el segundo año de bachillerato que consta de trece paralelos del A al M mismos que están conformados entre 30 y 40 estudiantes dando como población total 448 a quienes se aplicará el test de riesgo suicida para luego de conocer el número de adolescentes con riesgo aplicar el test de funcionalidad familiar.

Criterios de inclusión.

Se escogió la institución debido a que fue el lugar en el que me forme como bachiller por lo tanto tengo conocimiento de las problemáticas presentes.

La población escogida de adolescentes es la más vulnerable a tener riesgos de vid, ya que es una característica propia de dicha etapa.

Criterios de exclusión

Se escogió al segundo año de bachillerato ya que la población total del bachillerato es extensa.

La aplicación de los reactivos se dio en torno a la problemática, era menester aplicar el test de riesgo suicida para conocer cuántas personas lo poseen, y correlacionar con el test de funcionalidad familiar para comprobar las hipótesis de si influye o no influye.

3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS O INSTRUMENTOS
<p>El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las</p>	<p>Cohesión, Armonía,</p>	<p>Mide la unión familiar. Se trata de corresponder en intereses y necesidades</p>	<p>1Se toman decisiones para cosas importantes de la familia. 2En mi casa predomina la armonía.</p>	<p>Técnica: Encuesta Instrumento: Prueba de percepción de Funcionamiento Familiar FF-SIL.</p>

<p>crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. (Vargas, 2008)</p>	<p>Comunicación, Permeabilidad. Afectividad, Roles,</p>	<p>Transmitir experiencias en familia. Brindar y recibir experiencias Vivenciar y demostrar sentimientos Cumplir responsabilidades y funciones</p>	<p>5Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. 7Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. 4Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. 3En mi casa uno cumple sus responsabilidades</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	Adaptabilidad	Estructurar reglas	4Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	
--	---------------	--------------------	--------------------------------------------------------------	--

Cuadro n.- 1
Elaborado por Jessica Iler

VARIABLE DEPENDIENTE RIESGO SUICIDA

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS O INSTRUMENTOS
<p>La conducta suicida puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte autoinfligida, es decir, el suicidio consumado. (Muñoz, 2005)</p>	<p>Intentos autolíticos previos</p> <p>Intensidad de la ideación autolítica actual.</p>	<p>Pensamientos o actos pasados de matarse.</p> <p>Frecuencia tiempo e interés para matarse</p>	<p>15Ha intentado alguna vez quitarse la vida.</p> <p>12Alguna vez se ha sentido tan enfadado que habría sido capaz de matar a alguien.</p> <p>9Está deprimido</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Test de Riesgo Suicida de Pluchik.</p>

	Sentimientos de depresión y desesperanza	Emociones distorsionadas.	ahora.	
--	------------------------------------------------	------------------------------	--------	--

Cuadro n.- 2
Elaborado por Jessica Iler

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Prueba de percepción de funcionamiento familiar FF-SIL, mide el grado de funcionalidad familiar está basado en 7 variables que son cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad estos a su vez son los componentes fundamentales la el funcionamiento familiar. Su baremo consta de Funcional: 70-57 Moderadamente funcional: 56-43 Disfuncional: 42-28 Severamente disfuncional: 27-14

La Escala de Riesgo Suicida de Plutchik tiene el objetivo de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. A pacientes normales de pacientes psiquiátricos. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. En la validación española el punto de corte propuesto son 6 puntos.

3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
Para qué?	Para demostrar la relación entre la VI y la VD
De qué persona u objetos?	De 448 estudiantes del Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vasconez Cuvi.
Sobre qué aspectos?	Funcionalidad familiar y riesgo suicida en adolescentes
Quien lo va hacer	La investigadora
A quién?	Estudiantes del segundo año Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vasconez Cuvi.
Cuando?	Septiembre 2013-Enero del 2014
Dónde?	Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vasconez Cuvi.
Con que técnicas de recolección?	Encuestas
Con que instrumento?	Riesgo suicida de Plutinck y prueba FF-SIL

Cuadro n.- 4
Elaborado por Jessica Iler

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Variable independiente

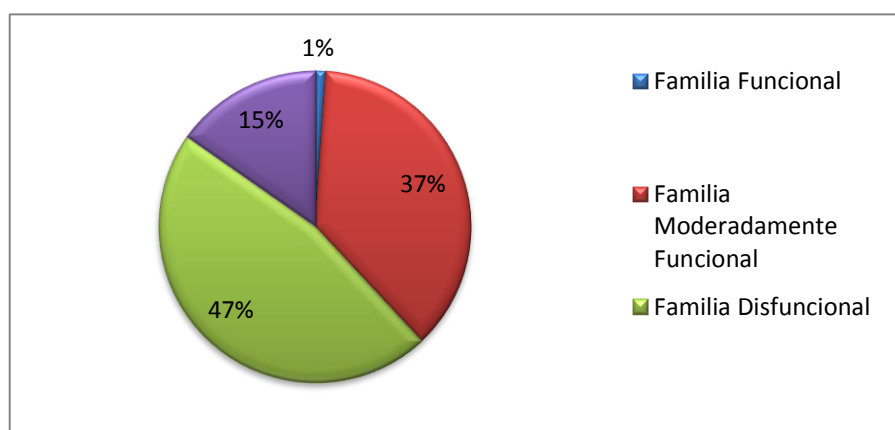
TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Tabla 1

Dimensiones	Puntuación	Porcentaje
Familia Funcional	1	1%
Familia Moderadamente Funcional	34	37%
Familia Disfuncional	43	47%
Familia Severamente Disfuncional	14	15%
TOTAL	92	100%

Test de Funcionalidad Familiar
Autora Jessica Iler

Grafico 5



Test de Funcionalidad Familiar
Autora Jessica Iler

4.1 Análisis del aspecto cuantitativo

De los datos obtenidos se puede apreciar que el 1% está dentro de la familia funcional, el 37% pertenece a una familia moderadamente funcional, mientras que el 47% representan a una familia disfuncional y el 15% está enmarcado dentro de la familia severamente disfuncional

4.2 Interpretación de resultados

En el gráfico numero 1 relacionado a funcionalidad familiar se aprecia que el 47 % mantiene una familia disfuncional lo cual está afectando en su desarrollo y equilibrio biopsicosocial, con un porcentaje menor 37%, se observa familias moderadamente funcionales lo cual indica que existe un deterioro medio en

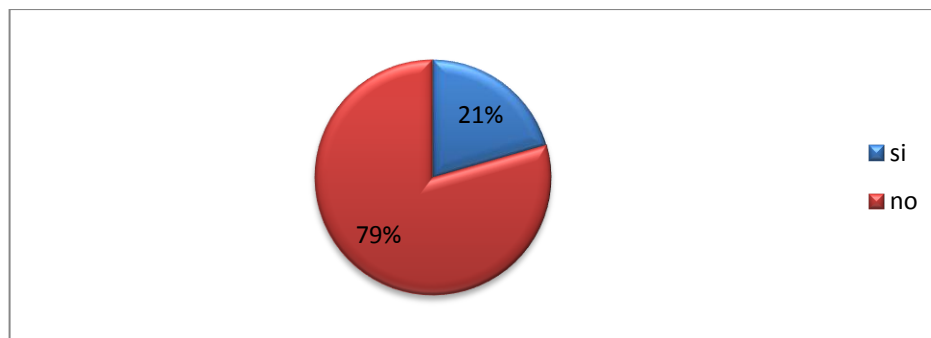
cuestión roles, normas y leyes de la familia, un porcentaje inferior 15%; indica una familia severamente disfuncional lo cual se refiere a que dichas familias poseen problemas graves que están afectando a los señores y señoritas estudiantes, y como última instancia se indica con un porcentaje del 1%, a la familia funcional entendiendo así que el manejo de roles, límites, expresiones de cariño, manifestaciones de comprensión y entendimiento es adecuado entre este mínimo porcentaje de estudiantes.

Variable dependiente

TEST DE RIESGO SUICIDA PLUTCHIK

Dimensiones	Puntuación	Porcentaje
Si tiene riesgo suicida	92	21%
No tiene riesgo suicida	356	79%
TOTAL	448	100%

Grafico 6



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

De los datos obtenidos se aprecia que el 21% de la población evaluada presenta riesgo suicida mientras que el 79% no presenta riesgo suicida.

