

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA INTENCIONALIDAD SUICIDA”

Autor: Escobar Valencia, Francisco Xavier

Tutor: Psi. Cl. Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

Ambato – Ecuador

Agosto 2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Proyecto de Investigación sobre el tema **"LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA INTENCIONALIDAD SUICIDA**" de Escobar Valencia Francisco Xavier, 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 Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2019

EL TUTOR

_____

Psi. Cl. Mg. Gaibor González Ismael Álvaro

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: **"LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA INTENCIONALIDAD SUICIDA**", como también los contenidos, análisis, conclusiones y propuesta son de responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Junio de 2019

EL AUTOR

_____

Escobar Valencia, Francisco Xavier

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de él un documento disponible, para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Junio de 2019

EL AUTOR

_____

Escobar Valencia, Francisco Xavier

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **"LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA INTENCIONALIDAD SUICIDA**" de Escobar Valencia Francisco Xavier estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Agosto de 2019

Para constancia firman:

_____	_____	_____
PRESIDENTE/A	1er VOCAL	2do VOCAL

DEDICATORIA

A mi Poder Superior por haberme dado la oportunidad de culminar con este gran paso en mi vida.

A mis hijos Sophia y Pablo por ser la motivación de levantarme a pesar de todas las adversidades que he encontrado en el camino.

A mis padres Fanny y Saúl por todo su apoyo y amor incondicional durante mi vida y todo este proceso que culmina con este trabajo.

A mis hermanos Enrique, Fanny y Carlos por ser parte activa de este logro académico que estoy cumpliendo con éxito.

A los Docentes que han caminado conmigo, apoyado y exigido cuando ha sido necesario durante este trayecto que hoy termina, en especial a Javier López e Ismael Gaibor a los que les guardo un aprecio muy especial.

Escobar Valencia Francisco Xavier

AGRADECIMIENTO

A mi Poder Superior por darme esta oportunidad.

A mis padres por su todo su amor.

A la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología Clínica, docentes y personal administrativo que me han brindado su apoyo.

A todos los amigos y compañeros con los cuales compartí en las aulas y fuera de ellas.

Un agradecimiento especial a mi Tutor Ismael Gaibor por haberme guiado y exigido durante este trabajo de investigación.

A todos los que han sido parte de esto.

GRACIAS

Escobar Valencia Francisco Xavier

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO iii
DERECHOS DE AUTOR iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR v
DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTO vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS viii
INDICE DE TABLAS x
RESUMEN xi
ABSTRACT xiii
CAPÍTULO I 2
MARCO TEÓRICO 2
1.1. Antecedentes investigativos 2
1.1.1 Contexto 2
1.1.2 Estado del arte 10
1.1.3 Fundamentos teóricos 20
1.1.3.1 Familia: 20
1.1.3.2 Funcionalidad Familiar 29
Cohesión. 30
Armonía. 30
Comunicación. 30
Permeabilidad. 31
Afectividad. 31
Roles. 31
Adaptabilidad. 31
1.1.3.3 Intencionalidad Suicida 32
Psicopatología del suicidio 34
Intentos Suicidas 35
Factores de riesgo 37
1.2. Objetivos 43
CAPÍTULO II 46
METODOLOGÍA 46
2.1 Materiales 46
2.1.1 Descripción de los materiales utilizados 46

2.2 Métodos 49
2.2.1 Nivel y Tipo de Investigación. 49
2.2.2 Selección del área o ámbito de estudio 50
2.2.3 Población 50
2.2.4 Criterios de inclusión y exclusión 50
2.2.5 Diseño Muestral 50
2.2.6 Operacionalización de Variables 51
2.2.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información. 54
CAPÍTULO III 55
RESULTADOS Y DISCUSIÓN 55
3.1 Relación que existe entre la funcionalidad familiar y la Intencionalidad suicida. 55
3.3 Relación entre las variables intencionalidad suicida y funcionalidad familiar de acuerdo al género de los estudiantes de bachillerato del Colegio Nacional Pelileo. 59
3.3.1 Relación entre las variables intencionalidad suicida y funcionalidad familiar en el sexo masculino. 60
3.3.2 Relación entre las variables intencionalidad suicida y funcionalidad familiar en el sexo femenino. 62
3.4 Grados de riesgo de intencionalidad suicida de los estudiantes de bachillerato del Colegio Nacional Pelileo. 63
3.5 Verificación de hipótesis. 65
CAPÍTULO IV 66
CONCLUSIONES 66
RECOMENDACIONES 67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Variable Intencionalidad Suicida 51

Tabla 2 Variable Funcionalidad Familiar 53

Tabla 3 Intencionalidad suicida y Funcionalidad familiar 55

Tabla 4 Intencionalidad suicida-areas funcionalidad familiar 57

Tabla 5 Intencionalidad suicida-Funcionalidad Familiar-Hombres 59

Tabla 6 Intencionalidad suicida-Funcionalidad Familiar-Mujeres 61

Tabla 7 Grados de riesgo-Intencionalidad Suicida 63

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

“LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA INTENCIONALIDAD SUICIDA”

Autor: Escobar Valencia, Francisco Xavier

Tutor: Psi. Cl. Mg. Gaibor González Ismael Álvaro

Fecha: Junio del 2019

RESUMEN

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial y los adolescentes encabezan las estadísticas, esta investigación busca determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la intencionalidad suicida en adolescentes, así como establecer las áreas de funcionalidad familiar que se relacionan con la intencionalidad suicida, especificar la relación entre las variables intencionalidad suicida y funcionalidad familiar de acuerdo al género, además de identificar los grados de riesgo de intencionalidad suicida. El presente trabajo es un estudio correlacional y transversal, participaron 186 adolescentes de entre 15 y 17 años, a los cuales se les aplicó el Cuestionario de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) y la Escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS). Los resultados muestran que existe una correlación inversa entre la intencionalidad suicida y la funcionalidad familiar, a mayor riesgo de intencionalidad suicida la funcionalidad familiar baja en un 62%, la armonía baja en un 52%, la comunicación baja en un 54% y la

adaptabilidad también baja en un 65%, la permeabilidad sube en un 66%, en los hombres adaptabilidad baja en un 55%, en las mujeres la comunicación baja en un 71%, el grado más alto de riesgo suicida fue de 73%, y el riesgo más bajo fue de 2,1%.

PALABRAS CLAVE: FUNCIONALIDAD, FAMILIA, INTENCIONALIDAD, SUICIDIO, ADOLESCENTES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

PSYCHOLOGY CAREER

“FAMILY FUNCTIONALITY AND ITS RELATIONSHIP WITH SUICIDE INTENTIONALITY”

Author: Escobar Valencia, Francisco Xavier

Tutor: Psi. Cl. Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

Date: June 2019

ABSTRACT

Suicide has become a public health problem worldwide and adolescents head statistics, this research seeks to determine the relationship between family functionality and suicidal intentionality in adolescents, as well as establishing the areas of family functionality that are They relate suicidal intentionality, specify the relationship between the variables suicidal intentionality and family functionality according to gender, in addition to identifying the degrees of risk of suicidal intentionality. The present work is a correlational and transversal study, involving 186 adolescents between 15 and 17 years old, to whom the Family Functionality Questionnaire (FF-SIL) and the Beck Suicidal Intention Scale (SIS) were applied. The results show that there is an inverse correlation between suicidal intentionality and family functionality, at higher risk of suicidal intentionality, family functionality

drops by 62%, harmony decreases by 52%, communication decreases by 54% and adaptability it also decreases by 65%, patency increases by 66%, in men adaptability decreases by 55%, in women communication decreases by 71%, the highest degree of suicide risk was 73%, and the lowest risk was 2.1%.

KEY WORDS: FUNCTIONALITY, FAMILY, INTENTIONALITY, SUICIDE, ADOLESCENTS

INTRODUCCIÓN

La manera en que las familias funcionan determina la forma en la que sus miembros se relacionan entre ellos y el medio, existen varios factores que influyen para dicho funcionamiento, aspectos como la cohecion, la adaptabilidad, la comunicación, la afectividad, la armonia, la permeabilidad y los roles que se asigna a cada miembro, estan estrechamente ligados al desarrollo del individuo, a estos agentes internos se suman agentes externos como la intervencion del estado y el sistema educativo, el funcionamiento familiar es un factor determinante en la aparicion de la enfermedad y por ende de la conservacion de la salud de los que conforman el grupo familiar, dependiendo de como la familia cuampla o deje cumplir sus funciones podemos hablar de familia funcional o de famiia disfuncional, cuando la familia puede cumplir sus funciones eficazmente y enfrentar las etapas del ciclo vital y sus crisis consideramos que es un sistema funcional.

Al grado de riesgo que una persona puede presentar para cometer un acto suicida, aunque no necesariamente consuma el hecho, se le llama intencionalidad suicida, puede estar determinada por varios factores como, la relacion familiar, trastornos del estado de animo, consumo de susbtancias, entre otros, del detectar a tiempo los factores de riesgo depende que podamos evitar los actos suicidas, la incidencia de suicidios más alta se da en adolecentes entre los 14 y 19 años.

La presente investigación está encaminada a determinar hasta que punto, la Funcionalidad Familiar y las áreas que la componen, se relacionan con el riesgo de Intencionalidad Suicida que pueden presentar los adolescentes de entre 15 y 17 años de la Unidad Educativa Pelileo.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes investigativos

1.1.1 Contexto

La Organización Mundial de la Salud-OMS (2018) refiere que en el año 2020 la cantidad de suicidios alcanzara el millón y medio y probablemente sobrepase ese número, además que en algunos países el intento de suicidio es una de las razones más comunes para admisiones en servicios de urgencia de centros hospitalarios, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes, tornándose en una carga preocupante para los servicios sociales y sanitarios de los países, actualmente se considera que alrededor 800.000 personas se suicidan cada año en todo el mundo lo que representa una muerte por esta causa cada 40 segundos, además según la misma organización en 2016 el suicidio fue la primera causa de muerte en personas entre las edades de 15 y 29 años, en el mismo año, más del 79% de suicidios se dio en países de ingresos medianos y bajos, eso no excluye a los países de ingresos medios y altos.

Según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) 215 personas se quitaron la vida en el primer trimestre del 2018, entre el 2016 y el 2017 la tasa de suicidios ha aumentado en un 3%, en los últimos dos años el promedio mensual de muertes por suicidio está entre los 95, entre las principales causas se encuentran, la falta de empleo y la situación económica, problemas personales y familiares, esto conllevaría a un aumento de suicidios en los próximos años, se han realizado análisis sobre el suicidio de adolescentes y jóvenes que nos alertan que en algunos países de Latinoamérica encontramos las tasas más altas de todo el mundo, como es el caso

de Ecuador, ya que en los últimos 20 años se han presentado aproximadamente 300 suicidios anuales de jóvenes y adolescentes entre los 10 y los 24 años.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su último informe sobre Latinoamérica del 2018 ,los datos obtenidos sobre las tasas de suicidio en nuestro país en las edades 10 a 19 años fueron de 7, 5 por cada 100 mil habitantes y de 15 a 24 fueron 13,6 por cada 100 mil habitantes. En Colombia fueron de 4,7 y 9,4 y en Perú 1,1 y 1,9 por cada 100 mil habitantes respectivamente , En ese mismo informe, el 15 y 20% de las muertes son por suicidio por causas externas ente mismo grupo por edad, en Colombia es inferior 7 y 11% de estas muertes, y en Perú con unos 6 y 7%.