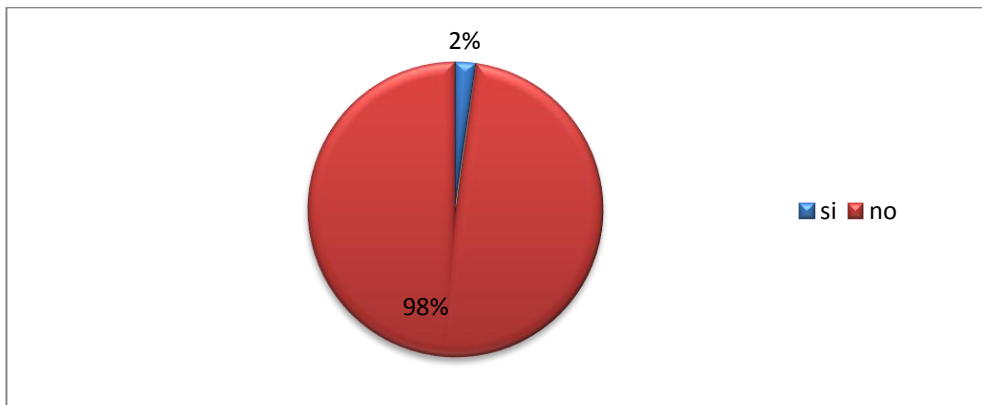
En el presente gráfico se da a conocer que de la población a quienes se aplicó el test de riesgo suicida un porcentaje alto no tiene complicaciones o amenazas contra su propia vida, mientras que un porcentaje relativamente inferior indica que si presentan riesgos suicidas tomando en cuenta que el cuestionario tiene un punto de corte a partir de seis en adelante se considera como riesgo de muerte.

Tabla 3

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?		
si	10	2%
no	438	98%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
 Autora Jessica Iler

Grafico 7



Test de riesgo suicida
 Autora Jessica Iler

El 2% si toman medicamentos para dormir, mientras que el 98% no lo hacen.

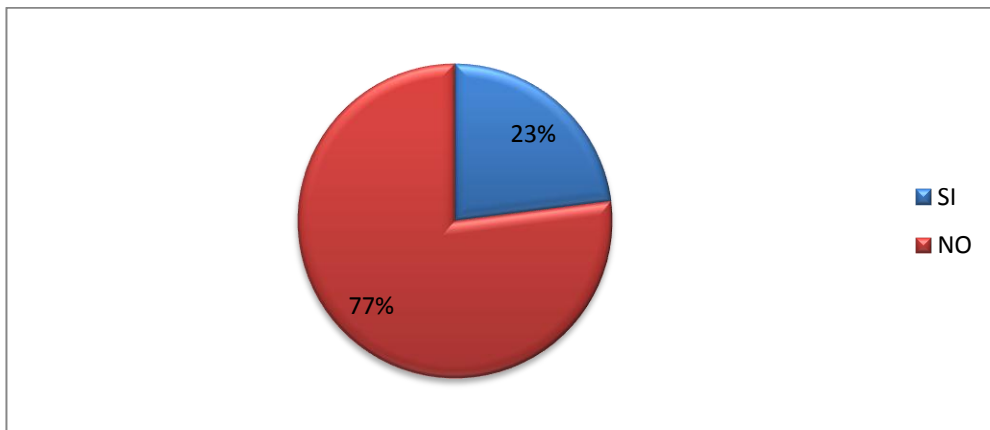
En el gráfico se puede identificar que un porcentaje alto indica que no requieren de medicamentos para poder conciliar el sueño, mientras que un porcentaje bajo manifiestan que debido a sus complicaciones personales se han visto obligados a consumir medicamentos para poder dormir y a su vez tener un buen descanso nocturno.

Tabla 4

2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
SI	103	23%
NO	345	77%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Grafico 8



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

El 23% de la población tiene problemas para conciliar el sueño, mientras que el 77% de la misma no manifiestan problema alguno.

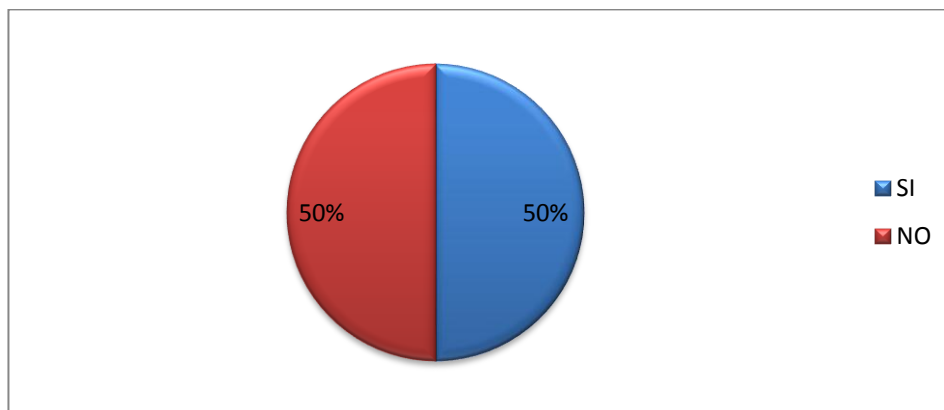
De toda la población examinada un porcentaje bajo manifiesta tener problemas para conciliar el sueño debido a las preocupaciones que lo aquejan durante todo el día en especial en la noche, mientras que un porcentaje alto indica que pueden conciliar el sueño sin ningún problema alguno.

Tabla 5

3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
SI	224	50%
NO	224	50%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Grafico 9



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

El 50% indica que si podrían perder el control sobre sí mismo, al igual que el 50% restante no podrían perder su autocontrol.

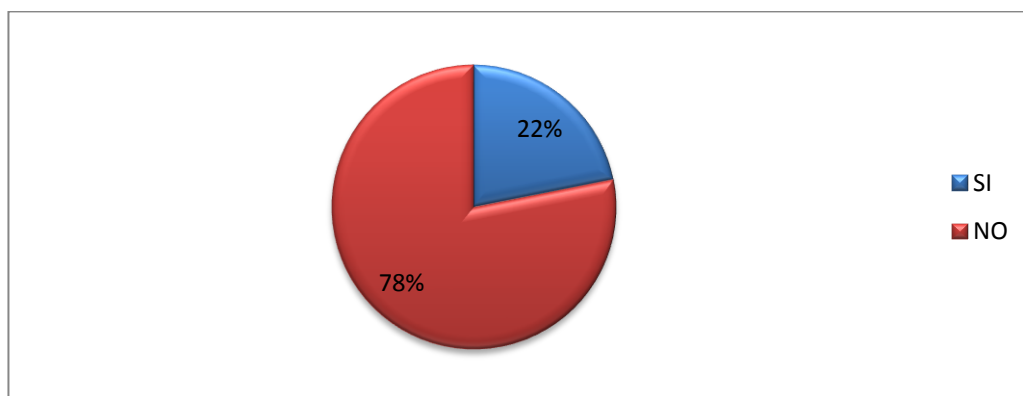
en el gráfico se puede observar que la mitad de la población examinada puede controlar sus emociones mientras que la otra mitad manifiestan que se les dificulta controlarse ante diversas situaciones, perdiendo así el control y actuando impulsivamente sin pensar antes de realizar cualquier tipo de actividades.

Tabla 6

4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
SI	98	22%
NO	350	78%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Grafico 10



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

El 22% si presentan poco interés por relacionarse con la gente, mientras que el 78% de la población no presentan dicha dificultad.

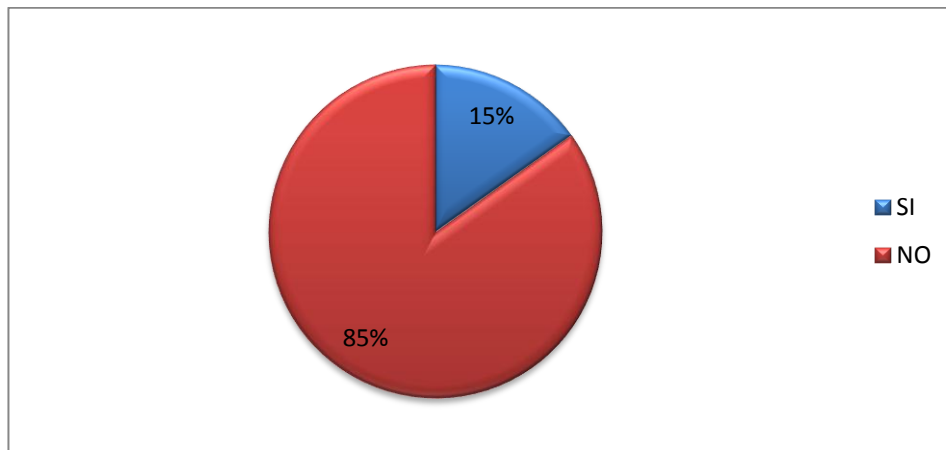
Un porcentaje alto manifiesta que su interés por relacionarse socialmente es notorio, pertenecen a grupos sociales como representantes deportivos, culturales y académicos, mientras que la población restante indica que han perdido el interés por relacionarse con la gente, debido a la serie de problemas que presentan. Esto a su vez ha dado como resultado la pérdida de amistades y desinterés social.

Tabla 7

5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
SI	68	15%
NO	380	85%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Gráfico 11



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

El 15% de la población indica que ven su futuro con pesimismo, mientras que el 85% manifiestan que su futuro será óptimo.

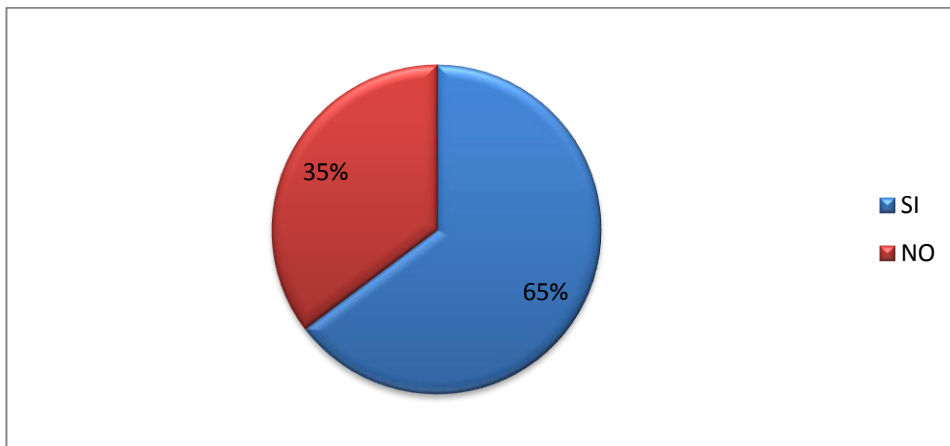
En el gráfico se puede observar una marcada diferencia entre los dos parámetros a indagar, una cantidad alta manifiestan que no consideran que su futuro sea pésimo a comparación con su presente, mientras que la población restante manifiesta que si ven su futuro peor que el actual, si sus problemas personales continúan en aumento.

Tabla 8

6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
SI	290	65%
NO	158	35%
TOTAL	448	100%

Grafico 12

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

El 65% indica que si se han sentido inútiles e inservibles en alguna ocasión, mientras que el 35% de la población indican que no han llegado a sentirse de esa manera.

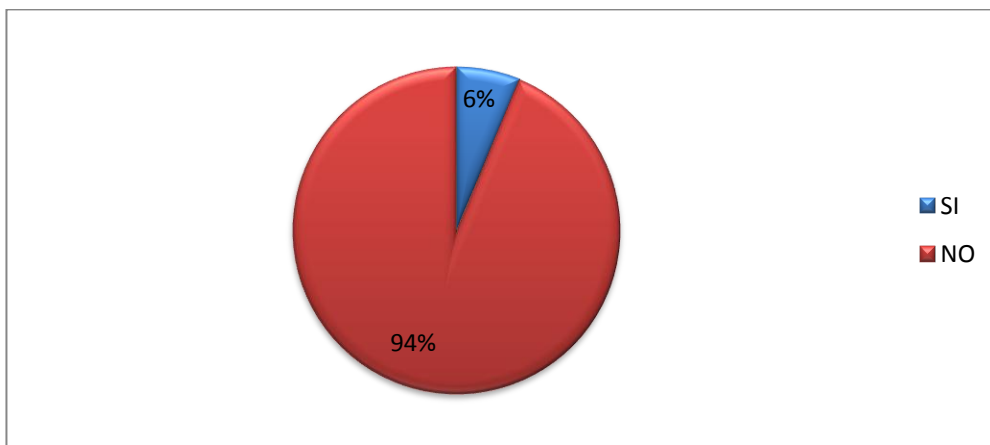
Se evidencia en la población evaluada que existe un porcentaje alto de adolescentes que en algún momento crucial de su vida han llegado a sentirse inútiles e inservibles, mientras que el resto de la población se consideran útiles y productivos para su familia y sociedad.

Tabla 9

7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
SI	28	6%
NO	420	94%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Grafico 13



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

El 6% manifiesta que sí, mientras que el 94% no piensan que su futuro no presente ninguna esperanza de superación.

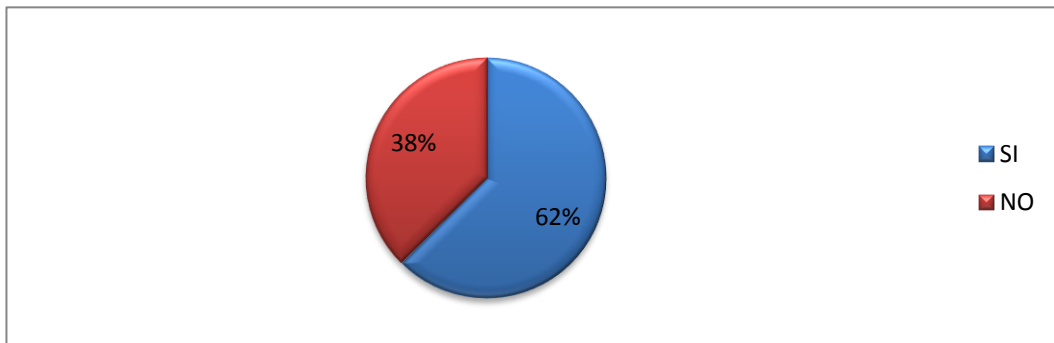
En el gráfico podemos observar que existe un alto porcentaje de la población que tiene metas y propósitos a futuro por lo tanto consideran que su futuro llegará a ser reparador y relativamente satisfactorio, mientras que un porcentaje pequeño indican que su futuro no tiene ninguna esperanza de realización personal.

Tabla 10

8. Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
SI	280	62%
NO	168	38%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Grafico 14



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

El 62% indica que si se han sentido fracasados sin ánimos de nada, mientras que el 38% de la población manifiesta que no han llegado a ese extremo de sentirse así.

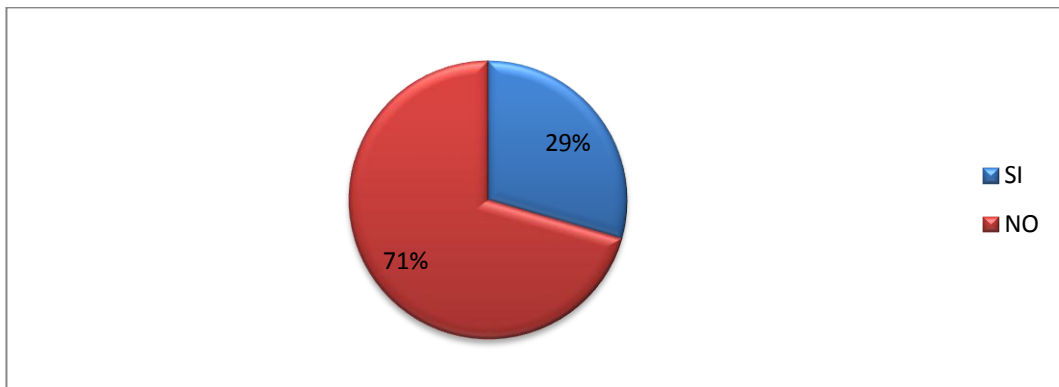
El mayor porcentaje de la población manifiestan que en momentos difíciles para ellos se han llegado a sentir inútiles y fracasados sin ánimos de realizar alguna actividad, mientras que la población subsecuente no manifiestan haber abandonado sus actividades cotidianas a causa de sus estados emocionales.

Tabla 11

9. ¿Está deprimido/a ahora?		
SI	132	29%
NO	316	71%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Grafico 15



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

El 29% si se siente deprimido, mientras que el 71% no se sienten deprimidos.

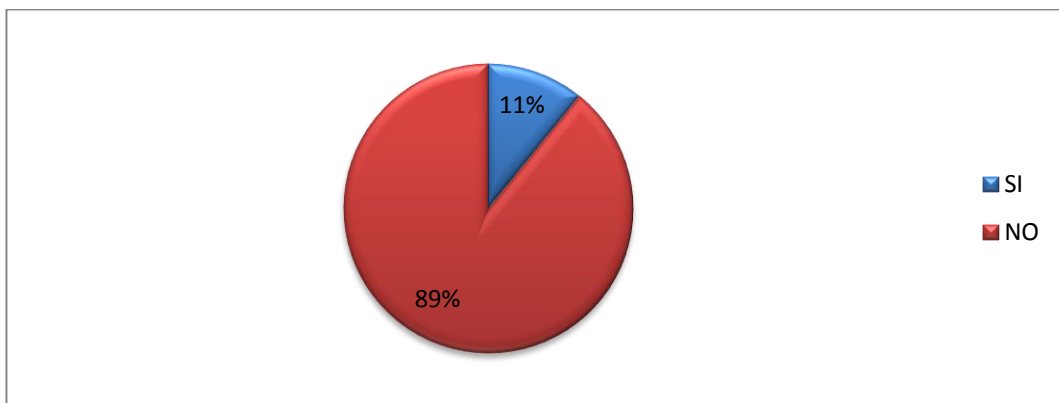
La población evaluada indica que un alto porcentaje no se sienten en estos momentos deprimidos, mientras que el porcentaje siguiente indica que si se sienten deprimidos debido a alguna dificultad personal o problemas familiares.