Principalmente los trastornos depresivos, el consumo de alcohol y substancias psicotrópicas, sobre todo en países de altos ingresos, en los cuales está muy bien documentado, una gran cantidad de suicidios se producen por situaciones que producen una disminución de la capacidad de afrontamiento de problemas y la búsqueda de soluciones, como son, enfermedades o dolores crónicos, ruptura de relaciones de pareja, problemas financieros, llevando a conductas impulsivas desembocando en el acto suicida, (Medisan, 2015)

Las conductas suicidas están relacionadas estrechamente con sensación de aislamiento, perdidas, abusos, violencia, desastres y conflictos, también son elevadas dentro de grupos vulnerables como, personas privadas de la libertad, personas LGBTI, comunidades indígenas, migrantes, refugiados, grupos que son víctimas de

discriminación, (OMS, 2016)

Un estimado del 20% de suicidios son cometidos por pobladores de zonas agrícolas rurales de países de ingresos medianos y bajos, siendo el método más utilizado la intoxicación con plaguicidas. El uso de armas de fuego y el ahorcamiento, son otros de los métodos más comunes de suicidio, es importante conocer los más comunes métodos de suicidio para crear estrategias de prevención, basándonos en la eficacia probada de las medidas que han sido utilizadas, tales como, la restricción del acceso a los medios de suicidio, como ciertos medicamentos, plaguicidas y armas de fuego, los medios de comunicación tienen un papel indispensable para la prevención mediante la información responsable, la reducción del consumo de alcohol por medio de políticas orientadas a ello, diagnóstico temprano, tratamiento y seguimiento de personas con trastornos relacionados con el uso de substancias, trastornos emocionales y dolores crónicos, capacitar al personal sanitario para la gestión y evaluación de conductas y riesgo suicida, las personas que ya han tenido intentos tienen mayor probabilidad de volver a hacerlo, por esto se debe hacer un seguimiento a todas estas personas y darles el apoyo psicológico y comunitario necesario, (Santurtun, A, 2016)

La falta de sensibilización social hacia el suicidio ha hecho que se estigmatice, provocando que las personas no busquen ayuda, hay que considerar que el suicidio es un problema de salud pública, solamente 38 países cuentan con una estrategia nacional de la prevención de suicidios, de los cuales unos pocos incluyen como una de sus prioridades sanitarias la prevención del suicidio, (Guajardo, G, 2013)

Los datos, su calidad y disponibilidad son insuficientes en todo el mundo, solo 60 estados miembros de la OMS tienen datos de registro civil de buena calidad sobre el suicidio, que pueden ser utilizados para hacer una estimación de tazas de suicidio.
La clasificación errónea y la su notificación es la problemática más significativa en el suicidio que en otras causas de muerte, esto puede ser debido a que en ciertos países las conductas suicidas se consideran ilegales y a la baja calidad de datos sobre la mortalidad en general, (MINSAL , 2013)

Los Estados miembros de la Organización mundial de la Salud con el plan de acción sobre salud mental 2013-2020, hicieron un compromiso para trabajar para reducir las tazas de suicidio nacionales en un 10% hasta el 2020. El objetivo 3.4 de Desarrollo Sostenible" De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar" es la meta, del cual su indicador es la tasa de mortalidad por suicidio, (Garcia, K, 2017)

Groenlandia es el país con la tasa más alta de suicidios del mundo, 24 veces más que en los Estados Unidos, en Groenlandia se suicidan anualmente 100 personas por cada 100.000 habitantes, mientras que, en Japón, que presenta una epidemia de suicidios muy bien documentada, tiene una tasa anual de 51 por cada 100.000 habitantes. La mayoría de personas que se suicidan en Groenlandia son adolescentes y adultos jóvenes, siendo predomínate en el sexo masculino que ocupa más de la mitad de los suicidios, aunque en una encuesta realizada en 2008, una de cada cuatro mujeres

jóvenes admitió haber tenido intentos de suicidio, (Martinez, J, 2014)

La efectividad del acto suicida es una de las principales razones por la cual la tasa de suicidios es alta en Groenlandia, el ahorcamiento y las armas de fuego son métodos que dejan muy pocas posibilidades de sobrevivir y representan un 91% de los suicidios en hombres y el 70% en mujeres, en Groenlandia casi todas las casas tienen por lo menos un rifle para la caza de bueyes y caribúes, además, cualquier red de pesca, cuerda o cable eléctrico puede convertirse en una soga para el ahorcamiento. Poulsen considera que en Noruega y Suecia los jóvenes realizan muchos intentos de suicidio, pero no son tan efectivos ya que el método más utilizado son el uso de fármacos y pastillas, en Groenlandia tienen más éxito pues los métodos son más violentos. (Ecured, 2008), los nativos Inuit constituyen el 88% de la población total de Groenlandia, los cuales sufren de un alcoholismo crónico similar al de muchos grupos indígenas de Norte América.

Según el National Vital Statistics System y el Centers for Disease Control and Prevention, en 2009 en Estados Unidos la tasa de suicidios para la población total fue de 11,8 por cada 100.000 habitantes, entre las personas de 18 a 24 la tasa de muertes por homicidios supera a la de muertes por suicidios, entre las personas de 25 años en adelante la tasa de muerte por suicidios fue mayor que la muerte por homicidios y esto sigue aumentando con la edad, la tasa más alta de suicidios está en personas entre los 45 a 54 años, si tomamos en cuenta a las personas entre 25 y 44 años la tasa de muerte por suicidios nos damos cuenta que es casi el doble que la tasa de muerte por homicidio, mientras que en las edades de 65 y más años la tasa de

suicidios es casi siete veces más alta que la de muertes por homicidio.

El suicidio es la conclusión del comportamiento suicida, en el cual estan inmersos las ideación y la intencion suicida, en los Estados Unidos esta en el puesto 11 de las principales causas de muerte en la población general, es la tercera causa de muerte entre los adolecentes y los niños, el mayor riesgo de suicidio esta en las edades de entre 15 a 19 años y en menor medida en las edades de 10 a 14 años, el suicidio de menores de 10 años ocurre pero es muy raro (Miller, 2011)

El Instituto Nacional de Salud Pública de Dinamarca, aunque el problema de suicidios en Groenlandia comenzó en 1970, la mayoría de las muertes por suicidio involucran a personas nacidas después de 1950, año en el cual comenzó la transformación de una colonia remota en un estado de bienestar, un mejoramiento de las condiciones de vida de sus habitantes, construcción de ciudades, siendo no los adultos los que presentaron luego de esto comportamientos suicidas, sino, sus hijos, se podría pensar que los suicidios se dan más en el invierno duro y obscuro que se da en estas tierras, pero la realidad es que entre 1968 y 2002 la mayor cantidad de suicidios se da en verano. (Bjerregaard, 1970)

En 2008 en EEUU el suicidio era considerado como la décima causa de muerte para la población total, en 2016 se había convertido en la segunda causa de muerte entre las edades de 10 a 34 años y la cuarta entre las edades de 35 a 54 años, aunque el objetivo es reducir la tasa de suicidios a un 10.2 por cada 100.000 habitantes hasta el 2020, la tasa ha ido en aumento, desde 1999 hasta 2017 la tasa de suicidios ha

aumentado en un 33% , yendo de un 10.5 a un 14.0 por cada 100.000 habitantes, ese aumento gradual se dio en un 1% por año desde 1999 hasta 2006 y desde el 2006 hasta el 2017 el aumento fue de un 2% anual, (Carrion, F, 2018)

El Uruguay en el año 2012 la tasa de suicidios fue de 16,5 por cada 100.000 habitantes, según el Ministerio de Salud de este país, las mujeres son las que tiene un mayor porcentaje de intentos sin lograr consumar el acto suicida, (Salcan, I, 2018)

Las conductas suicidas son un problema de Salud Pública en el mundo, dentro de ellas se destacan: la intencionalidad suicida y el suicidio (Durkheim, 1986)

Dentro de la funcionalidad familiar hay varios factores e indicadores para que esta se vea afectada, entre ellas la violencia intrafamiliar, la cual se ha presentado desde el principio de la historia del hombre y ha sido explicada y justificada de múltiples maneras, aunque referirse a la violencia dentro de la familia es complicado, ya que la familia es considerada el núcleo de la sociedad y en esta se desarrolla el individuo desde su nacimiento, a finales de los años 70 del siglo pasado fue considerada un problema de salud pública en todo el mundo , siendo relacionada con suicidios, accidentes, homicidios, lesiones, problemas emocionales y de conducta, en los que adultos mayores, mujeres, niños y adolescentes son los más afectados. (Alonso & Castellanos, 2006)

Se ha tematizado la violencia intrafamiliar como problema social grave desde comienzo de los años 60, cuando se describió el "síndrome del niño golpeado" gracias al auge del trabajo periodístico de investigación que ayudo a generar conciencia sobre este tema, luego de esto, de manera progresiva se fueron develando otros fenómenos como son, el abuso sexual infantil además todo tipo de maltrato a ancianos, que eran catalogados como fenómenos poco frecuentes, así como todo tipo de violencia intrafamiliar que se atribuía únicamente a personas con trastornos psicopatológicos (Corsi.J,1994)

En el año 2000 aproximadamente un millón de personas alrededor del mundo se suicidaron de tal manera que el suicido ha subido de ranking en cuanto a las principales causas de muertes, según estudios los diferentes actos suicidas lo realizan mayoritariamente hombres. Muchas veces estos actos suicidas nacen de factores familiares, (Sifuentes, 2018)

A nivel nacional la tasa de suicidio favorablemente no es tan alta, en comparación a la tasa de suicidio de otros países, pero desfavorablemente los actos de suicidios del país han ido aumentando cada vez más, ya que al pasar de los años se ha registrado aumento en la tasa de suicidio del país, (Betancourt, 2008)

1.1.2 Estado del arte

Cardona y Segura (2018) En su estudio realizado en Santander Colombia, tomando a 23 familias para lo cual se contempló datos de identificación y convivencia familiar, además de la Escala de Evaluación de la Efectividad Familiar(ML Friedemann), se concluyó que la efectividad de la funcionalidad familiar fue baja en el 60,9 % de las familias con un miembro que intentó suicidarse debido a que presentaron dificultades en su estabilidad y crecimiento familiar, también en la misma investigación se indica que según el Ministerio de la Protección Social en su documento de Situación de Salud de Colombia e Indicadores de salud en el 2009, indica que el suicidio aumento de 1751 a 1840 casos en 2006 y 2008 respectivamente dentro de las causas de la mortalidad en este país, siendo la cuarta causa de mortalidad en hombres con un 11,8 por cada 100.000 habitantes, además de que 57 de cada 1000 colombianos han realizado un intento de suicidio durante toda su vida, pero solo del 10 al 15 por ciento lo han consumado esto según la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia del 2009.

La familia es la parte esencial de los fundamentos, de la educación, hábitos y otras áreas más que constituyen a una persona dentro y fuera del hogar, con el entorno social y cualquier otro tipo de relación con otras personas, muchas veces el acto suicida de alguna persona puede ser por cargas familiares, que llevan a la desesperación y creen que la “mejor solución” es suicidarse, (Velasco, 2018)

Giraldo, L. Ospina, S, (2018) Con el intento de suicidio de una niña se pone de manifiesto su sufrimiento, pues la disfuncionalidad familiar es causada por la falta de comunicación asertiva, se puede concluir que la falta de educación de sus padres, ha desencadenado en la niña un desequilibrio emocional que la ha llevado a cometer este intento de suicidio. Al llevar una relación complicada y disfuncional con sus padres, además de la mala relación entre ellos le ha llevado a generar una inestabilidad física, emocional. La madre le prodigaba en múltiples ocasiones abuso verbal y físico, en una de estas veces, desencadenando las crisis en la paciente, la que finalizó con el intento de suicidio. En un niño de estas características es indispensables intervenir de inmediato con el apoyo terapéutico ya que si lo hizo una vez es más probable que lo vuelva a hacer.

El estudio se centró en determinar la relación entre estilos de afrontamiento e ideación suicida, en adolescentes de educación secundaria que pertenecen a la UGEL (Unidad de Gestión Educativa Local) Santa, Chimbote. Se llevó a cabo bajo el enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, comparativo, correlacional, con diseño no experimental, de corte transversal. Los participantes fueron 523 adolescentes que cursan de primero a quinto año de secundaria a quienes se les aplicó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenbergy Lewis, 1993 b) y la Escala de Ideación Suicida hecha por Beck (1979). Entre los principales resultados se tiene que la relación evaluada es significativa (p=0.000) entre el estilo de afrontamiento centrado en el problema y la ideación suicida, con los resultados de la d de Somer (-0.276) que indica que dicha relación es significativa (p=0.000). (Roggero, 2017)

Morales,S. Echavarri,O. Barros,J. Maino,M. (2017) Un grupo con alta gravedad de intento suicida mostró un promedio de edad más baja. En la totalidad de la población de estudio, predomino el estilo de vivencia depresiva autocrítico, específicamente en el grupo con ideación suicida. Se considera de gran importancia la satisfacción con el funcionamiento familiar, en relación con las relaciones interpersonales como factor protector del riesgo suicida. Con estos resultados, se confirmaría que el funcionamiento de apoyo, que seria, hablar de los problemas, expresar los afectos y compartir el tiempo con los miembros de la familia son factores de protección para el riesgo suicida.

Gonzalez,R.Martinez,G.Ferrer,L.(2017) Al seleccionar a 8 familias, de estudiantes de escuela, atendidos a causa de intento suicida, en el Policlínico “Martha Abreu”, de la ciudad de Santa Clara el Cuba y utilizándose las técnicas de, revisión de historia clínica, completamiento de frases, historietas gráficas, dibujo de tema sugerido, cuestionario sobre violencia intrafamiliar y test de funcionamiento familiar FF-SIL, Luego del procesamiento de datos concluyeron que, las 8 familias presentaban disfuncionalidad en las áreas de cumplimento de la función educativa y la inadaptabilidad ante crisis paranormativas.