Tabla 12

10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?		
SI	16	11%
NO	132	89%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Grafico 16



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

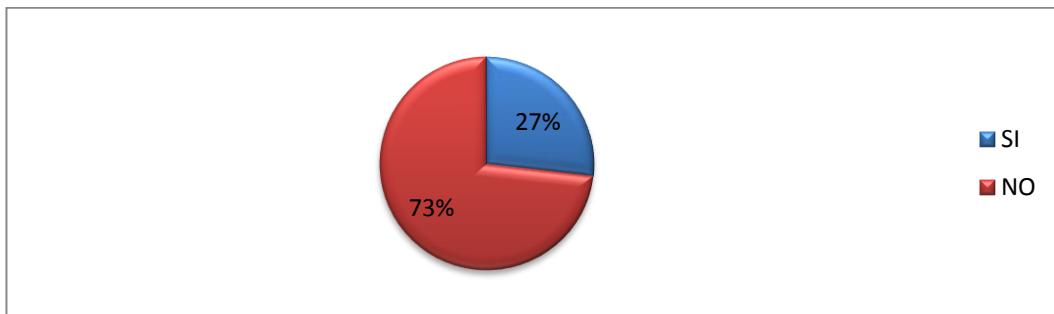
El 11% de la población presentan su estado civil entre separado, divorciado y viudo, mientras que el 89% manifiestan estar solteras.

De toda la población examinada se conoce que una cantidad mínima se ostenta el estado civil divorciado, viudo o separado, lo cual podría estar afectando al desenvolvimiento personal, mientras que el resto de la población que exhibe el estado civil soltero se presentan sin complicaciones personales.

Tabla 13

11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
SI	120	27%
NO	328	73%
TOTAL	448	100%

Grafico 17



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

El 27% de la población indican que si han existido familiares con antecedentes de suicidio, mientras que el 73% de la población desconocen que haya existido dicha dificultad.

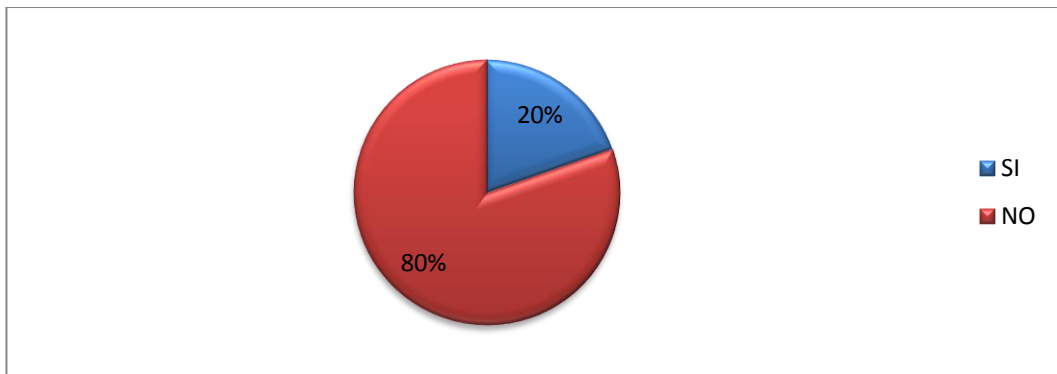
En el grafico se puede observar que un pequeño porcentaje de adolescentes conocen de antecedentes de suicidio en familiares a diferencia del resto de población que no conocen de estos antecedentes, posiblemente porque no los hay, o debido a que no existe la comunicación familiar por temor o desonra de la misma.

Tabla 14

12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
SI	88	20%
NO	360	80%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Grafico 18



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Un 20% se ha llegado a sentir tan enfadado al punto de querer matar a alguien en relación 80% que no serían capaces de llevar su enfado a tal extremo de pensar en matar a alguien.

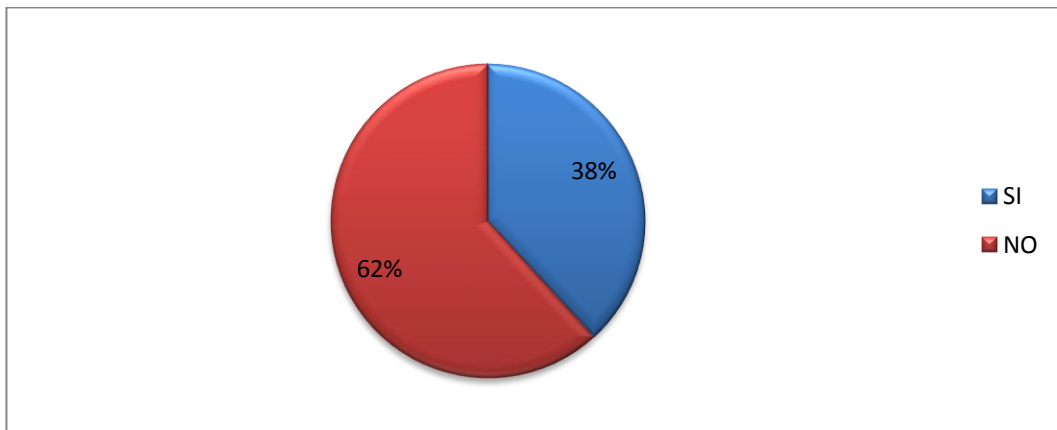
En la población evaluada se llegó a conocer que un alto porcentaje de la población no podrían llegar a tener pensamientos de matar a alguien debido a su enojo o disgusto, con relación al porcentaje siguiente que indican que sí podrían llevar su enojo al punto de ser capaz de matar a una persona.

Tabla 15

13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
SI	171	38%
NO	277	62%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Grafico 19



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

El 38% si ha pensado en suicidarse, como el 62% no lo ha pensado

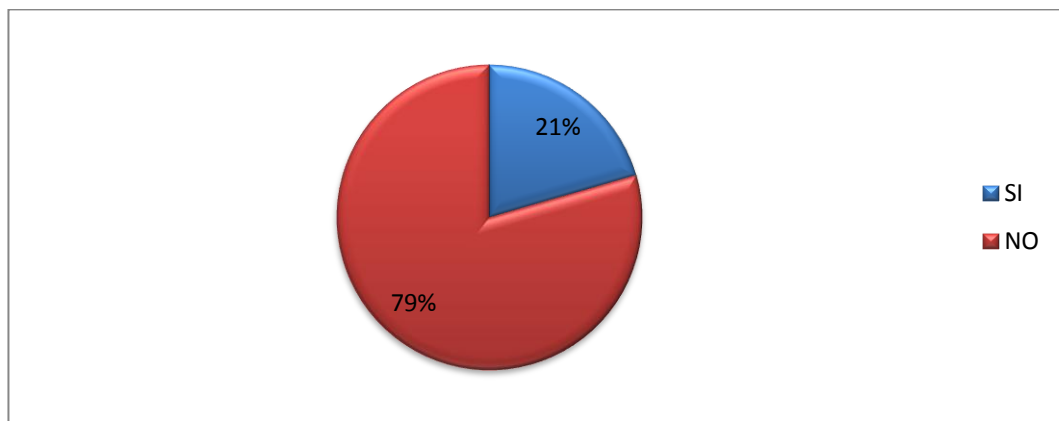
De la población evaluada se puede decir que existe un notable porcentaje el cual indica que hay adolescentes que si han pensado quitarse la vida por diversos motivos, mientras que la población restante no ha posee este tipo de pensamiento autodestructivo.

Tabla 16

14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
SI	92	21%
NO	356	79%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Grafico 20



Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

El 21% si han contado de su pensar, mientras que el 79% no lo han hecho.

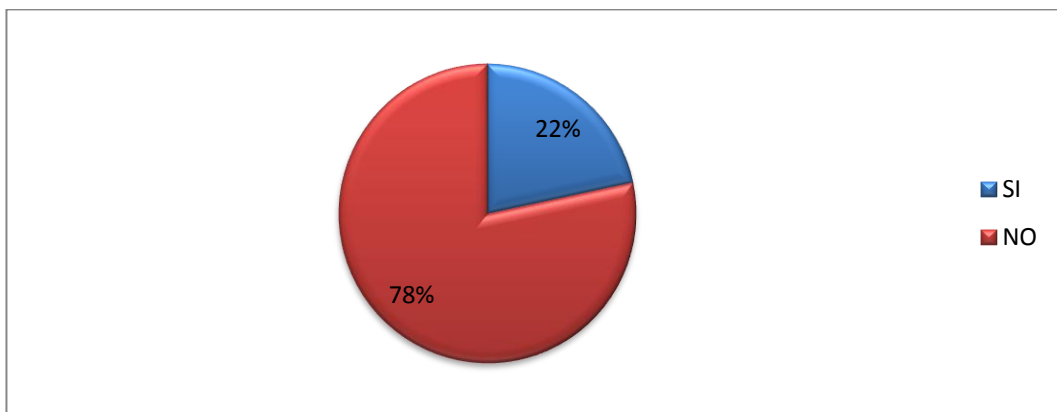
En el gráfico se puede observar que la mayor parte de la población no han tenido la oportunidad de contarle a alguien de su pensar, a diferencia del resto de la población si lo ha hecho a familiares, amigos, conocidos en los cuales han encontrado apoyo para no tomar esa decisión.

Tabla 17

15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
SI	97	22%
NO	351	78%
TOTAL	448	100%

Test de riesgo suicida
Autora Jessica Iler

Grafico 21



El 22% de la población si han intentado quitarse la vida, mientras que el 78% no lo han intentado.

En la población evaluada se aprecia que un bajo porcentaje menor han intentado quitarse la vida por algún motivo lo que haría presumir problemas en el estado de ánimo, mientras que un porcentaje alto que marca la diferencia de la población no lo ha intentado expresando control emocional.

4.3 Comprobación de Hipótesis

TABLAS DE CONTINGENCIA

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Funcionalidad						
Familiar * Riesgo	92	100.0%	0	0.0%	92	100.0%
Suicida						

Cuadro 4
Elaborado por Jessica Iler

Tabla de contingencia Funcionalidad Familiar * Riesgo Suicida

Recuento

		Riesgo Suicida						Total	
		7	8	9	10	11	12		15
Funcionalidad Familiar	Funcional	1	0	0	0	0	0	0	1
	Moderadamente Funcional	22	5	6	0	0	0	0	33
	Disfuncional	12	13	16	2	0	1	0	44
	Severamente Disfuncional	0	1	2	5	4	1	1	14
	Total	35	19	24	7	4	2	1	92

Cuadro 5
Elaborado Jessica Iler

Análisis.- De los 35 adolescentes que tienen una puntuación de 7 indicando que si tienen riesgo suicida, 1 tiene una familia funcional, 22 tienen familia moderadamente funcional, y 12 personas tienen una familia disfuncional.

De los 19 adolescentes que tienen una puntuación de 8 en riesgo suicida, 5 tienen una familia moderadamente funcional, 13 tiene una familia disfuncional y 1 persona tiene una familia severamente disfuncional.

De los 24 adolescentes que tiene 9 en riesgo suicida, 6 tienen una familia moderadamente funcional, 16 tienen una familia disfuncional y 2 personas tienen una familia severamente disfuncional.

De los 7 adolescentes que tienen 10 en riesgo suicida, 2 tienen una familia disfuncional y 5 personas tienen una familia severamente disfuncional.

De los 4 adolescentes que tienen 11 en riesgo suicida, los 4 pertenecen a una familia severamente disfuncional.

De los 2 adolescentes que tienen 12 en riesgo suicida, 1 tiene una familia disfuncional y 1 persona tiene una familia severamente disfuncional.

La única persona que mantuvo un puntaje de 15 en riesgo suicida, pertenece a una familia severamente disfuncional.

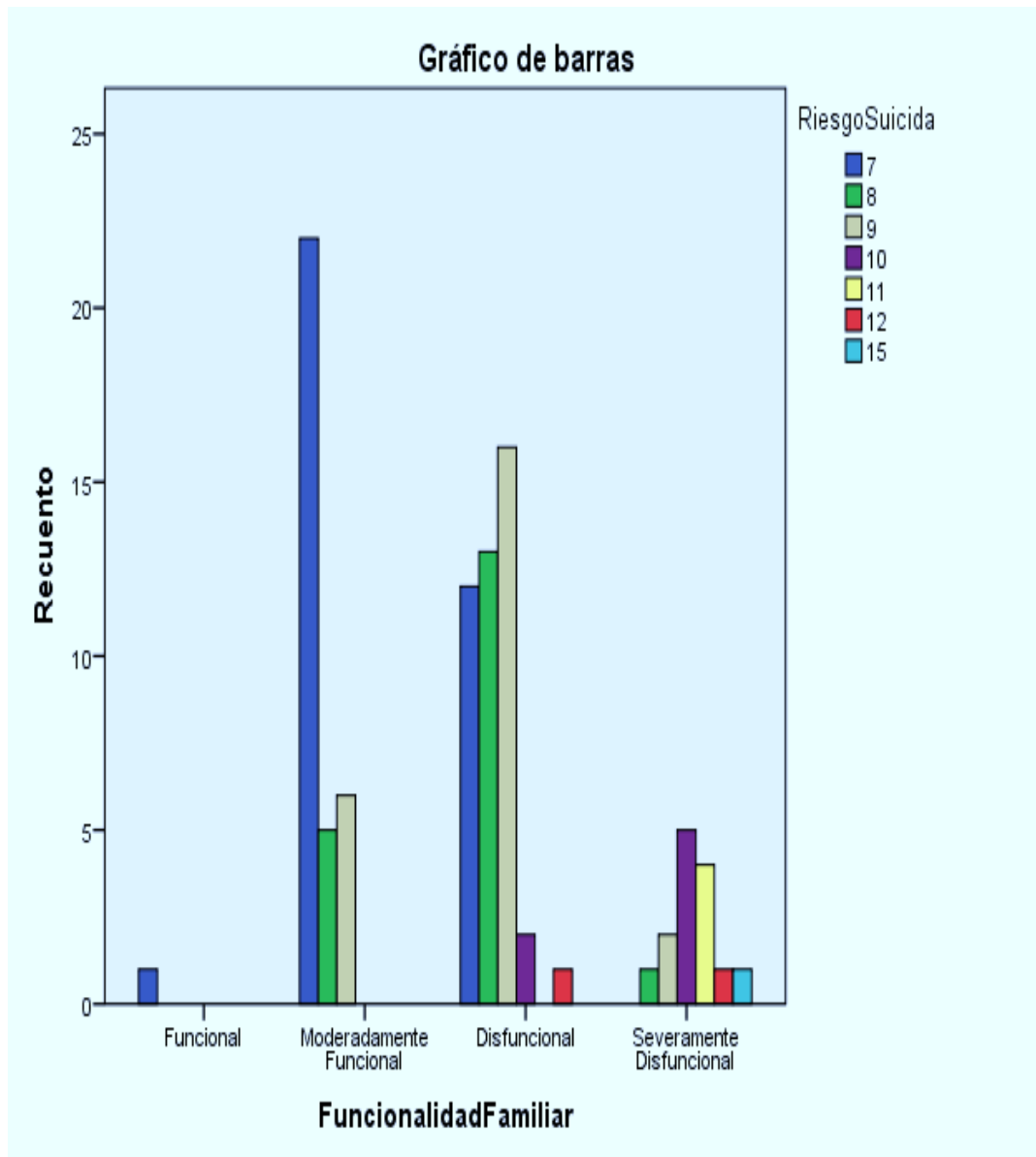


Grafico 22
Elaborado por Jessica Iler

Interpretación.-Que mediante la prueba de X2 se logra confirmar la HA que menciona que los estudiante cuya funcionalidad familiar sea de severo a disfuncional tendrán mayor riesgo suicida.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilatera l)	Probabili dad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	69.82 8 ^a	18	.000	. ^b		
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	61.30 3 59.11 1	18	.000	.000 .000		
Asociación lineal por lineal	36.32 0 ^c	1	.000	.000	.000	.000
N de casos válidos	92					

a. 21 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .01.

b. No se puede efectuar el cálculo porque no hay suficiente memoria.

c. El estadístico tipificado es 6.027.

Se cumple la hipótesis pues la funcionalidad familiar si se relaciona con el riesgo

suicida ($X^2(18) = 59,11, N = 92, p < a 0,05$)

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Como se evidencia en la interpretación del test de funcionalidad familiar vemos que la población sometida a investigación el 1% está dentro de la familia funcional, el 37% pertenece a una familia moderadamente funcional, mientras que el 47% representan a una familia disfuncional y el 15% está enmarcado dentro de la familia severamente disfuncional, al analizar dichas cifras podemos concluir que existe un alto porcentaje de familias disfuncionales lo que está afectando a la población examinada tanto a nivel personal como académico teniendo en cuenta que existe tan solo el 1% de las familias que son consideradas funcionales.

Con respecto al análisis de los resultados del test de riesgo suicida los datos obtenidos son que el 21% de la población evaluada presenta riesgo suicida mientras que el 79% no presenta riesgo suicida. Con dichos datos obtenidos podemos concluir que no es alta la población quienes presentan dicho riesgo, pero el tema es relativamente perjudicial para lo cual me atrevo a mencionar que los jóvenes requieren ayuda inmediata.

En el análisis realizado mediante el Chi cuadrado se llegó a la conclusión de que si existe una correlación entre las variables dependiente e independiente cumpliéndose la Hipótesis alterna la cual manifiesta que las familias cuya funcionalidad sea de severa a disfuncional, mayor es el riesgo suicida en los adolescentes evaluados como sujetos de estudio.