Forero y Guevara (2016) El suicidio es definido por la como "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil". La representación más extendida sobre el suicidio está asociada a la imagen de un acto individual con un propósito claro. Sin embargo, cada

vez más, este evento de la vida humana es considerado en toda su complejidad. Por otra parte en lo que corresponde a las conductas suicidas se abarca un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto. Si bien no pueden asociarse de manera lineal y consecutiva, es fundamental considerar el riesgo que cada una de estas manifestaciones conlleva más allá de la intencionalidad supuesta. También podremos contemplar en esta investigación lo considerado intento de suicidio: Que es definido como toda acción auto-infligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal.

Tayo, E. Torres,D.(2016) Las familias puerto quiteñas se caracterizan por ser no relacionadas o semirrelacionadas y caóticas, lo que se explica por la alteración en las dimensiones de desapego emocional entre los miembros de las familias, por la ausencia de compromiso familiar entre sus miembros, relaciones maritales muy pobres, carencia de las coaliciones padre hijo, los límites internos muy rígidos (cohesión); y, el liderazgo (control) se establece principalmente por los padres, presentando disciplina rígida, muy exigente, donde la negociación de reglas es casi nula y los roles se cumplan dentro de marcos muy bien establecidos (adaptabilidad), lo que a su vez explicaría la alta frecuencia de depresión y riesgo suicida encontrado en este estudio. Esta tipología de familia de la población no permite una correcta interacción con los adolescentes, lo lleva a una baja autoestima. Esta falta de comprensión se refleja en alteraciones de la salud mental como el riesgo suicida y la depresión.

Sanchez,D,Dominguez,M, (2015)Se buscó la caracterización de las estrategias de afrontamiento en adolescentes que han presentado intentos suicidas dentro del municipio San José de las Lajas, todo esto durante el año 2013. Se logró identificar que en mujeres es mayor (86.2%) que en hombres. (13.7%) Predominando las siguientes estrategias de afrontamiento: Auto inculparse, Reducción de la tensión y Falta de afrontamiento. Determinaron un mayor uso del estilo de afrontamiento Improductivo. No aparecieron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento entre los dos sexos. Se encontró predominio del estilo de afrontamiento Improductivo en mujeres, en hombres el dirigido a la Relación con los demás.

Cuba y Acala (2014), se llega a concluir que la funcionalidad no llega a relacionarse con la calidad de vida, los resultados no son concluyentes, ya que los datos obtenidos al final del estudio, revelan que en la aplicación del APGAR solo el 3% de las familias eran extremas.

Gallo.L (2014) Es importante señalar que este estudio, se basa en conductas que llevan a lesiones auto infringidas, por niños y adolescentes, sin la intención de llegar al suicidio, se concluyó que existe mucha frecuencia de estas conductas en la población estudiada, pero, no solo las que son sin intención suicida sino también las que se consideran como intento auto lítico.

Pérez.C (2014) En el artículo Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad, encontró que la mayor incidencia de intentos fue de hombres y

menor en mujeres, con una incidencia de personas, más en áreas urbanas que en rurales, la ingestión de fármacos fue la manera más usada para el intento auto lítico, este estudio arroja una incidencia mayor de intención suicida en adolescentes en la edad de 15 años.

Rivera, A. Sánchez, S. (2013) al realizar la investigación a través de entrevista individual por medio de un formulario, Apgar familiar y el test de Hamilton, cuyos datos se procesaron a través del programa SPSS 15.0 y tablas estadísticas, arrojo como resultado que de los adolescentes que participaron en la investigación en un 48% existe una relación entre la disfunción familiar y la depresión, el 50% presenta disfuncionalidad familiar entre las edades de 14 y 16 años, el 66,5 % son mujeres que presentaron disfuncionalidad familiar, el 43,5 % de 14 a 16 años presento depresión y el 60 % de mujeres presento depresión.

Al realizar un estudio longitudinal, descriptivo y retrospectivo, se tomó una población de 71 adolescentes que habían cometido intento suicida dentro del Policlínico Comunitario José Martí Pérez, en la provincia Santiago de Cuba, entre enero de 2012 a diciembre del 2013, se buscó determinar en comportamiento de los factores de riesgo que se presentaron en los pacientes. Se pudo encontrar que en el sexo femenino existe un porcentaje alto de 74,5% y la edad de prevalencia es de 15 a 19 años con 63,4%, el 64,8% estudian, 49,3 tienen un nivel preuniversitario, 69,1% provienen de familias disfuncionales, los factores de riesgo que se encontraron fueron principalmente, antecedentes familiares hereditarios 19,7% y un 16,9% presentando rupturas amorosas, el método más utilizado para el intento fue la

ingestión de fármacos con un 53,7%.(Argota y Alvarez 2015)

En esta investigación cuyo objetivo fue el análisis de la relación entre la ideación suicida y el maltrato familiar, con una población de 676 estudiantes adolecentes de colegios privados y públicos de Tunja, Duitama y Sogamoso (Boyaca,Colombia), se les aplicó el cuestionario de PANSI para ideación suicida y un cuestionario diseñado por el autor para maltrato familiar. Se encontró una correlación de 0,173, que ubica al maltrato familiar como un factor de riesgo para la ideación suicida (Perez,Pinzon,Baquero y Bautista 2014)

En esta investigación participaron 29 adolescentes en Guadalajara, México, entre los 13 y 18 años donde se identificó como causa de intento de suicidio a los problemas familiares, además se pudo reconocer los síntomas previos al intento suicida, los cuales son la depresión y la tristeza, previo al intento de suicidio lo que siente piensa y hace el adolecente es salir del problema y suicidarse, 26 presentaron problemas familiares como violencia entre los padres, violencia hacia el adolecente, problemas entre hermanos y padres,6 de los jóvenes presentaron sentimiento de soledad, en lo referente a signos y síntomas se identificaron 10 menciones para depresión, 7 menciones para tristeza, desesperación y ansiedad con 4 menciones, al preguntarles qué es lo que el adolecente siente antes de suicidarse la respuesta con mas menciones es la tristeza con 13, soledad con 8, dentro de los pensamientos están, salir del problema con 7 menciones, acabar con sus vidas 5 menciones, problemas en casa o la familia 3 menciones ,en cuanto a lo que los adolescentes consideran que podría prevenir el suicidio están, los padres con 8 menciones, 6 menciones

comunicación con los padres, 5 hablar del problema, 4 menciones pensar dos veces. (Sanchez, Mofin y Garcia, 2014)

En la Universidad Federal de Mato Grosso se realizó un estudio analítico de corte transversal con 637 estudiantes como población, la investigación buscó determinar las variables de presencia de ideación suicida, síntomas depresivos, consumo de alcohol y substancias psicotrópicas, socioeconómica y demográfica, el 9,9% de los estudiantes tuvieron pensamientos suicidas en los últimos 30 días, el resultado del análisis bivariado encontró que la clase económica, síntomas depresivos, consumo de alcohol, intentos suicidas de miembros de la familia o amigos, prácticas religiosas, orientación sexual, tienen relación con la ideación suicida (Santos,Marcon y Espinosa,2017)

En Boyacá, Colombia en la investigación realizada en la Universidad Pedagógica y Tecnológica, se aplicaron a 258 estudiantes de la misma Universidad de las edades comprendidas entre 18 y 24 años, el inventario de ideación suicida positiva y negativa, la escala de autoevaluación para la depresión de Zung, La escala de impulsividad de Barrat, Cuestionario de dependencia emocional, la escala de eventos vitales estresantes y una ficha socio demográfica, concluyendo que el 31% ha tenido ideación suicida 33,3% de ellos mujeres y el 28% hombres, 30,2% ideación suicida negativa y 25,6% de ideación suicida positiva, la unión libre y es la que más se relaciona, entre los eventos vitales estresantes se encontró que el consumo de alcohol es el de mayor incidencia y el más bajo es el maltrato intrafamiliar(Siabato y Salamanca,2015)

Esta investigación tuvo como objetivo determinar si existe relación entre la ideación suicida, depresión y el funcionamiento familiar en adolescentes, a 292 alumnos de secundaria en la ciudad de México se les aplicó la escala de funcionamiento familiar de Atri y Zetune, Escala de ideación suicida de Beck y el inventario de depresión de Beck, fue un estudio correlacionar y transversal, 17,8% presentaron síntomas depresivos leves, 7,5% depresión moderada y 3% depresión severa, el 21,21% presentó ideación suicida el 22% tiene involucramiento afectivo disfuncional, 48% comunicación disfuncional, en el análisis correlacional, correlación positiva media entre depresión e ideación suicida (0,45) correlación negativa media entre depresión e involucramiento afectivo funcional(-0,44) (Eguiluz y Ayala, 2014)

Se intentó determinar el planeamiento suicida y su relación con la cohesión familiar basándose en los datos de un estudio epidemiológico de salud mental en la costa Peruana (Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa) realizado el 2006, 2390 adolescentes utilizando el cuestionario de salud mental, 26,7% fue el porcentaje de prevalencia del deseo de morir, 10,8% de pensamiento suicida, 4,2% de planeamiento suicida, el deseo de morir en mujeres fue de 35% en mujeres y un 15,9% de hombres, se obtuvo una relación inversa entre la ideación suicida con la cohesión familiar (Rojas y Saavedra 2014)

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad , se reportó en Chile que un 55 % de 365,425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con

algún grado de disfunción familiar, de igual manera, Huerta-Martínez priorizaron la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar tomando en cuenta que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener algún miembro de la familia con algún tipo de afección o enfermedad. (Forero & Guevara, 2016)

1.1.3 Fundamentos teóricos

1.1.3.1 Familia:

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal que son papá y mamá, subsistema paterno-filial conformado por los padres e hijos y subsistema fraternal es decir los hermanos, toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición que puede ser nuclear, extensa o compuesta, el Desarrollo tradicional o moderno, la Demografía que es urbana, suburbana o rural, la Ocupación que se refiere al oficio, campesino, empleado o profesional, la Integración entre sus miembros que sería integrada, semi-integrada o desintegrada, hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los limites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada (Martinez, J, 2014)

La comunicación, la afectividad, el desarrollo, la adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud. Al contrario, si la familia no cumple con estas funciones o no sabe manejar el estrés que produce la enfermedad, la evolución de ésta tiende a ser negativa. Esto se demuestra, por ejemplo, en la influencia que ejerce la familia en la mayor o menor adherencia al tratamiento que tiene una persona con algún tipo de enfermedad crónica. Esto nos da la pauta para considerar que en el aparecimiento y mantención de un trastorno como la depresión todos estos aspectos son de vital importancia. (Lucero, 2004)

En los últimos años, el término de familia se ha conceptualizado desde diversas perspectivas. Sin embargo, como menciona Pillcorema (2013), la familia es un conjunto de individuos unidos por lazos sanguíneos, matrimonio y adopción que conviven. No obstante, esta definición se va complementando, porque la familia no se limita simplemente a un lazo sanguíneo o de linaje, sino a un grupo de individuos ligados por lazos afectivos que comparten un mismo hogar.

A su vez Ruales (2013) señala que la familia es "el núcleo más primario del ser humano, donde hombres y mujeres inscriben sus primeros sentimientos, vivencias, incorporan principales pautas de comportamientos socialmente aceptadas" p.7. De esta manera, se entiende que la familia da paso al desarrollo del sujeto, debido a su influencia en el desarrollo psicológico, intelectual, social y físico del ser humano.

La familia se considera tradicionalmente como la convivencia e integración entre padres e hijos, siendo esta específicamente una conceptualización de la familia

nuclear, que se ve influida por factores externos (familiares y amigos) que pueden influir física o emocionalmente, a estos se les llama familia extensa (Navarro, 2013)

La familia es la unidad básica de experiencia y desarrollo, así como de la salud y enfermedad. (Baaer & Yanez, 2011)

Tipos de familia

Familia nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como "círculo familiar"

• Familia extendida, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines;

• Familia mono parental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres;

• Otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable (Quintero,2007)

Características

1. En las familias saludables, los miembros se apoyan unos a otros.

2. Tienen buena comunicación. Son sinceros y honestos. Hablan unos con otros, hablan de todo. Apagan la televisión durante la cena, se interesan unos por otros, hacen preguntas acerca de su día.

3. Pasan tiempo juntos. Existe la idea equivocada de que el tiempo de calidad es reemplazo adecuado para el tiempo de cantidad. No lo es. No hay nada que sustituya pasar tiempo juntos como familia hablando, jugando, riendo, orando.

4. Comparten valores. Existe un acuerdo sobre una variedad de temas relacionados

con la disciplina, los principios morales, límites, etc.

5. Practican el amor y el reconocimiento.

6. Tienen metas e intereses comunes. Tener intereses comunes es un incentivo para pasar tiempo juntos.

7. Están dispuestas a negociar y a encontrar soluciones ante la crisis. Tienen parámetros definidos para resolver los desacuerdos. Se ponen límites para el uso de lenguaje ofensivo. Cuando se han roto las reglas, las personas están dispuestas a pedir perdón de inmediato y restituir el daño.

8. La pareja tiene una vida sexual satisfactoria.

9. Están dispuestos a hacer sacrificios por el bien de la familia. No son egoístas.

10. Los miembros de la familia brindan confianza y son dignos de ella. Confianza es el pegamento que mantiene a la familia unida (Martinez, J, 2014).

Funciones

- El hogar es el espacio en el que las personas desarrollamos relaciones personales íntimas, pues nos enriquecen y nos dan satisfacción.
- La familia es el espacio para la procreación de la especie. En este espacio nacen las niñas y los niños.
- La familia es la célula en la que las personas de todas las edades resolvemos nuestras necesidades de protección, compañía, alimento y cuidado de la salud.
- A través de la familia, las sociedades transmiten sus valores y costumbres a los hijos. La lengua, el modo de vestir, la manera de celebrar los nacimientos o de enterrar a los muertos, las estrategias para el trabajo y la producción, la manera de pensar y de analizar la historia, los modos comunitarios de

aprender o de relacionarse con otras personas o grupos sociales, son todas herencias culturales que se transmiten en familia.

La función materna: La madre cría a su hijo a través de sus dones de amor, expresados en sus caricias deseantes, en sus arrullos, en sus mimos, en sus canciones de cuna, y en sus susurros afectivos. Sin un adecuado suministro libidinal por parte del Otro primordial, el cuerpo biológico del niño no logra investirse eróticamente y consolidarse narcisisticamente, y las carencias emocionales padecidas en la infancia dificultan y perturban seriamente la constitución subjetiva dado que generan patologías.

La función paterna: es la encargada de imponer el corte liberador, es decir, el límite subjetivante que, al impedir el goce incestuoso con la madre, permite ordenar el caos pulsional del hijo. El niño adviene así, merced a la prohibición normativa, en un sujeto de la cultura, sometido a las regulaciones, coacciones e imposiciones del orden simbólico, y habrá de padecer el malestar inherente a toda renuncia instintual. (Lucero, 2004)

Disfuncionalidad

Una manera que podríamos utilizar para definir los criterios de la familia disfuncional podría ser traducir todo el apartado anterior en términos opuestos. En función de la cantidad de características y el grado con el que incidieran negativamente en el bienestar de la familia y de cada uno de sus miembros, podríamos ubicar a la familia en algún punto del continuum funcionalidad disfuncionalidad. Sin embargo, vamos a aprovechar este apartado para hablar de las

características de las familias consideradas como gravemente disfuncionales (Hernandez, 2006).

Conflictos familiares.

Todas las relaciones interpersonales implican la compleja relación entre partes que tienen proyectos de vida diferentes, que aspiran al uso de recursos que siempre son limitados. Esto hace que el conflicto esté presente en toda relación humana. El conflicto ha sido definido por varios autores y autoras, de un análisis comparativo de las diferentes definiciones en la que en todas ellas aparecen:

- Diferencias entre objetivos, opiniones, valores, necesidades, acciones.
- Enfrentamiento y lucha.
- Incompatibilidades.
- Interdependencia entre las partes.
- Frustraciones (Terrón, 2012).

Coherencia.

Se refiere a relaciones armónicas entre los miembros familiares que proveen de un sentido de unidad y pertenencia familiar a través de la internalización de respeto, amor e interés de unos por otros; incluye valores y creencias, elementos que les permiten vínculos emocionales necesarios para la sobrevivencia del sistema.

Individuación

Es una estructura de identidad personal que se desarrolla mediante la comunicación con otros sistemas, este proceso interactivo implica el desempeño de roles y responsabilidades, se fortalecen los talentos, las iniciativas y los conocimientos que proveen de apertura al entendimiento, el aprender de sí mismo y de otros.

Mantenimiento del sistema.

Abarca la mayoría de las estrategias de la vida familiar y personal que proveen de un sentido de seguridad y autonomía; implica roles, patrones de comunicación, rituales, normas, valores, toma de decisiones, manejo financiero, patrones de cuidado y planeación del futuro, entre otros elementos.

Cambio del sistema.

Comprende la incorporación de nuevos conocimientos para asumir diferentes conductas frente a presiones internas personales, familiares y del ambiente; requiere de apertura para la nueva información que modifica la estructura de valores ante prioridades vitales presentes y futuras, fortalece el control y crecimiento familiar y personal apoyado por un sentido de seguridad y autonomía.

Esta teoría, a su vez, contempla cuatro grandes metas, las cuales se pretenden lograr a través de la congruencia y el equilibrio de las dimensiones antes mencionada:

Estabilidad familiar.

Atiende a la estructura, organización y comunicación tradicional familiar lo que implica valores y patrones que se transmiten de generación en generación.

Espiritualidad.

Implica armonía de los patrones de la persona unificada, lo cual ofrece una seguridad interior que le permite un desarrollo interactivo con otros sistemas abiertos mediante lo que aprende de sí mismo y de otros, con nuevos propósitos en la vida.

Crecimiento.

La meta del crecimiento demanda una reorganización sustancial de los valores y las prioridades básicas, una amenaza a las creencias básicas de una persona requiere una redefinición de identidad y propósito, el individuo intenta alcanzar un nuevo nivel de

estabilidad basado en un conjunto revisado de valores y prioridades en la vida.

Control.

Constituye la reducción colectiva de las amenazas que surgen del ambiente; la energía que se produce de dichas amenazas es cuidadosamente canalizada para restablecer la congruencia familiar de tal forma que se fortalece el sistema y se logra la autoconfianza de sus miembros; un sentido de autonomía colectiva se adquiere al neutralizar la ansiedad derivada de incertidumbre, vulnerabilidad y desconfianza.

Todo lo anterior es un proceso muy complejo, en constante evolución, que se dispersa a través de un equilibrio dinámico que permite conservar un sentido de identidad familiar personal, y a la vez mantener la flexibilidad necesaria para lograr un balance funcional que tienda a la sobrevivencia del sistema. (Friedemann, ML.1995)

Uno de los aspectos esenciales dentro de la búsqueda de autonomía e independencia del adolescente es el apartarse sistemáticamente de los padres. Consecuentemente que los adolescentes se distancian emocionalmente de sus padres, se reduce la resistencia a las presiones de los compañeros. (Steinberg -Silverberg 1986).

Así, los adolescentes más desvinculados y menos dependientes de los padres son los más propensos a caer a la presión de los amigos, lo cual puede ser producto de ciertos sentimientos pasajeros de inseguridad y la no aceptación por parte de los padres respecto al desapegado adolescente (Ryan -Lynch, 1989).

Teniendo en cuenta que la vida familiar es compleja y, por tanto, susceptible de un análisis multidimensional (Beavers-Hampson, 1995; Noller, 1994; Wellsh-Galliher-Powers, 1998), es lógico que encontremos también que la coincidencia familiar se analice a partir de las dimensiones que cada autor considera más significativas. Algunas de estas dimensiones son indicadores de funcionalidad como cohesión, conflicto, estrategias de afrontamiento, comunicación, apoyo, liderazgo, autonomía y expresión emocional. Otros autores se centran en la existencia de dificultades o estrés familiar. En este caso, las dimensiones más significativas son habitualmente la depresión o la ansiedad (Achenbach, 1990), o el nivel de delincuencia o agresividad familiar (Wellsh, Galliher y Powers, 1998). La relación de los hijos adolescentes con los progenitores varía, según distintos autores, en función de la edad de los hijos, de modo que, comparado con el periodo de pre adolescencia (de los 7 a los 10 años), en la adolescencia temprana (de 11 a 13 años) los hijos muestran un mayor rechazo hacia sus padres, particularmente vergüenza, que va en aumento en el grupo de 14 a 16 años, aunque no se observan diferencias significativas entre estos grupos (Kah1baugh y Haviland, 1994). Estos autores encontraron estos resultados tanto para la díada padre-hijo como para la díada madre hijo, lo que sugiere que ambos padres juegan un papel importante en el desarrollo de la autonomía en el adolescente (Kah1baugh y Haviland, 1994).

Teniendo en cuenta que los adolescentes, por su parte, desean tener mayor implicación en este proceso de clarificación de su propia identidad, esperarían mayor distanciamiento de sus familias. Por tanto, sería esperable, no sólo un mayor nivel de consenso, sino también una valoración más negativa de la familia, en comparación

con los padres, que tenderían a presentar valoraciones más positivas (Montemayor y Flannery, 1991; Wellsh, Galliher y Powers, 1998)

1.1.3.2 Funcionalidad Familiar

La funcionalidad de la familia determina de manera precisa e equivocada la forma en la que funcionan las familias que es de poder pretender, metafóricamente y poder observar un árbol en base a esto, procurar poder establecer la estructuración de toda vegetación del planeta tierra, sin embargo el tema de la familia y su funcionamiento no es posible poder generalizarse, puesto que al poder existir diversos tipos de familias, su funcionamiento variara por múltiples factores entre ellos los agentes externos e internos de la familia, por lo que se pretende descubrir las características del funcionamiento familiar universal, sino poder brindar una aproximación al funcionamiento de las familias en general, (Ortiz, 2013)

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional (Pérez 1989). Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar (Huerta 1998, De La Revilla y Fleitas 1994).

El funcionamiento familiar como tal es determinante en la conservación de la salud o en el desarrollo de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia

cumpla o deje de cumplir su función, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Dominguez, E, 2008)

En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas (Garcia, K, 2017).

Las áreas o dimensiones que componen la funcionalidad familiar según el FF-SIL son las siguientes:

Cohesión.

Son los recursos que utilizan los miembros de un sistema para interrelacionarse entre sí y mantenerse unidos. (El investigador).

Armonía.

Según la RAE es la "Proporción y correspondencia de unas cosas con otras en el conjunto que las componen".

Comunicación.

Es el "proceso de interacción social" mediante el cual el ser humano expresa sus emociones, criterios, aspiraciones, necesidades, por medio de "signos y sistemas de signos" que van surgiendo con la actividad del hombre.(Gonzales,1995)

Permeabilidad.

Dentro de la familia se refiere al grado de apertura que tiene la familia hacia su contexto, es la capacidad de la familia a aceptar o recibir influencia externa a ella. (Castillo, 2012)

Afectividad.

Es la capacidad que tiene el individuo a reaccionar ante los estímulos que se le presentan tanto del exterior como de su interior y se manifiesta por medio de las emociones y los sentimientos (Cardenas,2016)

Roles.

Se entiende como roles a una serie de "Patrones normativos culturales" asignados a una persona por la sociedad, donde se agrupan conductas, actitudes y valores. (Linton,1945)

Adaptabilidad.

Es el proceso por el cual el ser humano se ve obligado a modificar su comportamiento para acomodarse a una nueva función y realizarla con eficacia. (Guzman,2018)

1.1.3.3 Intencionalidad Suicida

La intencionalidad Suicida se podría definir como el grado o nivel de riesgo que una persona tiene para cometer un acto suicida , aunque no necesariamente consumar el hecho, la intención para cometer un acto auto lítico puede tener varios factores que elevan el riesgo, los que pueden ser, trastornos del estado de ánimo, consumo de substancias, disfunción familiar, entre otros, por lo que es de gran importancia detectar estos riesgos a tiempo para evitar que se lleve a cabo el acto suicida (Perez, M, 2016)

Los trastornos del estado de ánimo, la psicopatología de los padres, la historia de vida de abuso, la disponibilidad de un arma de fuego, particularmente el abuso de sustancias (solo y concomitantemente con el trastorno del estado de ánimo), son las características más comunes que se presentan en los adolescentes mayores en relación con los más jóvenes. Los hombres eligen métodos más irreversibles, y presentan un trastorno de estado de ánimo más frecuentemente que las mujeres de la misma edad por lo que es un factor de riesgo más alto en ellos. El aumento de la tasa de suicidio en los mayores frente a los adolescentes más jóvenes se debe en parte a una mayor prevalencia de psicopatología, a saber, el abuso de sustancias, y una mayor intención suicida en la población adulta mayor. El aumento de la frecuencia en el sexo masculino es menos fácil de explicar, pero puede deberse a la elección del método (más eficaz) y la mayor prevalencia de riesgo y transmitida por los trastornos de conducta en los hombres (Bjerregaard, 1970)

Existe mucha discrepancia para designar de la terminología más idónea para describir el comportamiento suicida. Recientemente, se propuso el término comportamiento suicida mortal, basado en el resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, comportamiento suicida no mortal, para las acciones suicidas que no provocan la muerte.(Canetto,S.Lester,D.1995), estos actos a menudo se llaman intentos de suicidio un término común usado en nuestro medio pero que se relaciona directamente con la intencionalidad suicida, parasuicidio y daño auto infligido deliberado términos comunes usados en Europa. La expresión ideación suicida se usa habitualmente de manera técnica y se refiere a pensamientos dirigidos hacia un intento auto lítico, con varios niveles de intensidad y elaboración. Además otra forma muy frecuente de violencia infringida hacia uno mismo es la automutilación, que consiste en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente (Drug, E.Dahlberg, L.2003). Los actos suicidas han sido observados en personas de diferentes edades, e inclusive a nivel mundial muchos niños han sido víctima de los actos suicidas; existen diferentes tipo de acto suicidas tales como: envenenamiento, ahorcarse, lanzarse de un lugar alto, dispararse y entre otras formas que se han visto por las diferentes personas que lo se han suicidado, existen muchos motivos por lo cual lo hacen, los más relevantes pueden ser, presión, depresión, soledad, entre otros.