RECOMENDACIONES

Es recomendable mantener un plan de sesiones grupales con los padres y miembros familiares de los alumnos de la institución, como forma de ayuda y apoyo al buen funcionamiento familiar. Ya que los resultados obtenidos de la investigación son alarmantes, cada una de las familias requiere una atención individual y a la vez grupal,

La población demanda atención, por lo tanto se recomienda presentar la atención necesaria impartiendo charlas, talleres, una serie de métodos y técnicas de seguimiento personal y grupal para de esta manera mejorar su desarrollo y desenvolvimiento personal y social.

Es importante la realización de investigaciones consecuentes a nivel institucional ya que la presente investigación se realizó a un grupo determinado, para así corroborar la hipótesis planteada y dar una solución a dicha problemática inmediatamente. La aplicación de un plan psicoterapéutico tanto a los alumnos como a sus familias ayudara al desarrollo personal y grupal de los implicados en dicha investigación.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

Título: Aplicación de la terapia cognitiva de Aaron Beck, en los estudiantes y sus familias del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vasconez Cuvi.

Institución beneficiada: Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vasconez Cuvi

Provincia: Cotopaxi

Cantón: Latacunga

Parroquia: La merced

Responsable: Jessica Iler

Fecha de elaboración: 12 de Septiembre del 2013

Fecha de Ejecución: Desde el 5 de Septiembre de 2013 hasta el 5 de Noviembre de 2013

Institución Ejecutora: Universidad Técnica de Ambato en la especialidad de Psicología Clínica.

Beneficiarios: La presente investigación, está destinada a beneficiar directamente a los estudiantes del segundo año de bachillerato del Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vasconez Cuvi y a sus respectivas familias.

6.2 Antecedentes de la propuesta

Los datos a presentarse constituyen con veracidad la obtención de información recabada mediante los reactivos aplicados

El test de funcionamiento familiar revelo que el 1% de la población evaluada está dentro de la familia funcional, el 37% familia moderadamente funcional, el 47% familia disfuncional y el 15% está enmarcado dentro de la familia severamente disfuncional

Con relación al test de Riesgo suicida los datos arrojados después de la evaluación pertinente al caso fueron que el 21% de la población evaluada presenta riesgo suicida mientras que el 79% no presenta riesgo suicida.

El tomar medicamentos, aspirinas o pastillas para dormir de forma habitual revela que el 2% si ingieren, mientras que el 98% no lo hacen.

El no poder conciliar el sueño tiene un resultado del 23% de la población tiene problemas para conciliar el sueño, mientras que el 77% de la misma no manifiestan problema alguno.

El perder el control sobre uno mismo indica que el 50% si podrían perder el control sobre sí mismo, el 50% restante no llegarían a perder su autocontrol.

El interés para relacionarse con las demás personas se enmarca que el 22% si presentan poco interés por relacionarse con la gente, mientras que el 78% de la población no presentan dicha dificultad.

Ver el futuro con pesimismo y menos optimismo esta el 15% de la población indica que su optimismo hacia el futuro es nulo, mientras que el 85% manifiestan que su futuro no será pésimo.

El sentimiento de inutilidad y ser inservible indica que el 65% poseese sentir de inutilidad e inservibles mientras que el 35% de la población indican que no han llegado a sentirse de esa manera.

La esperanza de ver su futuro prometedor es del 6% de la población que sí ven su futuro lleno de esperanza, mientras que el 94% no piensan que su futuro presente alguna esperanza de superación.

El sentirse fracasado y abandonarlo todo se interpreta que la población el 62% indica que si se han sentido fracasados sin ánimos de nada, mientras que el 38% manifiesta que no han llegado a ese sentir.

El estar deprimido en estos momentos indican que el 29% si lo están, mientras que el 71% de la población examinada no se sentían deprimidos en ese momento

El estado civil entre separado, divorciado y viudo enmarca que el 11% de la población están dentro de alguno de los estados mencionados, mientras que el 89% manifiestan estar dentro de una posición solteras.

Conocer antecedentes de suicidio en la familia indican que el 27% de la población si conocen de familiares con antecedentes de suicidio, mientras que el 73% de la población desconocen que haya existido dicha dificultad.

El sentimiento de enfado ha sido tan grande como para pensar en matar a alguien manifiesta que el 20% se ha llegado a sentir tan enfadado al punto de querer matar a alguien en relación al 80% que no serían capaces de llevar su enfado a tal extremo de pensar en matar a alguien.

El pensamiento de suicidarse se a dado en el 38% de la población evaluada, mientras que el 62% no lo ha pensado

Mencionar a otras personar el pensamiento de quitarse la vida dentro de la población evaluada esta 21% si han contado de su pensar, mientras que el 79% no lo han hecho.

El intentar quitarse la vida se enmarca dentro del 22% a diferencia del 78% no lo han intentado.

6.3 Justificación

El tema del riesgo suicida es considerado un problema social que está afectando a la comunidad en general y esta a su vez va en incremento arrebatando vidas año a año debido a esto es importante aplicar un modelo teórico cognitivo con la necesidad de modificar las distorsiones cognitivas en aquellas personas quienes están inmersas dentro de la problemática establecida.

Dicha propuesta de solución es factible ya que tenemos la colaboración necesaria por parte de los implicados que son los alumnos quienes poseen el riesgo suicida y sus respectivas familias.

El diseño y aplicación de la propuesta de solución a dicha problemática posee un aspecto original y novedoso ya que en la institución no se han presentado investigaciones y métodos de solución en los cuales exista la interacción tanto de alumnado como de padres de familia, desde un punto de vista integrativo con la determinación de conllevar a la familia al adecuado funcionamiento familiar.

Por lo tanto el impacto que se generara en la comunidad institucional será productivo ya que las familias interactuaran en cada una de las actividades previstas con el objetivos de fortalecer los lasos familiares restaurando roles, manifestaciones de cariño entre los miembros y el cumplimiento de normas y reglas.

Como punto final de la justificación puedo mencionar que los beneficiarios directos serán los alumnos en riesgo, sus familias y a su vez la comunidad no solo institucional sino provincial ya que se verá el trabajo realizado para disminuir los riesgos suicidas e incrementar el buen funcionamiento familiar.

6.4 Objetivos

Aplicar la terapia cognitiva de Aaron Beck con una inclinación individual y grupal para las familias y adolescentes estudiantes del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vasconez Cuvi.

6.4.1 Objetivos específicos

Modificar las distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos con relación al suicidio en los adolescentes evaluados quienes presentan dicha problemática.

Fortalecer el ambiente familiar con el fin de equilibrar a las familias logrando el funcionamiento de las mismas.

6.5 Fundamentación teórica

La corriente psicológica que guiará la propuesta psicoterapéutica tendrá sus bases cognitivas, con el fin de modificar distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, e identificar conflictos dentro del sistema familiar, este trabajo de solución tuvo un acompañamiento psicoeducacional dirigido a las familias con el fin de brindar información sobre el adecuado funcionamiento familiar y las consecuencias a posteriori que trae una posible disfunción del sistema familiar como ha sido el riesgo suicida .

La terapia cognitiva de Aaron Beck es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). (Beck, 2010)

Esta teoría se basa en que los efectos y las conductas de un individuo están determinadas por como este sujeto ve su forma de vida ante el mundo, se conoce que sus cogniciones se basan mediante sus vivencias pasadas proporcionándole así las experiencias. La persona puede llegar incluso a sentirse fracasado si sus experiencias no han sido las adecuadas por lo tanto mediante la modificación de sus cogniciones y pensamientos esos sentimientos o experiencias mal fundadas pueden cambiar.

El objetivo de las técnicas cognitivas es eliminar las creencias desadaptativas enseñándole al paciente cinco pasos fundamentales para su desarrollo cognitivo y conductual. La primera es controlar los pensamientos automáticos negativos, la segunda identificar cual es la relación entre cognición, efecto y conducta, la tercera examinar si la información está o no de acuerdo con sus pensamientos distorsionados, la cuarta sustituir estas cogniciones por algo que este dentro de la realidad y la quinta aprender a identificar y modificar esas creencias que distorsionan sus experiencias.

RELACIÓN TERAPÉUTICA

La terapia cognitiva posee varias técnicas para un tratamiento específico y efectivo las cuales serán aplicadas de manera lógica, planificadas y adaptadas a cada uno de los pacientes individualmente.

Las características que debe tener un terapeuta no solo cognitivo sino más bien quien ejerza su profesión como psicólogo son aceptación, empatía y autenticidad.

La aceptación se trata de manifestar una preocupación sincera y el interés por el paciente ya que el a su vez presenta distorsiones a nivel de su percepción por lo tanto el terapeuta deberá ser precavido al mostrar actitudes ante el paciente.

La empatía tiene referencia al modo en como el terapeuta ve y experimenta el mundo del paciente, incluso llegara a entender los sentimientos de paciente como estructura ciertos eventos y como responde ante ellos, si la empatía llegara a ser la adecuada el terapeuta podrá percibir las expectativas del paciente resultándole fácil dar interpretación y sentido a las conductas del paciente.