La ideación suicida se define como, los pensamientos, intenciones o planes que la persona experimenta para suicidarse, dentro de esta se encuentran la ideación pasiva que es cuando el individuo presenta el deseo de estar muerto y la ideación activa cuando la persona ya ha considerado los medios del suicidio, el momento o la ubicación y hasta puede haber planificado el acto (Kreutzer, 2011).

Psicopatología del suicidio

El suicidio no es necesariamente considerado el acto de un psicótico, sin embargo, en el momento del hecho suicida como tal, se presenta un quiebre psicótico. Así el suicidio es el resultado de una conducta psicopatológica que se puede catalogar como un fracaso adaptativo, a diferencia de las conductas neuróticas (Mar Zúñiga, 1998)

El acto suicida se realiza en medio de una crisis, donde los trastornos emocionales conducen al individuo a un grado tal de restricción cognoscitiva que no encuentra una mejor solución (Quintanar, 2008). Es poco frecuente realizar otro acto suicida inmediatamente después de un intento fallido, de hecho, lo común es que disminuya la ideación suicida y el estado de depresión. La técnica de psicoterapia del intento suicida corresponde a la psicoterapia breve y de emergencia, desde el punto de vista psicoterapéutico se requiere que el suicida relate los planes que tenía, sus ideas acerca del sufrimiento que causaría a sus parientes su muerte, los comentarios de compañeros y conocidos y otros posibles comentarios.

Para (Quintana, 2008) existen tres formas de conducta suicida; el gesto, el intento y el suicidio. El gesto suicida se define como la conducta mediante la cual se ingieren sustancias o se producen lesiones que no son letales por sí mismas, pero que buscan la manipulación.

El intento suicida es el acto realizado con la intención de producirse la muerte, pero no se logra debido a que el hecho no es lo suficientemente letal o debido a que existió ayuda oportuna. El aspecto clave para comprenderlo es la intencionalidad.

Finalmente, el suicidio es el acto consumado a su debido tiempo. Es la resultante de haber llegado al punto sin retorno donde se logra la muerte por si misma o por no obtener atención a tiempo. Para Durkheim (1986): “todo caso de muerte que resulte

directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo ella que debería producir este resultado".

Intentos Suicidas

Causas.

El suicidio siempre ocurre en un acto personal e individual (inclusive en casos colectivos, como en las sectas) y también refleja las condiciones del escenario en que se desarrolla. Los factores que forman el escenario del suicida se unen en un punto llamado "estructura psicológica" que puede ser funcional durante varios años o puede tener también elementos que aparezcan en condiciones críticas que a la larga desembocaran en acciones de autodestrucción extremas.

Para entender el porqué del suicidio es necesario diferenciar entre las condiciones de riesgo y aquellas que son detonantes o precipitantes hacia el suicidio. Los factores condicionantes son el conjunto de condiciones que van a lo largo de la vida desarrollando en la persona al distorsionar, debilita o disminuir la fuerza de su estructura psicológica y patrones de adaptación. Es necesario tomar en cuenta el origen, desde cuando nació, los antecedentes familiares y de salud, cada momento histórico y social además de las condiciones económicas presentadas, entre otros factores (Quintanar, 2008).

Para Reyes (1999) entre las condiciones que pueden inducir al suicidio se encuentran:

- Problemas sexuales bien definidos

- Problemas en la relación padre-madre, donde uno de los dos le impuso su personalidad de suicida en potencia
- Un yo débil, que en algunos casos puede presentar psicosis declarada
- Problemas de adicción
- Desesperanza fuerte en momentos clave de la vida del suicida
- Presentimiento de su propia muerte, anuncio y provocación.

Generalmente las condiciones no se presentan por separado, e inclusive a nivel macro, muestran un patrón que lleva a considerar al suicidio como una conducta social.

Proceso

Para Yampey (1998) existen 3 etapas del proceso clínico del suicidio:

- Etapa de "consideración": cuando el individuo propone que la autoeliminación es la única posibilidad para "resolver" problemas.
- Etapa de "ambivalencia": es un momento de indecisión, existe una pugna de tendencias contrapuestas. En esta etapa se muestran señales o avisos de la intención de llevar a cabo el intento.
- Etapa de "decisión": es el momento en donde el sujeto ha definido llevar a cabo el acto suicida. En esta etapa se presentan cambios bruscos de actitud (el sujeto va de angustia o estado de depresión hacia tranquilidad aparente y buen ánimo).

Factores de riesgo

Para Perez, y otros (2010) los factores asociados a la conducta suicida plantean que la interacción de sistemas puede influir en cada persona de modo significativo:

Factores individuales (desarrollo ontogénico)

La depresión es el factor de mayor riesgo para el suicidio e ideación suicida en adolescentes. Seguido por las adicciones (drogas y alcohol). En el estudio realizado por (Houck, Hadley, Brown, & Lescano, 2008) encontraron asociación entre la ideación, intento suicida y algunas prácticas sexuales de riesgo. Sin embargo, es incierto aun si ciertas conductas sexuales pueden ser consideradas como indicador de riesgo para la conducta suicida, existe evidencia de que el abuso y la violencia sexual se asocian a ideación e intento suicida y también hacia repercusiones en la sexualidad. Para Borges, y otros (2008) los hombres que han sufrido abuso sexual se suicidan más, mientras que las mujeres lo intentan en mayor medida.

Para el Ministerio de Sanidad, (2012) entre los trastornos mentales asociados con frecuencia al suicidio se encuentran:

Depresión mayor: trastorno mental asociado mayoritariamente a la conducta suicida, que aparece en todos los rangos de edad. Es un síndrome o agrupación de síntomas donde predominan síntomas afectivos (como la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) pero también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso

somático, hablando de una afectación global de la vida psíquica, con énfasis especial en la esfera afectiva

Trastorno bipolar: entre el 25-50% de los pacientes que presentan este trastorno realizan un intento de suicidio.

Trastornos psicóticos: en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, fundamentalmente en hombres jóvenes. El riesgo de suicidio en estos pacientes es de 30-40 veces mayor que para la población en general y entre el 25-50 % de las personas con esquizofrenia realizan un intento de suicidio durante su vida (Beautrais, Collings, & Ehrardt, 2005).

Trastornos de ansiedad: puede asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y finalmente suicidio consumado. Sin embargo, no está completamente demostrado que estos trastornos representen factores de riesgo independientes o si están asociados a factores como la depresión, abuso de sustancias y trastornos de personalidad.

Trastornos de la conducta alimentaria: en su estudio (Beautrais, Collings, & Ehrardt, 2005) mostraron que una de cada cuatro mujeres con trastornos de conducta alimentaria tenía antecedentes de ideación o conductas suicidas. Siendo la anorexia el trastorno con mayor riesgo.

Abuso de alcohol y de otras sustancias: este aspecto es altamente significativo pues uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol y otras sustancias. No es solo un factor de riesgo, sino uno precipitante ya que existe una asociación altamente significativa con la conducta suicida (Yoshimasu, Kiyohara, & Miyashita, 2008).

Trastornos de personalidad: el riesgo de suicidio es de un 4-8 % superior al de la población general cuando presentan trastornos de personalidad, se asocian con mayor frecuencia el trastorno antisocial y el trastorno límite de personalidad (Beautrais, Collings, & Ehrardt, 2005).

Mientras que para Forster & Wu (2002) existen dos tipos de factores de riesgo psicológicos: los fijos y los modificables. Fijos cuando no existe mínima posibilidad de cambio, aun cuando se aplican intervenciones terapéuticas. Estas incluyen intento de suicidio previo, ideación suicida del momento, factores genéticos, de género, edad, etnia, situación económica y orientación sexual. Los factores de riesgo modificables por otra parte, son la ansiedad, desesperanza, el nivel de acceso a medios para cometer el acto suicida, cuando se interrumpe un tratamiento, la presencia de trastorno psiquiátrico severo, el aislamiento social y las enfermedades médicas.

Factores genéticos y biológicos.

En general asociado con los bajos niveles de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. Además de que existe una relación directamente proporcional entre los bajos niveles de serotonina y el escaso control de impulsos (Villagomez, Balcazar, & Paz, 2005).

El suicidio no se explica desde el punto de vista genético, aunque los cambios o mutaciones pueden afectar el comportamiento y pueden ser hasta cierto punto relevantes, también es muy poco probable que el suicidio sea un resultado de la adaptación dentro de la selección natural (Soper, 2018).

Factores familiares (microsistema)

Las conductas que posibilitan la ideación e intento suicida se ven influenciadas cuando el individuo pertenece a familias con niveles bajos de cohesión, tener conflictos con padre y/o madre, en discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, antecedentes de conducta suicida en algún familiar cercano, entre otros (Villagomez, Balcazar, & Paz, 2005).

Factores del ecosistema.

Definido por las "estructuras sociales" (la escuela, el barrio); cómo el suicida percibe su entorno, si es o no violento, agresivo (Ayyash, 2002).

El suicidio puede ser el acto más individual que se puede cometer, sin embargo puede convertirse en un acto colectivo y también puede ser influenciado por otros individuos que se han suicidado, los jóvenes son los más susceptibles a ser influenciados a realizar suicidios en grupo, aunque las investigaciones que hay al respecto de este tema no son concluyentes y tienen varios vacíos, es importante abordarlo ya que el riesgo de la población sobretodo juvenil es evidente (Levesque, 2018).

Factores del macro sistema.

Llamada también capa exterior: implica la cultural y creencias. Establece roles de género y otras conductas prediseñadas y muestra un “fuera de lugar” en el individuo (Ayyash, 2002).

Factores protectores.

A diferencia de la gran cantidad de estudios sobre el suicidio en niños y adolescentes, han sido pocos los que han explorado la importancia de los factores de protección de este fenómeno, aspectos como la unión familiar, una aceptable vinculación con la escuela y el sentimiento de pertenencia al entorno reducen el riesgo de intentos suicidas en un 70-85% (Borowsky, Ireland, & Resnick, 2001).

Muchas personas están afectadas durante su vida por diferentes sucesos adversos y sin embargo, se presentan resistentes hacia pensamientos y conductas suicidas. Esta capacidad de resistencia se relaciona con la personalidad, (autoestima adecuada, una flexibilidad cognitiva o una impulsividad controlada, estabilidad emocional y con unos recursos psicológicos de afrontamiento apropiados). Además de los valores de tipo religioso, espiritual o altruista, que pueden neutralizar hasta cierto punto los pensamientos derrotistas o la ideación suicida (Mann, y otros, 2005).

Los factores sociales y familiares: que desempeñan también un papel protector ante el suicidio pueden ser el acceso a relaciones sociales enriquecedoras, correcta integración cultural, contar con apoyo familiar. Incluso los animales domésticos (perros especialmente) pueden constituir un escudo protector contra las tendencias suicidas de sus dueños. Finalmente el factor mayor importancia es ponerse a

tratamiento médico o psicológico y seguir adecuadamente las prescripciones terapéuticas (Who, 2014).

Dentro de las nuevas tecnologías un factor de prevención importante ha sido la ayuda telefónica que se le puede brindar a las personas que presentan la intención suicida, en Reino Unido el Movimiento Samaritano fue el pionero en dar este servicio, fundado por el Reverendo Chad Varah en 1953, comenzando así la intervención a través del teléfono en situaciones de crisis, prevención del suicidio y apoyo emocional en todo el mundo, un ejemplo de esto es la Befrienders Worldwide presente en 40 países basándose en este enfoque (Mishara, 2013)

1.2. Objetivos

General

- Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la Intencionalidad suicida en los estudiantes de bachillerato del Unidad Educativa Pelileo.

.Descripción: Mediante la aplicación de el cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL y la escala de intencionalidad suicida de Beck, se ha llegado a determinar que si existe una relación entre las dos variables, se puede decir que es una correlación inversa, ya que al aumentar en una unidad la intencionalidad suicida , la funcionalidad familiar baja en un 62% (-0,62) para obtener estos resultados se ha utilizado el coeficiente de correlación y se ha dividido la población en deciles que es una medida de posición no central.

Específicos:

- Establecer las Áreas de funcionalidad familiar que se relacionan con la intencionalidad suicida en los estudiantes de bachillerato del Unidad Educativa Pelileo.

Descripción: Se ha podido establecer que las áreas de la funcionalidad familiar que se relacionan con el aumento de la intencionalidad suicida son; la armonía que disminuye en un 52% (-0.52) , la comunicación en un 54% (-0,54), la adaptabilidad que es la que más disminuye en relación de la intención suicida en un 65% (-0,65), además es importante señalar que la permeabilidad presenta un aumento en relación a la intencionalidad suicida de 66% (0,66) , es decir, que a mayor permeabilidad

mayor riesgo de intencionalidad suicida, las demás áreas de funcionalidad familiar han presentado una correlación por debajo de la media , las detallo a continuación, roles 21% (-0,21), afectividad 22% (-0,22), cohesión disminuye en un 42% (-0,42).

- Especificar la relación entre las variables intencionalidad suicida y funcionalidad familiar de acuerdo al género de los estudiantes de bachillerato del Unidad Educativa Pelileo.

Descripción: En el género masculino se ha encontrado que la relación entre la intencionalidad suicida y la funcionalidad familiar presenta un coeficiente de correlación es de -13% (- 0,13), el área que mayormente se ve afectada es la adaptabilidad, ya que presenta una disminución de 55% (-0,55) en relación al aumento del riesgo de intención suicida, las otras áreas se encuentran por debajo de la media, roles 26% (-0,26), cohesión 21% (-0,21), armonía 16% (-0,16),la afectividad 6% (-0,06) la comunicación aumenta un 29% (0,29) y la permeabilidad se incrementa en un 11% (0,11).

El género femenino presenta una correlación inversa entre las dos variables, mientras mayor riesgo de intencionalidad suicida la funcionalidad familiar disminuye en un 45% (-0,45) , la comunicación es el área que más disminuye cuando aumenta la intencionalidad suicida, presentando un 71% (-0,71), la permeabilidad aumenta en un 51% (0,51) en relación con la intención suicida, las otras áreas se encuentran por debajo de la media ,la armonía 37% (-0,37), adaptabilidad 33% (-0,33), roles 27% (-0,27),cohesión 23% (-0,23) y la afectividad en un 20% (-0,20).

- Identificar los grados de riesgo de intencionalidad suicida de los estudiantes de bachillerato del Unidad Educativa Pelileo.

Descripción: La escala de intencionalidad suicida de Beck no tiene puntos de corte, por lo que se considera que a mayor puntuación, mayor riesgo de intencionalidad suicida, se ha utilizado el método de medida de posición no central y se han agrupado los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de intencionalidad suicida en deciles para una mejor comprensión estadística, en el rango promedio de 0,7 puntos que representa el 2,1% de riesgo suicida se encuentran 128 personas, en el rango promedio de 5,3 puntos que representa el 17,5% de riesgo suicida se encuentran 16 personas, en el rango promedio de 7,8 puntos que representa un riesgo del 25,9% se encuentran 14 personas, en el rango promedio de 11,4 puntos que representa un 38% de riesgo se encuentran 12 personas, en el rango promedio de 14,3 puntos que representa 47,5% se encuentran 7 personas, en el rango promedio de 16,0 puntos que representa un 53% de riesgo se encuentran 3 personas, en el rango promedio de 19,8 que representa un 66% de riesgo se encuentran 5 personas, en el rango promedio más alto de 22,0 que representa un 73% de riesgo se encuentra una persona.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Materiales

2.1.1 Descripción de los materiales utilizados

Nombre: Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL

Autores: Ortega, T., De la Cuesta, D. y Días, C.

Año: 1999

Evalúa: 7 categorías, cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, además, grados de funcionalidad familiar, Funcional, Moderadamente Funcional, Disfuncional, Severamente Disfuncional.

No. de ítems: 14

Tiempo: 15 minutos

Aplicación: individual o colectiva

Descripción: En este instrumento de evaluación constan 14 situaciones que podrían o no ocurrir dentro de la dinámica familiar, correspondiendo 2 de estas a cada una de las categorías:

Cohesión: 1 y 8

Armonía: 2 y 3

Comunicación: 5 y 11

Permeabilidad: 7 y 12

Afectividad: 4 y 14

Roles: 3 y 9

Adaptabilidad: 6 y 10

Para cada categoría existe una escala cualitativa y cuantitativa:

Casi nunca: 1 punto

Pocas veces: 2 puntos

A veces: 3 puntos

Muchas veces: 4 puntos

Casi siempre: 5 puntos

Estas situaciones deben ser respondidas marcando con una X, dependiendo de la percepción del sujeto de estudio como parte de su sistema familiar.

Calificación e interpretación: Para la calificación se suman todos los puntos para determinar el grado de funcionalidad de la familia, según la percepción del sujeto de estudio.

Familia Funcional: de 57 a 70 puntos

Familia Moderadamente Funcional: de 47 a 56 puntos

Familia Disfuncional: de 28 a 42 puntos

Familia Severamente Disfuncional: de 14 a 27 puntos

Además se pueden interpretar los resultados tomando en cuenta las 7 categorías, dependiendo de la puntación que obtenga el evaluado, se puede determinar la predominancia de ciertas áreas específicas en la dinámica familiar.

Confiabilidad: La confiabilidad temporal es de 0,93 y el coeficiente de consistencia interna es de 0,85 lo que se considera elevado (Cassinda y Angulo, 2016)

Validez: Realizada por medio del SPSS (Statistical Package for the Social Science) para probar el poder de comprensión y la claridad de las preguntas empleando la prueba T para la comparación de medias, posteriormente se realizó análisis factorial

KMO de componentes principales, rotación Varimax y prueba de esfericidad de Bartlet, se determina que el análisis tiene una muy buena consistencia interna y dentro de las dimensiones del test logra una buena delimitación, armonía y adaptabilidad son las dimensiones donde se encuentra la consistencia más baja, (Brito y Procel, 2016)

Suicide Intent Scale SIS

Nombre: Escala de intencionalidad suicida de Beck

Autores: Beck, A., Schuyler, D., Herman,I.

Año: 1974

Evalúa: Características de la tentativa suicida

No. De Ítems: 20

Tiempo: 15 minutos

Aplicación: Heteroaplicada

Descripción: La Escala de intencionalidad suicida fue creada para evaluar ciertas características de tentativa suicida como son: consumo de alcohol o substancias relacionadas con la tentativa, conductas y pensamientos antes durante y después de la tentativa, actitud hacia la vida y la muerte, aislamiento, precauciones, etc.

Es una escala semiestructurada que se valora de 0 a 2 puntos por ítem, consta de 3 partes:

Parte objetiva: ítems del 1 al 8

Parte subjetiva: ítems del 9 al 15

Otros aspectos: ítems del 16 al 20

Calificación e interpretación: Nos entrega una valoración de la gravedad de la tentativa, se suman los ítems del 1 al 15 para obtener la puntuación total, los últimos 5 ítems no puntúan, no existen puntos de corte, a mayor puntuación mayor gravedad.

Confiabilidad: La consistencia interna (Alfa de Cronbach) es de 0,82 que se considera elevada (Bobes y Portilla, 2002).

Validez: Mediante el análisis factorial se puso de manifiesto que la construcción de la escala se basa en 3 principales factores: conductas de aislamiento, actividades de planificación y expectativas de resultado, además de presentar correlación positiva con otras escalas de similares características como, Reinolds Adolecent Depresion Scale, Suicide Ideation Questionnaire y el Hopelessness Scale for Childrens (Bobes y Portilla, 2002)

2.2 Métodos

2.2.1 Nivel y Tipo de Investigación.

De acuerdo a la naturaleza de la investigación se escogió la asociación de variables ya que por medio de esta se pudo observar la influencia que tienen las variables entre si y así poder relacionarlas y de alguna manera medir el comportamiento de las mismas con individuos en un contexto predeterminado, por lo que se trata de una investigación de Correlacional y de manera transversal, con un valor explicativo en el cual se manifiesta una mayor comprensión en el fenómeno investigado.

La metodología utilizada es la medida de posición no central, dentro de estas medidas se dividió en deciles a la población tomando como referencia la puntuación máxima que se puede alcanzar en escala de intencionalidad suicida de Beck (0-30),

luego de esto se realizó un cálculo basado en el índice de correlación entre las variables.

2.2.2 Selección del área o ámbito de estudio

Esta investigación se llevará a cabo en Ecuador, Provincia de Tungurahua, cantón Pelileo, en la Unidad Educativa Pelileo.

2.2.3 Población

La población con la que se va a trabajar son los 186 alumnos y alumnas de 1ro, 2do y 3ro de bachillerato de la Unidad Educativa Pelileo, comprendidos entre las edades de 15 hasta 17 años.

2.2.4 Criterios de inclusión y exclusión

Se tomará en cuenta a todos los estudiantes puesto que dentro de la población que sería excluida estarían personas con algún tipo de discapacidad intelectual, lo que no se encuentra en nuestra población.

2.2.5 Diseño Muestral

Se trabajara con la totalidad de la población de los estudiantes de Bachillerato del Unidad Educativa Pelileo de la provincia del Tungurahua.

2.2.6 Operacionalización de Variables

Tabla 1 Variable Intencionalidad Suicida

Definición Conceptual	**Definición Operacional**	**Indicadores**	**Técnicas e instrumentos**
La intencionalidad Suicida se podría definir como el grado o nivel de riesgo que una persona tiene para cometer un acto suicida, aunque no necesariamente consumar el hecho.	Circunstancias objetivas Auto informe Circunstancias subjetivas	1. Aislamiento 2. Medición del tiempo 3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas 4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento 5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro) 6. Preparación activa del intento 7. Nota suicida 8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas) 9. Propósito supuesto del	Escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS) Alfa de Cronbach 0,82

intento

10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte

11.Concepcion de la letalidad del método

12. Seriedad del intento

13. Actitud hacia el vivir y morir

14. Concepción de la capacidad de salvamento medico

15. Grado de premeditación

16. Reacción Frente al intento

17. Preconcepciones de la muerte

18. Numero de intentos de suicidio previos

19. Relación de ingesta de alcohol e intento

20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos, cuando la substancia no es el método utilizado para e intento)

Tabla 2 Variable Funcionalidad Familiar

Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Técnicas e instrumentos
La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema familiar para enfrentar, afrontar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa dicho sistema	1 Familia Funcional 2 Familia Moderadamente Funcional 3 Familia Disfuncional 4 Familia Severamente Disfuncional	Cohesión Armonía Comunicación Afectividad Roles Adaptabilidad Permeabilidad	Test de Funcionamiento Familiar (FFSIL) Confiabilidad temporal 0,93, Coeficiente de consistencia interna 0,85.

2.2.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información.

Para cumplir la exploración y obtener los datos y la información necesaria para llevar a cabo esta investigación se aplicaron la escala de intencionalidad suicida y el cuestionario de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) a la población de alumnas y alumnos de 1ro, 2do, y 3ro de Bachillerato, con los datos obtenidos se realizará el cruce de información utilizando la medida de posición central y el coeficiente de correlación, para cumplir con los objetivos trazados.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Relación que existe entre la funcionalidad familiar y la Intencionalidad suicida.

ESCALA DE GENERAL DE HOMBRES Y MUJERES

Tabla 3 Intencionalidad suicida y Funcionalidad familiar

MUJERES Y HOMBRES																		
RANGO LIMITE SUPERIOR	RANGO LIMITE INFERIOR	DECIL	INTENCIONALIDAD SUICIDA	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	r	COHESION	r	ARMONIA	r	COMUNICA.	r	PERMEABILI.	r	AFECTIVIDAD	r	ROLES	r	ADAPTABILI.	r
3	0	1	0,7	52,9	-0,62	8,2	-0,42	8,0	-0,52	7,1	-0,54	6,5	0,66	8,2	-0,22	7,8	-0,21	7,1	-0,65
6	4	2	5,3	50,8		7,4		7,3		7,0		6,1		8,2		7,5		7,3	
9	7	3	7,8	51,6		7,7		7,3		7,4		6,6		7,3		7,4		7,1	
12	10	4	11,4	46,7		8,0		6,3		6,8		6,3		6,3		6,6		6,3	
15	13	5	14,3	48		7,3		7,3		5,4		6,7		6,6		7,6		7,1	
18	16	6	16,0	53		7,5		7,5		8,0		7,0		7,0		8,5		7,5	
21	19	7	19,8	44		6,8		6,8		6,6		6,6		6,0		5,2		6,0	
24	22	8	22,0	48		8,0		7,0		4,0		7,0		9,0		8,0		5,0	
27	25	9	0,0																
30	28	10	0,0																

Análisis:

La relación entre la intencionalidad suicida y la funcionalidad familiar de los estudiantes, se puede observar en el gráfico. Se presenta una correlación inversa entre la intencionalidad suicida y la funcionalidad familiar con un valor de -0,62 que se explica de la siguiente forma, a mayor riesgo de intencionalidad suicida la funcionalidad familiar baja en un 62%.