La autenticidad se trata de poseer la capacidad de comunicarse sinceramente con el paciente transmitiéndole imágenes de forma realista.

TERAPIA EXPLICATIVA

Involucra estrategias de comunicación como consejo directo, esclarecimiento e interpretación, se aborda la etiología de la enfermedad del paciente las causas y los mecanismos de formación de los síntomas que le aquejan.

A través de la terapia explicativa se puede brindar la información necesaria sobre signos y síntomas, el cual ayuda al proceso de psicoeducación, mientras que las técnicas de terapia cognitiva tratan las creencias relacionadas con los riesgos suicidas.

PSICOEDUCACION

La psicoeducación hace referencia a la información proporcionada de algún tema en general a ciertas personas que poseen trastornos psicológicos, sus objetivos son; eliminar prejuicios, mejorar el cumplimiento de tratamiento, reducir el riesgo de recaídas. Aliviar la carga emocional.

TÉCNICAS COGNITIVAS

Las técnicas cognitivas se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas en base a las cuales el paciente organiza la realidad, etc., se emplean para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender la interpretación que éste último hace de la realidad. (Beck, 2010).

Método socrático los pacientes son guiados a través de un proceso de descubrimiento de sus patrones de pensamiento y acción distorsionados, este método impulsa al paciente a contemplar, evaluar y sintetizar diversas fuentes de información.

Definición de “cognición” para el paciente Se trata de dar a conocer al paciente que es una cognición ya que el mismo la interpreta como presentaciones objetivas de la vida real acogiéndolas como verdaderas, esta técnica tiene como objetivo que el paciente conozca que una cognición puede llegar a ser un pensamiento no consiente, es una valoración de acontecimientos pasados, presentes o futuros.

Influencia de las cogniciones sobre los afectos y la conducta Se conoce que los pensamientos influyen en el estado de ánimo ya que un paciente puede ser sometido a la exposición de imágenes sean agradables o desagradables ante esto el paciente reaccionara de acuerdo al estímulo do ya una experiencia vivida.

Cognición y experiencias recientes Existen personas que no pueden llegar a reconocer sus pensamientos, sentimientos e ideas ante ciertas situaciones, sin embargo pueden reconocer sus cogniciones negativas y positivas a partir de sus propias experiencias.

Detección de los pensamientos automáticos Se trata de anotar todos los pensamientos y cogniciones que el paciente manifiesta de manera diaria con el objetivo de que concientice el porqué de esos pensamientos automáticos, otro método es el darse 15 minutos para recordar los acontecimientos y darles un significado a inmediato con relación al estado de ánimo en el que se encuentra.

Examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos Consiste en dar un análisis más concreto de cómo son las cosas, las personas están involucradas dentro de un sistema de creencias irracionales en las cuales se enmarcan por tal o cual motivo por lo tanto el trabajo

del terapeuta es analizar el porqué de esas cogniciones y darles un significado concreto mediante preguntas de razonamiento.

Análisis de las ventajas y desventajas se controla al paciente a través de un proceso de enumeración y reevaluación de las ventajas y desventajas del riesgo suicida. Se realiza un cuadro con cuatro celdas para los pacientes y se les insita a que llenen cada celda con las posibles consecuencias que tiene el intentar quitarse la vida.

Cuando el análisis de ventajas y desventajas llega a tener éxito, el paciente consigue obtener una visión más precisa, objetiva y equilibrada del riesgo suicida. Aquellos que mantiene riesgos suicidas tratan de alguna forma de minimizar sus problemas relacionados con las mismas y maximizar los beneficios asociados a tomarlas.

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Como ya sabemos el suicidio está enmarcado dentro de lo que se conoce como la depresión, la pregunta que la mayor parte de personas se hace es el ¿porque tomar este tipo de solución como alternativa primaria?.

Para el tratamiento de una persona con ideas suicidas es menester indagar sobre las formas posibles de suicidio entre estas tenemos los tipos y funciones familiares, el alcance a medicamentos la accesibilidad a otras vías de destrucción como armas y los medios ambientales.

Hay que tener en cuenta los medios que pueden ayudar en su entorno como personas cercanas quienes puedan evitar el intento y requerir de inmediato ayuda profesional, muchas pacientes suicidas manifiestan conductas de sigilo, mientras que otros dan a conocer frases o expresiones verbales como “no deseo seguir viviendo” “toda mi vida ha sido inútil” “las cosas no vana a mejorar nunca” o simplemente el paciente al irse a dormir puede manifestar un “Adiós”

La intencionalidad suicida como un continuo

En este punto se llega a tratar dos extremos la intención netamente irrevocable de quitarse la vida y el otro extremo vendría a ser la decisión de seguir viviendo. El continuo tiene referencia al grado de intencionalidad que el individuo puede llegar a tener, existen factores casuales e imposibles de controlar dentro del convivir diario los cuales pueden intensificar los deseos o pensamientos suicidas en las personas quienes son propensas o quienes han tenido ya intentos de suicidio anteriormente.

Exploración de los motivos para el suicidio

Después de haber realizado una entrevista inicial con el paciente se puede encontrar en primera instancia aquellos pensamientos o deseos de suicidio aludiendo a estos como manifestaciones de escapatoria a los diferentes problemas producidos a nivel familiar o personal resuelven tener como única opción el darse por vencidos por que simplemente su vida ya no vale nada es demasiado, no merece la pena vivir o están cansados de luchar. El papel del terapeuta en estas situaciones es inmiscuirse dentro del mundo del paciente y ver su realidad desde

su punto de vista, uno de los motivos principales de los intentos suicidas es la manipulación ya sea por parte de hombres como de las mujeres, en sus diferentes contextos psicológicos.

Inclinación de la balanza en contra del suicidio

En esta técnica es importante que el terapeuta haga que el paciente se inmiscuya dentro de la terapia con el objetivo de que aplace su deseo de quitarse la vida, hay que estimular su interés por ver los resultados de la terapia y la curiosidad de como ira avanzando el proceso terapéutico, es importante darle a conocer después de algunas sesiones las razones existentes tanto para vivir como para morir.

Intensificación de los deseos suicidas durante la terapia

Hay que tener en cuenta que durante la terapia el paciente entrara en un proceso de desesperación en los cuales sus deseos o pensamientos suicidas irán en aumento, el terapeuta debe mantenerse alerta a toda clase de manifestaciones del paciente y recomendar en sus hogares la vigilancia ante los mismo.

6.6 Metodología Plan de acción

FASE	ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLE
FASE I ABORDAJE FAMILIAR	RELACIÓN TERAPÉUTICA	Determinar los grupos de familias a intervención. Establecer la empatía y encuadre.	Presentación del grupo de trabajo. Socialización del proyecto Dinámicas grupales “alianza” Establecer compromisos de trabajo.	3 Días	(Salón de actos)	Investigadora: Jessica Iler

	PSICOEDUCACION.	Concientizar las causa y efectos de los riesgos suicidas en los adolescentes y las distorsiones funcionales del sistema familiar.	Terapia explicativa. Mediante conferencias y talleres Yo amo la vida Efectos, psicológicos que atrae el riesgo suicida. Actitud de la familia frente dicho problema	5 Días	Salón de actos, material bibliográfico y equipo tecnológico.	Investigadora: Jessica Iler

			.			
	IDENTIFICACIÓN DE CONFLICTOS DENTRO DEL SISTEMA.	Crear un ambiente óptimo para la aplicación y desarrollo de la	Roll-play cognitivo Definición del problema. Proponer las	1 Semana	Salón de actos, material bibliográfico y equipo tecnológico.	Investigadora: Jessica Iler

		terapia	alternativas. Examen de ventajas y desventajas, Selección de soluciones hipotéticas.			
FASE II TRABAJO COGNITIVO INDIVIDUAL	PROCESO INICIAL	Evaluar, conceptualizar y justificar la terapia.	Establecimiento de la empatía basada en la autenticidad y aceptación. Evaluación de	1 Semana	Material de oficina y escucha activa Videos	Investigadora: Jessica Iler

			<p>los problemas del paciente.</p> <p>Comprender las quejas y transformarlas en síntoma objetivo.</p> <p>Demostrar cómo influyen las cogniciones en las emociones.</p>			
	<p>PROCESO INTERMEDIO</p>	<p>Aplicar técnicas cognitivas</p>	<p>Método socrático.</p> <p>Detención de</p>	<p>2 Semana</p>	<p>Salón de actos.</p> <p>Material bibliográfico, de</p>	<p>Investigadora:</p> <p>Jessica Iler</p>

			<p>pensamientos automáticos</p> <p>Someter a prueba los pensamientos automáticos</p> <p>Reatribucion</p> <p>Búsqueda de soluciones alternativas</p> <p>Experimentos conductuales</p>		<p>oficina y Equipo tecnológico.</p>	
	PROCESO FINAL	Prevencción de recaídas	Recordar el modelo	2 Semana	Salón de actos. Material de	Investigadora: Jessica Iler

			<p>explicativo</p> <p>Revisión de las habilidades aprendidas</p> <p>Énfasis en mantener y mejorar esas habilidades</p> <p>Aceptación de que vuelven aparecer problemas en la vida</p> <p>Identificación de</p>		<p>oficina y Equipo tecnológico (retroproyector y utilización de diapositivas).</p>	
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------	--

			las situaciones de alto riesgo Elaboración de una lista de estrategias que el paciente considera útiles para enfrentar las situaciones.			
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

6.7 MARCO ADMINISTRATIVO

RECURSOS

Institucionales

Universidad Técnica de Ambato

Colegio de Bachillerato Unificado Victoria Vasconez Cuvi.