Discusión:

Se encontró una relación inversa entre la riesgo intencionalidad de intencionalidad suicida y la funcionalidad familiar de un 62%, esto se contrasta con los resultados de otra investigación en la cual se encontró que hay una correlación negativa media (-0,44) entre la depresión y el involucramiento afectivo funcional familiar, además, de una correlación positiva media entre depresión e ideación suicida, tomando en cuenta que la depresión es un factor alto de riesgo para la intencionalidad suicida (Eguiluz y Ayala, 2014).

3.2 Areas de funcionalidad familiar en relación con la intencionalidad suicida en los estudiantes de bachillerato del Unidad Educativa Pelileo.

Tabla 4 Intencionalidad suicida-áreas funcionalidad familiar

COHESIÓN	r	ARMONÍA	r	COMUNICA.	r	PERMEABILI.	r	AFECTIVIDAD	r	ROLES	r	ADAPTABILIDAD.	r
8,2	-0,42	8,0	-0,52	7,1	-0,54	6,5	0,66	8,2	-0,22	7,8	-0,21	7,1	-0,65
7,4		7,3		7,0		6,1		8,2		7,5		7,3	
7,7		7,3		7,4		6,6		7,3		7,4		7,1	
8,0		6,3		6,8		6,3		6,3		6,6		6,3	
7,3		7,3		5,4		6,7		6,6		7,6		7,1	
7,5		7,5		8,0		7,0		7,0		8,5		7,5	
6,8		6,8		6,6		6,6		6,0		5,2		6,0	
8,0		7,0		4,0		7,0		9,0		8,0		5,0	

Análisis:

La intencionalidad suicida relacionada con la cohesión en los estudiantes muestra una correlación de -0.42 no supera la media, en la armonía se encontró un valor del -0,52 sobre la media relacionado con la intencionalidad suicida, La comunicación obtuvo un valor sobre la media de -0,54, la permeabilidad obtuvo un valor positivo de 0,66 esto quiere decir, que cuando la permeabilidad familiar aumenta, también aumenta la intencionalidad suicida, la afectividad tiene un coeficiente de correlación de -0,22 . Los roles presentan un valor de -0,21 y la adaptabilidad tiene la

correlación más significativa con un valor de -0,65. Los valores que no superaron la media fueron los de las siguientes áreas de la funcionalidad familiar, roles 21% (-0,21), afectividad 22% (-0,22), cohesión disminuye en un 42% (-0,42). Los valores negativos de r explican una correlación inversa con la intencionalidad suicida, es decir, por ejemplo, a mayor riesgo de intencionalidad suicida menor es la adaptabilidad, pero, cuando encontramos valores positivos en r, como es el caso de la permeabilidad, cuando mayor es la permeabilidad familiar, mayor es el riesgo de intencionalidad suicida.

Discusión:

La cohesión se relaciona directamente con el desapego emocional dentro del ámbito familiar y también esto influye en que se pueda llegar a acuerdos, por lo que se deduce que la comunicación también se ve afectada, así como el bajo cumplimiento de los roles establecidos y la adaptabilidad, relacionándose directamente con el riesgo suicida y la depresión (Tayo y Torres, 2016).

3.3 Relación entre las variables intencionalidad suicida y funcionalidad familiar de acuerdo al género de los estudiantes de bachillerato del Colegio Nacional Pelileo.

Tabla 5 Intencionalidad suicida-Funcionalidad Familiar-Hombres

			INTENCIONALIDAD SUICIDA	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	r	COHESION	r	ARMONIA	r	COMUNICA.	r	PERMEABILI.	r	AFECTIVIDAD	r	ROLES	r	ADAPTABILI.	r
3	0	1	0,6	51,6	-0,13	8,2	-0,21	7,9	-0,16	6,8	0,29	6,3	0,11	8,1	-0,06	7,6	-0,26	6,8	-0,55
6	4	2	5,3	49,1		6,8		7,9		6,3		5,5		8,1		7,0		7,6	
9	7	3	8,0	55,8		8,4		8,1		8,1		7,0		7,8		8,0		8,4	
12	10	4	11,6	44,0		7,7		6,3		6,3		5,9		6,0		6,1		5,7	
15	13	5	15,0	50,0		8,0		7,0		5,0		6,0		10,0		8,0		6,0	
18	16	6	16,0	56,0		8,0		8,0		10,0		7,0		8,0		8,0		7,0	
21	19	7	19,5	47,5		7,0		8,0		8,0		6,0		7,0		6,0		5,5	
24	22	8																	
27	25	9																	
30	28	10																	

3.3.1 Relación entre las variables intencionalidad suicida y funcionalidad familiar en el sexo masculino.

Análisis:

Se presenta el análisis de intencionalidad suicida y funcionalidad familiar para hombres. Existe una relación entre la intencionalidad y la funcionalidad familiar con un valor de -0,13 que se considera baja, pero en lo referente a la adaptabilidad tenemos un coeficiente de correlación de -0,55,por lo que podemos observar una disminución en referencia al aumento de la intencionalidad suicida, lo que quiere decir que mientras más altos son los valores de intencionalidad suicida los valores del adaptabilidad van bajando, los valores de las demás áreas no superan la media, el valor de permeabilidad se presenta positivo en 0,11 que corrobora lo que sucede con los datos generales.

Discusión:

Se pudo demostrar que existe una relacion inversa, ya que la correlacion entre la intencionalidad suicida y la adaptibilidad es de - 0,55. Es decir, la adaptabilidad en los hombres influye en su intencion suicida de manera que a menor adaptabilidad mayor riesgo de intencionalidad suicida. La incidencia mayor de intentos suicidas en adolescentes se da en el sexo masculino y la edad donde se encuentran más intentos es a los 15 años (Pérez, 2014)

Tabla 6 Intencionalidad suicida-Funcionalidad Familiar-Mujeres

MUJERES																			
			INTENCIONALIDAD SUICIDA	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	r	COHESION	r	ARMONIA	r	COMUNICA.	r	PERMEABILI.	r	AFECTIVIDAD	R	ROLES	r	ADAPTABILI.	r
3	0	1	0,7	54,0	-0,45	8,2	-0,23	8,1	-0,37	7,3	-0,71	6,7	0,51	8,3	-0,2	7,9	-0,27	7,4	-0,33
6	4	2	5,3	52,4		8,1		6,6		7,8		6,8		8,3		8,0		6,9	
9	7	3	7,5	44,0		6,8		6,2		6,3		6,0		6,7		6,5		5,5	
12	10	4	11,2	50,4		8,4		6,4		7,4		7,0		6,8		7,2		7,2	
15	13	5	14,2	47,7		7,2		7,3		5,5		6,8		6,0		7,5		7,3	
18	16	6	16,0	54,5		8,5		7,0		7,5		7,0		8,0		8,5		8,0	
21	19	7	20,0	41,7		6,7		6,0		5,7		7,0		5,3		4,7		6,3	
24	22	8	22,0	48,0		8,0		7,0		4,0		7,0		9,0		8,0		5,0	
27	25	9																	
30	28	10																	

3.3.2 Relación entre las variables intencionalidad suicida y funcionalidad familiar en el sexo femenino.

Análisis:

Se presentan los resultados del analisis de intencionalidad suicida y funcionalidad familiar en mujeres. Se pudo observar que existe relacion entre la intencionalidad suicida y la funcionalidad familiar con un valores de correlacion negativa de -0,45, que aunque no supera la media, es significativa, ademas en lo referente a las areas de funcionalidad familiar, la correlacion de la comunicación con la intencionalidad suicida es de -0,71, la mas alta de todas, aun mas que en la general y en la poblacion masculina, lo que quiere decir que a menor comunicación dentro de la dinamica familiar, mayor es el riesgo de intencionalidad suicida en la poblacion femenina, la permeabilidad presenta un valor r positivo de 0,51 lo que nos dice que a mayor permeabilidad familiar, mayor riesgo de intencion suicida, las otras areas de funcionalidad familiar no superan la media.

Discusión:

El 66,5 % de la población de adolecentes del sexo femenino presenta disfuncionalidad familiar y de este porcentaje el 60% presenta depresión, la falta comunicación es una causas para el riesgo de intencionalidad suicida y eso es un elemento primordial dentro de la dinámica y funcionamiento familiar (Rivera, A. Sánchez, 2013)

3.4 Grados de riesgo de intencionalidad suicida de los estudiantes de bachillerato del Colegio Nacional Pelileo.

Tabla 7 Grados de riesgo-Intencionalidad Suicida

Población	Rango promedio-Puntos obtenidos	Porcentaje de riesgo
128	0,7	2,1%
16	5,3	17,5%
14	7,8	25,9%
12	11,4	38%
7	14,3	47%
3	16,0	53%
5	19,8	66%
1	22,0	73%

Análisis:

Se presentan los datos obtenidos luego de la aplicación de la escala de intencionalidad suicida, puesto que dicha escala no cuenta con puntos de corte se dividió en deciles, se calculó los rangos promedio y además el porcentaje de riesgo tomando como referencia que la puntuación máxima de la escala es de 30 puntos que equivalen a un 100% de riesgo de intencionalidad suicida. Encontramos que el grado

más alto de riesgo de intencionalidad suicida es de 73% con una puntuación en la escala de 22 corresponden a una sola persona del sexo femenino, el que le sigue es el 66% con 19,8 puntos que corresponden a 5 adolescentes de los cuales 3 son mujeres, el 53% de riesgo de intención suicida con 16 puntos corresponden a 3 personas, 2 de sexo femenino, los que obtuvieron un promedio de 14,3 puntos con un 47% de riesgo fueron 7 sujetos de los cuales solo uno es de sexo masculino, las 6 restantes son mujeres, en el 38% con un puntaje promedio obtenido 11,4 fueron 12 estudiantes, 7 hombres y 5 mujeres, en el grado que equivale a 25,9% con una puntuación promedio de 7.8 se ubicaron 14 estudiantes, 8 hombres y 6 mujeres, en el 17,5% con 5,3 de puntaje promedio tenemos a 16 personas con igual número de población masculina y femenina, el grado más bajo fue de 2,1% puntuando un promedio de 0,7 con un número de estudiantes de 128, 71 mujeres y 57 hombres. Las mujeres tienen una prevalencia mayor de intencionalidad suicida en los grados más altos encontrados, en los grados medios los hombres superan a las mujeres y en los más bajos vuelven a ser las mujeres las que aumentan en número.

Discusión:

Con estos resultados nos damos cuenta que el riesgo de intencionalidad de nuestra población es mayor en mujeres que hombres, esto contrasta con otra investigación en la cual concluye que la incidencia de intentos suicidas es mayor en hombres que en mujeres (Pérez, 2014)

Encontramos una mayor relación en el estudio que concluye que un 86,2% de las mujeres han presentado intentos suicidas en relación al 13,7 de los hombres (Sánchez, D, Domínguez, M 2015)

3.5 Verificación de hipótesis.

Se verifica la hipótesis de la relación entre las variables ya que se ha determinado que al aumentar en una unidad la intencionalidad suicida , la funcionalidad familiar baja en un 62% (-0,62), además que las áreas de la funcionalidad también se relacionan de la siguiente forma , la armonía disminuye en un 52% (-0.52) , la comunicación en un 54% (-0,54), la adaptabilidad que es la que más disminuye en relación de la intención suicida en un 65% (-0,65), la permeabilidad presenta una correlación positiva de 66% (0,66) , los roles 21% (-0,21), afectividad 22% (-0,22), cohesión disminuye en un 42% (-0,42) no superan la media.

En hombres la relación entre la intencionalidad suicida y la funcionalidad familiar presenta un coeficiente de correlación es de -13% (- 0,13), la adaptabilidad disminuye un 55% (-0,55), además, los roles 26% (-0,26), la cohesión 21% (-0,21), armonía 16% (-0,16), la afectividad 6% (-0,06) también bajan y la comunicación 29% (0,29) y la permeabilidad (11% (0,11). se incrementan.

Las mujeres presentan una correlación general de 45% (-0,45), la -71% (-0,71), la permeabilidad aumenta en un 51% (0,51) y la armonía 37% (-0,37), la adaptabilidad 33% (-0,33), los roles 27% (-0,27), cohesión 23% (-0,23) y la afectividad en un 20% (-0,20) no superan la media.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

- Tomando en consideración el elemento de causalidad y de acuerdo a lo evidenciado por el relevamiento de datos se puede concluir: Relación causa y efecto: La Funcionalidad familiar es una causa que explica la intencionalidad suicida como efecto. Relación de variables: El cálculo de la correlación entre las variables Funcionalidad Familiar y la intencionalidad suicida nos dice que por cada unidad que sube la intencionalidad suicida en su escala de medida la funcionalidad familiar baja en un 0,62 Relación cualitativa: Por lo tanto, elevar la calidad de la funcionalidad familiar influye positivamente en reducir el riesgo de intencionalidad suicida en un 62%

- El cálculo de correlación entre la variable intencionalidad suicida y las áreas de la Funcionalidad Familiar nos dice que por cada unidad que sube la intencionalidad suicida en su escala de medida la armonía baja en un 0,52, la comunicación baja en un 0,54 y la adaptabilidad también baja en un 0,65, sin embargo la permeabilidad sube en un 0,66. Las siguientes áreas no superaron la media, roles 21% (-0,21), afectividad 22% (-0,22), cohesión disminuye en un 42% (-0,42).

- En lo referente al sexo de la población podemos concluir que en los hombres la correlación nos dice que por cada unidad que la intencionalidad suicida sube en su escala de medida la adaptabilidad baja en un 0,55, en las mujeres la correlación entre la intencionalidad suicida y la comunicación nos dice que cuando la primera sube en una unidad de medida la segunda baja en un 0,71.

- El grado más alto de riesgo suicida que se encontró fue de 73% que corresponde a una sola persona, y el riesgo más bajo fue de 2,1% que corresponde a 128 personas.

RECOMENDACIONES

- Elevar la calidad de la Funcionalidad Familiar influye de manera positiva en reducir el riesgo suicida, por lo que se recomienda un seguimiento a las familias de los adolescentes, especialmente aquellos que presentan síntomas depresivos o hayan presentado intentos autolíticos previos.

- Las áreas de la Funcionalidad Familiar que más se relacionan con el riesgo de Intencionalidad Suicida son la Armonía, la Comunicación y la Adaptabilidad, es de vital importancia que dentro del apoyo psicológico que se brinde a los adolescentes y a sus familias, poner énfasis en el desarrollo de estas áreas, además, tomar mucho en cuenta que el aumento de la Permeabilidad de la familia también aumenta el Riesgo de Intencionalidad Suicida.

- Se recomienda que durante el apoyo psicológico que se les brinde a los adolescentes hombres y a las familias, se tome mucho en cuenta que el área que más se relaciona en este grupo es la adaptabilidad y en la población de mujeres es la comunicación, ya que estos datos nos podrían ayudar a elaborar un proceso psicológico mucho más eficaz y eficiente.

- Se recomienda implementar políticas de salud pública que involucre no solo a los adolescentes sino también a sus familias para evitar que el riesgo suicida vaya en aumento, ya que esta población es de las más vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

Ayyash, H. (2002). Adolescent suicide: an ecological approach. *Psychol Sch, 39*(4), 459-475.

Beautrais, A., Collings, S., & Ehrardt, P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention.* Wellington: Ministry of Health.

Borges, G., Benjet, C., Medina, M., Orozco, R., Molnar, B., & Nock, M. (2008). Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *J Child Psychol Psychiatry, 49*(6), 654-666.

Borowsky, I., Ireland, M., & Resnick, M. (2001). Adolescent suicide attempts risk and. *Pediatrics, 107*(1), 485-493.

Carrion, F. (2018). *desertcionprevia.*

Forster, P., & Wu, L. (2002). Assessment and treatment of suicidal patients in an. *Re Prychiatry, 21*(1), 75-111.

Garcia, K. (2017). *agenda de salud sostenible para las americas 2018-2030* . Washintong : comite ejecutivo .

Guajardo, G. (2013). *femicidio y suicidio de mujeres por razones de genero.* chile .

Houck, C., Hadley, W., Brown, L., & Lescano, C. (2008). A link between suicide attempt and sexual risk behavior among adolescents. *Arch Suicide Res, 12*(1), 39-49.

Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., Beautris, A., Currier, D., & Has, A. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA, 294*, 2064-2074.

Martinez, J. (2014). *El suicidio: revisitando a durkheim.* Universiat abat oliba ceu.

Medisan. (2015). *Algunas especificaciones en torno a la conducta suicida/Some*

specificities regarding the suicidal behavior. España.

MINSAL . (2013). *Programa nacinal de prevenion del suicidio* . Coquimbo : departamento de salud mental division de prevencion y control de enfermedades subsecretaria de salud publica .

OMS. (2016). *prevencion de la conducta suicida* . Washintong, D.C. : Organizacion panamericana de la salud .

Ortiz, J. (2013). *Funcionamiento familiar* .

Perez, M. (2016). Conducta suicida. protocolo de intervención. *Redalyc* .

(2016). *prevencion de la conducta suicida* . w: Organizacion panamericana de la salud .

Reyes, L. (1999). *Curso fundamental Tanatologia. Tomo Cuarto: Suicidio* (Primera ed.). Mexico: Triple A Diseño.

Santurtun, A. (2016). *Metodo empleado en las muertes por suicidio en españa: envenenamiento y agentes violentos no toxicos* . España .

Villagomez, B., Balcazar, A., & Paz, R. (2005). Suicidio en jovenes. *Rev. Fac. Med, 48*(2), 54-57.

Who. (2014). Preventing suicide. A global imperative. *Geneve: World Health Organization* , 10.

Yampey, N. (1998). *Crisis y suicidio.* Grupo de Investigacion sobre Crisis y Suicidio A.P.A. Bs.

Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completes suicide: metaanalyses based on psychological studies. *Envirov Health Prev Med, 13*(1), 243-256.

Aceves, Camacho, E. Maldonado, M. Morfin, Rodríguez, S. Sánchez, L. Toledo, V.

(2010). Desarrollo psicocultural de niños mexicanos ITESO. México: Editorial: Mejía-Arauz

Achenbach, T. & Rescorla, L. (2001a). Manual for the ASEBA School: Age Forms & Profiles. Child Behavior Checklist for Ages 6-18, Teacher's report from, youth self-report and integrated system of multi-informant assessment. Burlington: University of Vermont.

Achenbach, T. & Rescorla, L. (2001b). Manual for the ASEBA School- Age Forms & Profiles.

Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & families. Antoni, M. (2006). Estrategias para mejorar el rendimiento académico de los adolescentes. Madrid: Pirámide.

Ballesteros, P. (1995). El conflicto marital y su relación con problemas de ajuste en los niños. Trabajo monográfico. Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Barber, B. (2002). Intrusive Parenting. En How psychological control affects children and adolescents. Washington: American Psychological Association.

Solís, L., Huerta, E., Vásquez, L., Alfaro, I., Sánchez, H. & Hernández, C. (2006). análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en Medicina Familiar. 8, (1), 27-32.

Silva, I. & Pillón, S. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico.

Tilano, L., Henao, G. & Restrepo, J. (2008). Prácticas educativas y desempeño académico en adolescentes escolarizados en el grado noveno de instituciones educativas del municipio de Envigado. Revista El Ágora. 9, (1), 35-51

Linkografía

Baaer, & Yanez. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Rev. Med. Clin. Condes, 22*(3), 303-309. Recuperado de http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_3/303-309-dr-baader.pdf

Quintanar, F. (2008). *Comportamiento suicida.* Mexico: Editorial Pax Mexico. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=yd5k-gOykLIC&dq=psicopatologia+suicidio&source=gbs_navlinks_s

Perez, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva, A., & Chavez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Scielo Salud Publica de Mexico, 52*(4), 324-329. Recuperado de https://www.scielosp.org/pdf/spm/2010.v52n4/324-333/es

Ministerio de Sanidad, P. S. (2012). *Guia de Practica Clinica de Prevencion y Tratamiento de la Conducta Suicida.* Agencia de Evaluacion de Tecnologias Sanitarias de Galcia. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Durkheim, E. (1986). *Las reglas del metodo sociologico.* Mexico: Fondo de Cultura Economica. Recuperado de https://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/45453/mod_resource/content/1/las_reglas_del_metodo_sociologico_-_emile_durkhein_-_pdf.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). Datos y cifras sobre el suicidio. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/suicide-

prevention/infographic/es/

Instituto Nacional de Estadisticas y Censos (2018). Nacimientos y defunciones. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/

Organización Panamericana de la Salud (2018). Datos sobre suicidio en Latinoamerica. Recuperado de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=24:acerca-ops&Itemid=122

Rivera, A., Sánchez, S. (2014). Disfuncionalidad Familiar y su relación con la Depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. Cuenca. Recuperado de http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20551/1/TESIS.pdf

Gonzales, C., Criado, M., Araque, J., Cala, O., Smith, B., Jimenez, M., Serrano, T., Sierra, S. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar de persona que ha intentado suicidarse. Scielo Universidad Industrial de Santander. Colombia., Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000100006

Argota, N., Alvarez, M., Camilo, V., Sanchez, Y., Barceló, M. (2015). Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. Policlínico Comunitario José Martí Pérez.. Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Santiago de Cuba. Cuba. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000100004

Pérez, M., Viancha, M., Martínez, L., & Salas Bautista, I. (2014). El maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. Boyacá. Colombia. Recuperado de http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1471

Santos, H., Marcon, S., Espinosa, M., Baptista, M., Paulo, P. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. Universidad Federal de Matto Grosso. Brasil. Recuperado de http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/134940

Siabato, E., & Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. Psychologia: avances de la disciplina, 9(1), 71-81. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja – Colombia. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/2972/297233780005.pdf

Eguiluz, L., Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. Psicología Iberoamericana, vol. 22, núm. 2, pp. 72-80. Universidad Iberoamericana. Ciudad de México Distrito Federal. México. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/1339/133938134009.pdf

Gerstner, R., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffe, S., Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador. Rev. Pan. Am. Salud Pública. Ecuador. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49163/v42e1002018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Castillo, F. (2012) Funciones y dinámica de la Familia. Recuperado de http://florcastilloaramburo.blogspot.com/

Montalvo, J., Rivas, L., Fernández, T., (2001) Intento de suicidio. Un estudio de caso bajo el modelo estructural. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. México. Recuperado de http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22822/21548

Cortés, A., Suárez, M., Carbonell, Q., Fuentes. C. (2012) Factores de riesgos familiares y personales de intento suicida en adolescentes. Provincia Granma Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Cuba. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/mgi08501.pdf

Martínez, M. (1996) Funcionalidad y Disfuncionalidad de la Familia. Universidad Nacional Autónoma de México. México. Recuperado de http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/27.pdf

Zabala, M., Ríos, M., García, G., Rodríguez. C. (2009) Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. México. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a06

Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., Goodyer, I. (2011) Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). USA. Recuperado de http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2010.10050718

Beck, A., Schuyler, D., Herman, I. (1974) Suicide Intente Scale. Recuperado de https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2013/478/46299/1/Documento42.pdf

Ortega, T., De la Cuesta, D. and Días, C. (1999) Cuestionario de Funcionamiento Familiar. Recuperado de http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/

Citas bibliográficas - Base de datos de la Universidad Técnica de Ambato.

SpringerLink:

Kreutzer, J., DeLuca, J., Caplan, B. (2011). Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. New York, NY Recuperado de https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-0-387-79948-3_2136

SpringerLink:

Mishara, B., Cote, L. (2013). Suicide. In: Goldstein S., Naglieri J.A. (eds) Encyclopedia of Child Behavior and Development Springer, Boston, MA Suicide Prevention and New Technologies. Palgrave Macmillan, London Recuperado de https://link.springer.com/chapter/10.1057/9781137351692_1

SpringerLink:

Soper, C. (2018). Reviewing the Options: (eds) Noise, Adaptation and By-Product, In: The Evolution of Suicide. Evolutionary Psychology. Springer, Cham. Recuperado de https://link.springer.com/ chapter/10.1007/978-3-319-77300-1_2

SpringerLink:

Miller, D. (2011). Suicide. In: Goldstein S., Naglieri J.A. (eds) Encyclopedia of Child Behavior and Development. Springer, Boston, MA. Recuperado de https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-0-387-79061-9_2837

SpringerLink:

Levesque, R. (2018) Suicide Pacts and Suicide Clusters. In: Levesque R.J.R. (eds) Encyclopedia of Adolescence. Springer, Cham. Recuperado de https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-319-33228-4_6139_2837