Humanos

Población: 448 estudiantes adolescentes

Investigador: Jessica Iler

Expertos: Doc. Nancy Betancourt, Doc. Rafael Álvarez

Tutor: Ps.Cl. Juan Sandoval

Materiales

Libros

Test

Reproducción de documentos

Computador

Medios magnéticos: flash memory, CD.

Impresiones

Fotocopias

Oficios Administrativos

Transporte

Alimentación

Imprevistos

PRESUPUESTO

Rubro de gastos	Valor
Libros	\$ 180
Test	\$56
Reproducción de documentos	\$84
Computador	\$900
Medios magnéticos: flash memory, CD.	\$20
Impresiones	\$45
Fotocopias	\$50
Oficios Administrativos	\$20
Transporte	\$25
Alimentación	\$60
Imprevistos	\$40
TOTAL	\$ 1480

Cuadro N.- 7
Elaborado por Jessica Iler

CRONOGRAMA

N.-	ACTIVIDADES	Mar	Abrl	May	Jun	Jul	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic	Enr	Feb	Mar
		2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2013	2014	2014
1	Elaboración del proyecto	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
2	Presentación del proyecto					x								
3	Aprobación del proyecto					x								
4	Revisión bibliografía				x	x								
5	Construcción del marco teórico					x	x							
6	Selección y diseño de instrumentos		x	x										
7	Validación y pilotaje								x	x				
8	Investigación de campo										x			
9	Procesamiento de la información											x		

10	Diseño de la propuesta												x		
11	Presentación del informe de tesis													x	

Cuadro N.- 8
Elaborado por Jessica Iler

6.8 Previsión de la evaluación

La propuesta se evaluará, valiéndose de una observación del desenvolvimiento social de los adolescentes del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vasconez Cuvi, y del conocimiento y evaluación de la funcionalidad familiar y el riesgo suicida en los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberto, B. (2000). *Sobre la Teoría del Vínculo de Pichon Ribiere*. Buenos Aires: 21a Edición.

Aliño, J. J.-I. (2005). *DSM-IV.TR BREVARIO*. Barcelona: MASSON, S.A.

Buendía, R. R. (2004). *El Suicidio en adolescentes*. Murcia.

Ccoicca, T. (2010). *“Bullying y Funcionalidad Familiar en una Institución Educativa del Distrito de Comas”*. Lima.

Constituyente, A. (s.f.). CONSTITUCION DE LA REPUBLICA. QUITO, PICHINCHA, ECUADOR.

Fernandes, J. (2008). *La Familia célula vital de la sociedad*. Recuperado el 13 de noviembre de 2013, de <http://www.upcomillas.es/redif/revista/salamanca.pdf>

Gangotela, C. (2013). *“Una propuesta para promover el respeto a la diversidad de la vida familiar y para la generación de hogares funcionales”*. Quito.

García H, Roselba L. (20 de 07 de 2011). *Universidad de Buenos Aires*.

Recuperado el 02 de 06 de 2013, de www.uba.edu.ar

García Roselba, R. J. (2010). *RIESGO SUICIDA Y COHESIÓN FAMILIAR*.

Bolívar.

García, C. M. (s.f.). Recuperado el 22 de NOVIEMBRE de 2013, de

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf

ilerjessica. (2010). *psicopatologia*. salcedo: tercera.

Jaramillo, A. (16 de junio de 2011). *la hora*. Recuperado el 5 de marzo de 2013,
de noticias cotopaxi:

http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101158767/1/Suicidios,_un_problema_latente_en_la_provincia_de_Cotopaxi.html#.UpaXosRLO_9

Jaramillo, A. (16 de Junio de 2011). Suicidio, un problema latente en la provincia de Cotopaxi. *La Hora*, pág. 1.

Lilia, C. (2010). *'FRECUENCIA DE IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES Y SU*. Veracruz.

Lopez, E. (2000). *Familia y Sociedad una introduccion a la sociologia de la familia*. Madrid: Rialp, S.A.

Luis, M. (2007). *“Sintomatología Depresiva, Impulsiva y su Asociación con la Conducta Suicida en Adolescentes*. Mexico.

Morejon Karla, N. N. (2010). *EL PERFIL BIOPSIOSOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LA DETECCIÓN*. Ibarra.

Nacional, C. (03 de Julio de 2003). *Codigo de la Niñez y la Adolescencia*. Quito, Pichincha, Ecuador.

Peña, D. L. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de jovenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 1-2.

Ramos, H. (23 de mayo de 2012). *Cotopaxi Noticias*. Recuperado el 26 de septiembre de 2013, de El Suicidio de los adolescentes:

<http://www.cotopaxinoticias.com/seccion.aspx?sid=1&nid=7946>

Salazar, P. A. (2013). “*CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INCIDENCIA EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL BARRIO YANAYACU PERTENECIENTE AL CANTÓN SALCEDO EN EL PERÍODO MARZO 2012 NOVIEMBRE 2012*”.

Ambato.

Satir, V. (2002). *Nuevas Relaciones Humanas en el Nucleo Familiar*. Mexico

D.F: Pax Mexico.

Wilfrido Reyes, N. T. (2001). Intento Suicida y Funcionamiento Familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1-2.

ANEXOS

Fotografías de la toma de test a los estudiantes





Reactivos

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

DESCRIPCIÓN

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. En los ítems positivos (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20), cada respuesta afirmativa puntúa 1, mientras que en los ítems negativos (El resto) la respuesta negativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. El punto de corte propuesto son 6 puntos.

En nuestro medio ha sido validada por Rubio y cols².

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

Resulta fácil y rápida de administrar

INTERPRETACIÓN

Admitiendo las dificultades que implica la detección de pacientes con riesgo suicida de una manera fiable, la escala resulta útil para distinguir en nuestro medio a pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.

Algunos autores³ consideran que la escala no es efectiva para discriminar la severidad del riesgo suicida y describen la escala como una medida del riesgo más que como un predictor de acciones futuras. Debemos decir que en este estudio se utilizó una muestra con unas características muy concretas (soldados israelíes que consultaban por ideas autolíticas.)

Los autores de la escala original proponen un punto de corte de 8 puntos (cuando utilizan la versión de 26 ítems), con una sensibilidad y especificidad del 68%.

En la validación española el punto de corte propuesto son 6 puntos. Sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para distinguir entre controles y pacientes (tentativas de suicidio y trastornos de la personalidad). Con el mismo punto de corte la sensibilidad y especificidad son del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

La consistencia interna de la escala original era de 0,84 (alfa de Cronbach). En la validación española, era incluso superior 0,90. La fiabilidad test-retest tras 72 horas era de 0,89.

Validez:

En la escala original para un punto de corte de 8 (26 ítems) la sensibilidad y especificidad era del 68%.

En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido.

El análisis factorial de la escala demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales.

PRUEBA DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL

Este instrumento denominado FF-SIL, es un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite al identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este.

El FF-SIL, cuestionario de funcionamiento familiar, tiene sólo 14 ítems.

BAREMO

De 70 a 57 puntos. Familia funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide:

- 1 y 8 Cohesión
2 y 13 Armonía
5 y 11 Comunicación
7 y 12 Permeabilidad
4 y 14 Afectividad
3 y 9 Roles
6 y 10 Adaptabilidad

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

TEST DE RIESGO SUICIDA PLUTCHIK

Identificación.....

Fecha.....

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

1.- ¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?

Sí No

2.- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?

Sí No

3.- ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?

Sí No

4.- ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?

Sí No

5.- ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?

Sí No

6.- ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?

Sí No

7.- ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?

Sí No

8.- Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?

Sí No

9.- ¿Está deprimido/a ahora?

Sí No

10.- ¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?

Sí No

11.- ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?

Sí No

12.- ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?

Sí No

13.- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?

Sí No

14.- ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?

Sí No

15.- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

Sí

No

PUNTUACIÓN:

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Nombre.....Edad.....

Fecha de aplicación.....Fecha de Nacimiento.....

PREGUNTAS	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
En mi casa predomina la armonía.					
En mi casa uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
Nos expresamos sin insinuaciones, de					

forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
Podemos conversar diversos temas					

sin temor.					
Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Total: