UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La función familiar y su relación con el intento autolítico en personas de 15 a 24 años de edad en la provincia de Zamora Chinchipe

Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

AUTORA: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Jorge Fernando Reyes Jaramillo, Mg.Sc.

Loja – Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Dr. Jorge Fernando Reyes Jaramillo
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, orientado y discutido en todas sus partes, el desarrollo de la tesis intitulada **"LA FUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO AUTOLÍTICO EN PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD EN LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE**", de la autoría de la Md. Maritza Jhoanna Mosquera González, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos por la institución para los procesos de graduación de postgrado, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 22 de diciembre de 2016

Dr. Jorge Fernando Reyes Jaramillo Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

ii

Autoría

Yo, Maritza Jhoanna Mosquera González, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma: _____

Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

Cédula: 1104253651

Correo Electrónico: marychuyjhoa@hotmail.com

Fecha: 20 de febrero de 2017

Carta de Autorización

Yo Maritza Jhoanna Mosquera González, declaro ser la autora de la tesis titulada " La función familiar y su relación con el intento autolítico en personas de 15 a 24 años de edad en la provincia de Zamora Chinchipe, como requisito para optar el grado de Especialización de Medicina Familiar y comunitaria, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y en el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 20 días del mes de febrero del dos mil diecisiete.

Firma:

Nombre: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González
C.I: 1104253651
Dirección: Ciudadela Los Cipres, calle Teniente Hugo Ortiz y Chuquimarca.
Correo electrónico: marychuyjhoa@hotmail.com
Teléfono: 072548671 – celular: 0989931838

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis:	Dr. Jorge Fernando Reyes Jaramillo, Mg.Sc
Tribunal de Grado:	Dra. Alba Beatriz Pesántez González Mg.Sc
Tribunal de Grado:	Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero Mg.Sc
Tribunal de Grado:	Dra. Sara Felicita Vidal Rodriguez Mg.Sc

Dedicatoria

Con amor a quienes han sido mi fuerza y mi inspiración, que me han acompañado física y moralmente a lo largo de estos tres años y soportaron comprensivamente el limitado tiempo brindado día a día: mis dos pequeños tesoros: Johann y Raizel, y mi amado esposo.

A mis queridos padres, quienes son mi ejemplo, que han estado conmigo siempre y me han incentivado cada día para llegar a la meta.

A mis hermanos, quienes me han brindado su apoyo incondicional.

A mis queridos abuelitos mamita María y papito Lucho (+), a mis tíos y primos los cuales siempre han estado conmigo con una palabra de aliento y continuo apoyo.

Maritza Jhoanna

Agradecimiento

Mi sincero agradecimiento por el apoyo brindado durante mi vida estudiantil:

- A la Universidad Nacional de Loja, a través del Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria.

- A todos las personas que conforman el Centro de Salud El Pangui, en donde realicé la práctica comunitaria, quienes me brindaron una excelente acogida y todo el apoyo desde el día que llegué, quienes a más de ser mis compañeros de trabajo se convirtieron en amigos y amigas, de manera especial a quién se convirtió en mi mano derecha y gran amiga: Téc. Sonia Pesántez.

- Al Hospital Básico Yantzaza y todos los compañeros y amigos profesionales por brindarnos la apertura en la práctica hospitalaria.

- Al Dr. Jorge Fernando Reyes Jaramillo, excelente profesional, por su incondicional ayuda y el mejor guía para la culminación de este trabajo de investigación con sus valiosos conocimientos.

- Al Dr. Wilson Merecí, y Dr. Diego Barba; Tutores de Emergencia del Hospital Básico Yantzaza grandes profesionales y seres humanos, quienes siempre nos supieron compartir sus conocimientos y experiencias.

- A mis compañeros y compañeras, amigos y amigas, docentes y autoridades de la especialidad, por haberme colaborado y apoyado incondicionalmente.

Y, en general a todas las personas que de una u otra manera me brindaron su contribución mediante consejos y continuo incentivo de optimismo que me permitió concluir con éxito este aporte investigativo.

Índice

CARÁTULA ..... **¡Error! Marcador no definido.**

CERTIFICACIÓN ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Autoría ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Carta de Autorización ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Dedicatoria v

Agradecimiento vi

Índice vii

1. Título 1

2. Resumen 2

Abstract 3

3. Introducción 4

4. Revisión de la literatura 6

4.1. FAMILIA 6

4.1.1. Concepto de Familia 6

4.1.2. Clasificación 6

4.1.3. Funcionalidad familiar 7

4.1.4 Teoría de los sistemas 7

4.2 Definiciones sobre suicidio 8

4.2.1 Ideación suicida. 8

4.2.2 Conducta Suicida. 8

4.2.3 Intento autolítico. 8

4.2.4 Suicidio. 8

4.3 Antecedentes de suicidio 9

4.4 . Factores de riesgo investigadas en conductas suicidas 9

4.4.1 Factores individuales 10

Sexo. 10

Factores biológicos y genéticos. 11

Factores psicológicos y biológicos 12

Enfermedad física o problemas físicos generales. 12
Orientación sexual. 12
Abuso sexual y físico. 12
4.4.2 Factores familiares y sociales 12
Estructura familiar. 13
Relaciones familiares y sociales. 13
Relaciones con pares (iguales). 14
4.5 Contextualización de Zamora Chinchipe 14
4.5.1 Descripción general 14
4.5.5 División política. 15
Condiciones de vida 16
Educación de la población 16
Servicios básicos 17
Comportamiento poblacional 17
Violencia Sexual 18
Cultura 18
Morbilidad y mortalidad en adolescentes 18
Embarazo en adolescentes de Zamora Chinchipe 19
5. Materiales y Métodos 20
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN 20
5.1.1 Investigación analítica 20
5.1.2 Investigación correlacional 20
5.2 Diseño metodológico 20
5.2.1. Investigación Documental 20
5.2.2. Investigación de campo 21
5.3 Unidad de estudio 21
5.4 Universo 21
5.5 Muestra 21
5.6 Muestreo 21
5.7 Criterios de inclusión y exclusión 21
5.7.1 Criterios de inclusión.
5.7.2 Criterios de exclusión. 22
5.8 Técnica(s) 22

5.8.1 Recopilación de información primaria. 22
5.8.2 Recopilación de información secundaria. 22
5.9 Instrumentos 22
5.9.1 Test de Percepción de la Funcionalidad Familiar (FFSIL) 22
5.9.2 Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del INEC 23
5.9.3 Escala de Ideación Suicida de Beck 23
5.9.4 Escala de riesgo de suicidio de Plutchick 23
5.10 Procedimiento 23
5.10.1 Fase de Inicio. 23
5.10.2 Fase de implementación. 23
5.10.3 Fase de análisis de datos. 23
5.10.4 Fase Final. 24
5.11 Análisis Estadístico 24
6. Resultados 25
6.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO 25
Cuadro 1. Características familiares de los Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015. 25
Cuadro 2. Características sociodemográficas de la muestra. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015. 26
Cuadro 3. Características socioeconómicas de la muestra. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015. 27
Cuadro 4. Distribución de la muestra por cantón de residencia. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015. 27
Cuadro 5. Distribución de la muestra por etnia. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015. 28
ANÁLISIS INFERENCIAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO 28
Cuadro 6.. 28
Cuadro 7. Métodos de suicidio empleados, relación del intento de suicidio con la ingesta de alcohol y la reacción de frente al intento. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015. 30
Cuadro 9. Riesgo suicida según la escala de Plutchick en la muestra Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015. 31
7. Discusión de los resultados 33
8. Conclusiones 35
9. Recomendaciones 36
10. Bibliografía 37

11. Anexos 40
Anexo 1. Encuesta realizada a jóvenes y adolescentes de la provincia de Zamora Chinchipe 40
Anexo 2. Cuestionario Funcionamiento (Familiar FFSIL) 42
Anexo 3. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico 43
Anexo 4. Escala de riesgo suicida de Plutchick 46
Anexo 5. ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (Suicide Intent Scale, SIS) (Para el que ha presentado intento autolítico) 47
Anexo 6. Equipo y Materiales 50
Talento Humano 50
Recursos materiales 50
Recursos financieros 51
Anexo 7. Gráfico 1. Ubicación de Zamora Chinchipe en el territorio Ecuatoriano y Americano 52
Anexo 8. Oficios entregados en los hospitales de la provincia de Zamora Chinchipe 53
Anexo 9. Fotografías 60
Anexo 10. Proyecto de Tesis 61

1. Título

“La función familiar y su relación con el intento autolítico en personas de 15 a 24 años de edad en la provincia de Zamora Chinchipe”

2. Resumen

El intento autolítico a nivel mundial, nacional y local se ha incrementado considerablemente en los últimos años, la presente investigación tiene como objetivo principal evaluar la funcionalidad familiar, factores sociodemográficos y socioeconómicos e identificar su relación con el intento autolítico en adolescentes y adultos jóvenes de la provincia de Zamora Chinchipe. Es un estudio analítico de casos y controles en el cual participaron 93 personas de 15 a 24 años de la provincia de Zamora Chinchipe, 31 personas con antecedente de intento de suicidio y 62 personas sin este antecedente con características similares. Se aplicó el test de percepción de la funcionalidad familiar la escala de intencionalidad suicida de Beck y la escala de riesgo suicida de Plutchick**,** se realizó el análisis en el software SPSS 16. Las mujeres constituyeron el mayor porcentaje en casos y controles (55 y 58%); de acuerdo a la edad el grupo de 15 a 19 años representaron el 61 % en los casos y 66% en los controles, la media de los casos fue de 19,26, mientras que en los controles fue de 19.39. De acuerdo a los factores de riesgo identificados el 63.2% de las personas que intentaron suicidarse provienen de familias disfuncionales (Chi:9,55; p: 0,002), proceden del área rural: 55,6% (Chi2:4,96, p: 0,026); tienen pareja el 73,9% (Chi2: 22,64, p:0,00), el 66,7% posee antecedentes familiares de suicidio (Chi2: 6,88, p:0,009) además el 55% presenta nivel de educación básico (Chi2: 5,383, p: 0,02), factores que son estadísticamente significativos. Se establece que existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de intento autolítico y funcionalidad familiar en personas de 15 a 24 años de edad en la provincia de Zamora Chinchipe; y siendo una patología prevenible se debe fortalecer las características de la funcionalidad familiar como armonía, comunicación, adaptabilidad, roles, cohesión y permeabilidad familiar.

Palabras claves: adolescentes, adultos jóvenes, factores de riesgo, función familiar, suicidio

Abstract

The autolytic attempt at the global, national and local level has increased considerably in the last years, especially in the ages between 15 and 24 years, reason why the present investigation has as main objective to evaluate the familiar functionality, sociodemographic and socioeconomic factors And to identify their relationship with the autolytic attempt in adolescents and young adults of the province of Zamora Chinchipe. It is an analytical study of cases and controls in which 93 people from 15 to 24 years of the province of Zamora Chinchipe participated, 31 people with antecedent of intent of suicide who represent the cases and 62 people without antecedent of autolítico attempt with similar characteristics, Which were chosen by stratified random sampling; The FFSIL test, the Beck suicide intentionality scale and the Plutchick suicide risk scale were applied, the analysis was performed in the SPSS software 16. The women constituted the highest percentage in cases and controls (55 and 58%); According to age the group aged 15 to 19 accounted for 61% in the cases and 66% in the controls, the mean of the cases was 19.26, whereas in the controls it was 19.39. According to the risk factors identified, 63.2% of the people who attempted to commit suicide came from dysfunctional families (Chi: 9.55; p: 0.002); they came from the rural area: 55.6% (Chi2: 4.96, p : 0.026); Have a 73.9% (Chi2: 22.64, p: 0.00), 66.7% have a family history of suicide (Chi2: 6.88, p: 0.009) and 55% have a level of education (Chi2: 5.383, p: 0.02), factors that are statistically significant. Therefore, it was possible to establish that if there is a statistically significant relationship between the presence of autolytic intent and family functionality in people aged 15 to 24 years in the province of Zamora Chinchipe; and being a preventable pathology, the characteristics of family functionality such as harmony, communication, adaptability, roles, cohesion and family permeability should be strengthened.

Keywords: adolescents, young adults, risk factors, family function, suicide

3. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente un millón de personas se suicidan en el mundo, cifras que para el 2020 podría llegar a 1,5 millones de víctimas. La Organización calcula que por cada muerte atribuible al suicidio se producen entre 10 y 20 intentos fallidos (Organización Mundial de la Salud, 2013).

El intento autolítico en los adolescentes y adultos jóvenes, especialmente en las edades comprendidas entre los 15 a 24 años, es una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país y en todo el mundo; actualmente, según las estadísticas, cada 40 segundos se presenta un intento autolítico a nivel mundial, con mayor prevalencia en el sexo femenino, por lo que se ha considerado un problema de salud pública. Cabe resaltar que existen aproximadamente 10 intentos de suicidio por cada suicidio consumado, de los cuales muchos de ellos dejan complicaciones o secuelas para toda la vida, no solo en la persona sino en la familia y la comunidad (Gordillo Campoverde & Farez Orrego, 2014).

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos el intento de suicidio en las provincias de Azuay, Cotopaxi, Chimborazo, Imbabura, Morona Santiago, Napo, Pastaza, Pichincha y Tungurahua, es la primera causa de muerte, y en las provincias de Bolívar, Carchi, Loja y Zamora Chinchipe es la segunda causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 2011).

Se plantean diversos factores que pueden influir en el intento de suicidio entre ellos la disfunción familiar, la depresión, el alcoholismo, los antecedentes familiares de suicidio, el sexo, los trastornos psiquiátricos, entre otros. Además, existen factores desencadenantes como la crisis de identidad, sentimientos de rechazo, temor en la diferenciación del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos (Álvarez, Cañon, & Al, 2013).

En la actualidad se presenta un incremento alarmante a nivel mundial, nacional y local de intento autolítico en los adolescentes y adultos jóvenes, siendo al momento una de las principales causas de morbimortalidad en el Ecuador. La provincia de Zamora Chinchipe, es una de las que presenta mayor incidencia de esta problemática, por ello, esta investigación pretendía determinar si la funcionalidad familiar está directamente relacionada con el intento autolítico en los adolescentes y adultos jóvenes de la provincia de Zamora Chinchipe, por cuanto, Zamora es una de las 19 provincias ecuatorianas en las que el suicidio es la segunda causa de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes, según datos del INEC. Es importante mencionar que en este grupo etáreo según las estadísticas a nivel nacional y mundial son las de mayor incidencia de intento autolítico.

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo general: evaluar la funcionalidad familiar en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad de la provincia de Zamora Chinchipe; como también se planteó los siguientes objetivos específicos: determinar la funcionalidad familiar, las características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas con intento autolítico y establecer la relación entre los factores sociodemográficos, socioeconómicos y funcionalidad familiar con el intento autolítico en las personas de 15 a 24 años de edad de la provincia de Zamora Chinchipe. Así mismo se formuló la siguiente hipótesis: La funcionalidad familiar se relaciona con el intento autolítico en personas de 15 a 24 años de edad en la provincia de Zamora Chinchipe.

Este tema es de gran importancia debido a que es una patología que no ha sido investigada en esta provincia ya que existe escasa información sobre el tema y tampoco se han realizado estudios que determinen la funcionalidad familiar, factores sociodemográficos y su relación con el intento autolítico en adolescentes y adultos jóvenes de Zamora Chinchipe, la misma que es de interés público y de gran utilidad para aplicar acciones de prevención y/o tratamiento oportuno, de esta manera disminuir el número de pacientes con intento autolítico o suicidios en la provincia de Zamora Chinchipe y porque no decirlo, de todo nuestro país.

La investigación presentó algunas limitaciones como: dificultad de acceso a la información de los datos estadísticos por parte de varios directivos de las casas de salud, también por ser un tema tan sensible dificulta la aplicación de la encuesta a ciertos adolescentes y adultos jóvenes, además existe muy poca información sobre el tema investigado en la provincia de Zamora Chinchipe.

A pesar de los resultados obtenidos aún quedan muchos temas por investigar como: los factores protectores del intento de suicidio, elaborar y aplicar una muestra más representativa para conocer la situación actual de los adolescentes y jóvenes de Zamora Chinchipe, realizar una investigación enfocada a la intervención familiar de manera interdisciplinaria entre las instituciones de educación, salud, líderes comunitarios y gobiernos cantonales con el fin de prevenir muchas patologías comunes de adolescentes y jóvenes; lo que mejoraría la situación no solo de ellos sino de muchas familias y la comunidad en general.

4. Revisión de la literatura

4.1. FAMILIA

La familia no es un concepto que haya permanecido estático a lo largo de la historia, sino que se trata de un concepto más bien dinámico, que se adapta al contexto sufriendo variadas y numerosas transformaciones de acuerdo a la época en que se encuentre cada sociedad; por ello, no se puede hablar de familia como forma de constitución única, puesto que en la actualidad hay múltiples formas y maneras de constituir familia (Patricia & Manuel, n.d.).

4.1.1. Concepto de Familia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la familia se define como "conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia, económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan" (Álvarez et al., 2013).

De acuerdo al Consenso Mexicano de Medicina Familiar; la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, el referente social para cada uno de sus miembros (Familiar, 2005).

Desde el inicio de la vida se considera a la unidad familiar como factor principal en el normal desarrollo y crecimiento de las personas y es por medio de la familia que los adolescentes se reconocen a sí mismos, realizan actividades normales acorde a su edad y piensan en su proyecto de vida (Arias Trujillo, Serna Carmona, Castaño Castrillon, González Aristizabal, & Mejía Bedoya, 2013).

Las definiciones más actuales de familia establecen como características la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia al grupo, existe un compromiso personal, se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia (Patricia & Manuel, n.d.).

4.1.2. Clasificación

La familia desde el punto de vista de su integración se puede clasificar en integrada, semi - intregrada o desintegrada; según sus hábitos, costumbres y comportamientos se puede clasificar como tradicional o moderna; o, como rural y urbana. Desde un enfoque psicosocial una familia puede clasificarse en funcional y disfuncional y, finalmente, la familia puede denominarse nuclear, ampliada o extensa, en función de los elementos que la constituyan (Patricia & Manuel, n.d.).

4.1.3. Funcionalidad familiar

Se refiere a las acciones e interacciones que tienen los individuos en conjunto dentro de la convivencia de una familia. Las familias desde un punto de vista psicosocial, se clasifican en externas e internas; las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a su cultura y sea aceptado socialmente. La función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo (Fam., 2008, septiembre-octubre,).

La familia juega un rol primordial en la prevención de conductas de riesgo, siendo el primer agente protector y facilitador del desarrollo sano en el adolescente, en cuyo interior se educa y su grado de funcionalidad permitirá que éste se convierta en una persona autónoma, capaz de enfrentarse e integrarse a la vida. En la familia los padres y adultos significativos son fundamentales por la influencia que ejercen en el desarrollo de hábitos de vida, formas de expresar afectos, relacionarse con los demás, de resolver conflictos y de desarrollar conductas de autocuidado (Lopez, 2013).

Se puede diferenciar a una familia funcional en los niveles de flexibilidad que desarrolla para adaptarse y responder a las dificultades cotidianas; mientras que en los sistemas disfuncionales suelen bloquearse las opciones de conducta y carecen de alternativas resolutivas. El equilibrio u homeostasis de todo sistema está íntimamente relacionado con el medio donde el sistema se instaura e interactúa, razón por la que se pueden encontrar familias disfuncionales, o con grandes desequilibrios dentro del contexto donde están inmersas, en muchas ocasiones también disfuncional (Patricia & Manuel, n.d.).

En consecuencia, familias funcionales son aquellas capaces de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros; son familias que en general no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves. La funcionalidad aparece asociada a diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, entre otros (Patricia & Manuel, n.d.).

4.1.4 Teoría de los sistemas

Según esta teoría existen varias características importantes para que la familia se mantenga en equilibrio, entre ellas, grado de solidez de la familia, función familiar, etapa del ciclo vital familiar, nivel socioeconómico, comunicación familiar, entre otros (Fernández, 2011)(Álvarez et al., 2013).

Además considera a la familia como un sistema abierto en el cual permanece normalmente en homeostasis, sin embargo en ocasiones este sistema se ve alterado por múltiples causas produciendo disfuncionalidad familiar, esta disfunción familiar es uno de los factores de riesgo modificables más frecuente para presentar intento suicida, según múltiples estudios realizados a nivel mundial, seguidos de otros factores como la depresión, antecedentes de suicidio,

alcoholismo, estado civil, entre otros (Álvarez et al., 2013)(Sarmiento S & Aguilar V, 2011).

La familia mantiene un equilibrio dinámico que le permite adaptarse a los cambios que generan diferentes circunstancias. Ello le hace evolucionar conforme se modifica el panorama generacional de sus miembros y los ciclos vitales. La muerte siempre produce un desequilibrio en el sistema familiar que suscitará la necesidad de un ajuste de funciones y roles que afectan la organización y estructura familiar, por lo tanto, es muy importante las características de cada familia para evitar su disfuncionalidad (Imaz, 2014).

La Teoría General de Sistemas, entiende por "sistema funcional", a aquel sistema en donde se logran y se concretan los objetivos familiares de cada uno de los miembros y las funciones familiares se cumplen satisfactoriamente. Existe una comunicación adecuada y fluida, produciéndose una homeostasis sin tensión. Por "sistema disfuncional", se entiende a aquel sistema en donde por una parte, puede no existir un constante intercambio de información o la comunicación puede estar alterada, con presencia de mensajes dobles o de desplazamiento. Las funciones de los miembros no se cumplen a cabalidad y se pueden evidenciar diversos factores de riesgo como; padres autoritarios, violencia intrafamiliar, conflictos familiares, dificultad para marcar límites, confusión de roles, depresión, alcoholismo, drogadicción, entre otros (Patricia & Manuel, n.d.).

4.2 Definiciones sobre suicidio

4.2.1 Ideación suicida. Se define como la presencia de pensamientos acerca de la finalización de su propia vida; según algunos estudios se presenta más en el sexo femenino asociado a factores como la depresión, baja autoestima, problemas familiares y durante la adolescencia (Sarmiento S & Aguilar V, 2011).

4.2.2 Conducta Suicida. Incluye varias manifestaciones cuyo resultado es la autoprovocación de daño con o sin resultado de muerte, debe ser considerada siempre como un intento inadecuado de resolver un problema real del paciente, y por lo tanto siempre es grave" (Gordillo Campoverde & Farez Orrego, 2014).

4.2.3 Intento autolítico. Cuando las personas tienen el deseo de auto eliminarse; sin embargo no cumplen su objetivo (Gordillo Campoverde & Farez Orrego, 2014).

4.2.4 Suicidio. Etimológicamente, proviene del latín: sui (si mismo) cidium (matar), "atentado contra la propia vida", "matar-se"." Los griegos lo expresaban como autokeiria de autos: sí mismo, y keiros: mano, lo que significaría: muerte elegida por uno mismo, o sea ejecutada por mano propia. El término latino enfatiza la idea de matar y el griego la del acto con intención o deliberado." (Gordillo Campoverde & Farez Orrego, 2014).

Para que se presente el intento autolítico o suicidio depende de la presencia de algunos móviles como el abuso físico, sexual, psicológico, el abandono por sus padres o personas a cargo dejándolos completamente solos, la violencia intrafamiliar, la celotipia, el desempleo, el divorcio, la separación, las adicciones, el

alcoholismo, la mala comunicación entre padres e hijos y la depresión una de las conductas que pueden ser un indicador de un suicidio inminente, aparecen los deseos de muerte (con frases como “mi vida ya no tiene sentido” o “no encuentro un motivo para vivir”), la incapacidad de descargar las angustias, el agotamiento de la vida social, el comportamiento impulsivo y la introversión acentuada (Gijón, 2013)(Lewandowski & Co-investigator, 2015).

En la adolescencia, período de muchos cambios físicos, psicológicos, en donde hay presencia de estrés, confusión, miedo, incertidumbre, aceptación de pares. Todo ello influye directamente en la capacidad de resolver problemas y crearse oportunidades (Imaz, 2014).

4.3 Antecedentes de suicidio

Según una revisión realizada por Vicente Muelas N; Ochoa Mangado E, en el año 2001 en la cual se realiza varias consideraciones sobre el suicidio desde su origen en la época antigua, media y moderna, su evolución, como paso de ser algo aceptado al inicio por muchos, rechazado por otros creyéndolo como un castigo, un acto del demonio o la ira de los antepasados, sin embargo, desde 1820 Falret, inició su estudio teniéndolo en cuenta como parte de las enfermedades mentales, justificando estos actos bajo argumentos médicos (Vicente Muelas & Ochoa Mangado, 2007).

“El suicidio es un fenómeno tan antiguo como la existencia misma de la humanidad. A lo largo de la historia, las distintas culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de manera distinta, en función de los principios filosóficos, religiosos, intelectuales, sociales y económicos que han ido imperando en cada momento” (Vicente Muelas & Ochoa Mangado, 2007).

En la época antigua el suicidio era aceptado por la mayoría de la sociedad sobre todo en la vejez, muerte de esposos o enfermedades, sin embargo, algunos estaban en contra, así como las tribus africanas quienes asociaban el suicidio con la brujería, o la ira de los antepasados (Vicente Muelas & Ochoa Mangado, 2007).

En la edad media se lo consideraba como un tabú en donde se inicia su prohibición con castigo social y religioso, ya que según la religión se debía conservar la vida pese a todas las tragedias vividas, y, lo más importante, era evitar la muerte, basado en el quinto mandamiento “No Matarás”. Durante la edad moderna se ha mantenido algunos criterios como no enterrar en el cementerio a los suicidas, sin embargo, se ha tomado en cuenta como una patología debido a la depresión, la misma que se ha incrementado en los últimos años y se hace más frecuente en menores edades.

4.4 . Factores de riesgo investigadas en conductas suicidas

Un extenso número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida han sido identificados, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales (Vargas & Saavedra, 2012)

4.4.1 Factores individuales

Edad. Antes de la pubertad es menor, sin embargo aumentan en la adolescencia asociados con la presencia de comorbilidad, especialmente trastornos del ánimo y abuso de sustancias psicoactivas (Alzate, Bentacur, Castaño, & Cañon, 2012).

En el año 2014 la Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, realiza un estudio en el cual el grupo de edad más frecuente fue de 15 años, luego 16 y 18 años respectivamente, el sexo femenino tiene mayor incidencia, y en cuanto al sector el más frecuente fue el área urbana 86.7%). El 64% realizaron intento suicida de gravedad moderada, los métodos más utilizados fueron: ingestión de fármacos, sustancias tóxicas, ahorcamiento y lanzamiento (Collado, Collado, Collado, & Martínez, 2014).

Durante el año 2015 se realiza un estudio sobre el suicidio en México teniendo en cuenta literatura científica (convencional y gris) desde 1980 hasta el año 2014 en donde se revisa varios estudios en los cuales indica que con el paso del tiempo, el intento suicida y suicidio se presenta en edades más jóvenes(menos de 30 años) a diferencia de los años anteriores, así mismo, la mayoría de bibliografía ha estudiado los factores de riesgo en estas personas, y solo un 9. 3% se enfocaron en los factores protectores, según los estudios la mayoría de intentos suicidas se presenta en el sexo femenino, mientras que en el sexo masculino es más frecuente el suicidio consumado. Debido a los factores identificados lo más importante podría ser que en un individuo teniendo la conducta de riesgo suicida se potencialice sus factores protectores, entre ellos la funcionalidad familiar, ya que es un apoyo fundamental, de esta manera se podría evitar que una persona a pesar de su riesgo no presente intento suicida o suicido consumado (Pi, Gonz, Jim, & Mondrag, 2015).

Sexo. Existen patrones de suicidio en cuanto al sexo, pero no son iguales en todos los países. En general, el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio. La prevalencia del fenómeno suicida fue reportada por separado en varones y mujeres en 88 de 128 estudios evaluados en una revisión sistemática. La prevalencia de pensamientos e intentos suicidas fue significativamente mayor en mujeres comparado con varones en 11 estudios (Vargas & Saavedra, 2012).

En un estudio realizado en Colombia en el año 2012, se determina los factores de riesgo para intento autolítico en adolescentes en el cual se identifica que según el sexo es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, además el 42.6% presentó disfunción familiar de leve a severa, el 56.8% presentó depresión, el 27% presentó alcoholismo. El 15.5% presentó antecedentes familiares de suicidio (Álvarez et al., 2013).

Etnicidad. Las diferencias étnicas pueden reflejar “contagio” en grupos aislados en lugar de diferencias culturales, En Canadá, el suicidio es mayor en jóvenes aborígenes que en los que no lo son. En estados Unidos el porcentaje de jóvenes suicidas es mayor entre nativos americanos, seguido por blancos y afroamericanos (Vargas & Saavedra, 2012)

Factores biológicos y genéticos. Un modelo es que la desregulación serotoninérgica es un rasgo biológico determinante y que un individuo con enfermedad mental que posee este rasgo es más proclive a responder a un estresor de una forma impulsiva o agresiva. Este modo de respuesta podría dirigirse directamente al suicidio o podría simplemente incrementar el estrés que finalmente lo llevaría al suicidio (Evans, Hawton, & Rodham, 2004).

Hay algunas evidencias que los individuos con intentos suicidas que tienen niveles bajos del ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA) en líquido cefalorraquídeo son significativamente más proclives a intentos suicidas futuros y/o cometer suicidio. De igual modo, otros investigadores estudiaron 211 adolescentes y relacionaron los niveles de serotonina en el plasma con medidas psicométricas, llegando a concluir que la determinación de la concentración plasmática de serotonina, en combinación con algunas medidas psicométricas, podría servir como un marcador seguro de psicopatología y podría diferenciar subgrupos de adolescentes suicidas (Vargas & Saavedra, 2012).

Trastornos mentales. En adolescentes que consuman el suicidio, más del 90% sufren de un trastorno psiquiátrico asociado en el momento de su muerte y más del 50% tenían un trastorno psiquiátrico en los últimos 2 años.

Los trastornos depresivos ocurren en 49 a 64% de adolescentes que consuman el suicidio, siendo esta la condición más prevalente. En adolescente mujeres, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más significativo pero no en varones adolescentes.

Consumo de sustancias psicoactivas ilegales. Los resultados de diversos estudios de revisión sistemática, indican una asociación con intentos suicidas, siendo la asociación más fuertes con el consumo de “drogas duras” (por ejemplo cocaína). La asociación entre ideación suicida y el consumo de drogas ilícitas también parece tener una fuerte asociación. Sobre la base de análisis multivariados, el balance de la evidencia indica una asociación directa con fenómenos suicidas (Evans et al., 2004).

En cuanto al abuso de nicotina, se encontró una fuerte asociación con fenómenos suicidas en 7 de 8 estudios evaluados en una revisión sistemática; los resultados de diversas investigaciones de esta revisión sistemática, indican una asociación entre consumo de alcohol e intento suicida, particularmente con el alto consumo de alcohol y con el consumo de bebidas con alto contenido de licor. Hay también una asociación significativa entre ideación suicida y consumo de licor (Vargas & Saavedra, 2012).

La asociación con conductas antisociales o disruptivas específicas fueron investigadas en 15 estudios, encontrándose una asociación significativa entre intentos suicidas y varias conductas antisociales. Dificultades para dormir y problemas relacionados (por ejemplo, insomnio y pesadillas) fueron investigados en cuatro estudios de esta revisión sistemática, encontrándose asociaciones significativas con fenómenos suicidas en todos ellos.

Factores psicológicos y biológicos

Algunas variables como la rigidez cognitiva, la deficiencia de habilidades de resolución de problemas y estar más centrado en el presente que orienta al futuro, se han relacionado con intento de suicidio.

La desesperanza es también un factor de riesgo relacionado tradicionalmente con la conducta suicida y se emplea frecuentemente en la práctica clínica por su utilidad y fácil detección. Sin embargo, algunos autores han propuesto que la desesperanza por sí misma, sin existencia de depresión, no predice una tentativa (Vargas & Saavedra, 2012).

Un estudio realizado de casos y controles en el cual se relaciona el intento autolítico con el número de episodios depresivos en el cual se determina que el suicidio está más relacionado con el número de episodios depresivos y el número de intentos suicidas presentados anteriormente. Pese a tener igual tratamiento tanto los casos y los controles.(Brådvik & Berglund, 2010).

En un estudio realizado en Taiwan sobre los factores de riesgo de mortalidad por suicidio debido a múltiples intentos suicidas, realizado en el año 2015 en el cual se encontró que en las personas con dos o más intentos de suicidio presentó resultados fatales y otro grupo con un solo intento de suicidio con resultados no fatales (Chen et al., 2015).

Enfermedad física o problemas físicos generales. Existe una asociación significativa entre enfermedad física y fenómenos suicidas. Análisis multivariados fueron conducidos en 7 de los estudios, encontrándose en 4 de estos que una pobre salud física podría tener una contribución adicional en la variación del fenómeno suicida.

Orientación sexual. La orientación homosexual y bisexual en adolescentes mujeres se ha asociado con intentos suicidas. Varones y mujeres que se orientaban hacia miembros del mismo sexo tuvieron más reportes de intentos suicidas, que las mujeres (pero no los varones) que se orientaban hacia miembros de ambos sexos.

Abuso sexual y físico. Los resultados de tres estudios evaluados en una revisión sistemática, indican una asociación entre abuso físico y conducta suicida.

La asociación con abuso sexual fue investigada en siete estudios de esta revisión sistemática, y una gran asociación fue encontrada, con hallazgos significativos en todos los reportes.

4.4.2 Factores familiares y sociales

Conductas suicidas en miembros de la familia. La historia familiar de suicidio se ha asociado frecuentemente con la conducta suicida en adolescentes. Treinta estudios evaluados en una revisión sistemática indican una asociación

entre fenómenos suicidas en adolescentes y suicidio en miembros de la familia. Además, en análisis multivariados, una historia familiar de intentos suicidas podría tener una contribución independiente significativa en la variación del fenómeno suicida en adolescentes (Alzate et al., 2012).

Factores, tales como disfunción familiar e historia de ofensas parentales fue asociada significativamente con intentos suicidas en dos estudios en donde esta asociación fue investigada y análisis multivariados indican que esta asociación fue directa (Alzate et al., 2012).

Estructura familiar. Vivir apartado de ambos padres se ha asociado con incremento de la prevalencia del fenómeno suicida, sin embargo; no se encontró asociación con la muerte de uno o ambos padres.

La asociación entre fenómeno suicida y número de hermanos y el orden de nacimiento fue investigada en seis estudios de esta revisión sistemática, no encontrándose asociaciones en análisis bivariados en cinco. Sin embargo, las mujeres americanas que fueron terceras o últimas tuvieron significativamente más probabilidad de experimentar ideación suicida que mujeres que fueron primeras o segundas en el orden de nacimiento (Vargas & Saavedra, 2012).

Relaciones familiares y sociales. Los hallazgos de varios estudios evaluados en una revisión sistemática indican una relación significativa entre fenómeno suicida y comunicación con miembros de la familia: buena comunicación y sentirse comprendido por miembros de la familia fue asociado con menor prevalencia de pensamientos e intentos suicidas en adolescentes. Algunos estudios han relacionado bajos niveles de comunicación entre padres e hijos con ideación e intento suicida (Chen et al., 2015).

Los hallazgos de varios estudios sugieren que hay una asociación significativa entre fenómenos suicidas y discordia familiar. En términos de género esta asociación sólo parece mantenerse en mujeres. La mayor parte de la evidencia de metaanálisis, indican que la relación entre discordia familiar y fenómenos suicidas es directa. Hay algunas evidencias que sugieren que la armonía familiar tiene un fuerte efecto en reducir el riesgo de conducta suicida y que la discordia familiar la incrementa (Evans et al., 2004).

En otro estudio realizado en México en el año 2014 sobre el control parental e intento de suicidio en adolescentes mexicanos, muestra que los jóvenes que intentaron suicidarse percibieron mayor control psicológico y menor control conductual por parte de sus padres. Además este estudio concuerda con otros similares en donde se evidencia que existen dos motivos principales de intento autolítico: los problemas familiares y los emocionales, los primeros más frecuentes en las mujeres y los segundos en los hombres, por lo tanto, este estudio nos revela la importancia que tiene la familia en la presencia de estas problemáticas (Domínguez, Betancourt, & Cañas, 2014).

Según un estudio realizado sobre: Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales (Colombia), 2011 se determinó que la depresión, la

funcionalidad familiar, y el gusto por el género musical “Metal” son los factores asociados más importantes para presentar intento suicida o suicidio consumado similar a lo encontrado en otros estudios (Alzate et al., 2012).

Relaciones con pares (iguales). Hay una fuerte asociación entre pobres relaciones con pares e ideación suicida. En cuanto a intentos suicidas, hay una asociación con problemas en relaciones con pares, por lo tanto la pobre relación con ellos se convierte en un factor de riesgo para fenómenos suicidas (Chen et al., 2015).

Un caso particular lo constituye el acoso por parte de iguales (bullying), que se ha relacionado con altos niveles de estrés y un incremento del riesgo de ideación suicida. También se ha visto que la presencia de dificultades sentimentales, es un factor de riesgo en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad. Igualmente la ruptura reciente de una relación amorosa ha sido relacionada (Evans et al., 2004).

4.5 Contextualización de Zamora Chinchipe

4.5.1 Descripción general

La provincia de Zamora Chinchipe es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, ubicada en la zona sur oriental del país, Geopolíticamente es una de las 6 provincias que forma parte de la Región Amazónica. Tiene una extensión de 10.572,52 Km que representa el 4,12% del territorio nacional, limita al norte con la provincia de Morona Santiago, al sur y este con la Republica del Perú y al oeste con las provincias de Loja y Azuay.

4.5.2 Ley de creación de Zamora Chinchipe. El proyecto de división territorial fue presentado por el ilustre historiador y orientalista Dr. Pío Jaramillo Alvarado en su calidad de Senador por la provincia Napo al Congreso de 1950, y con el decidido apoyo del distinguido lojano Carlos Larreátegui como Senador por Santiago Zamora. Dicho proyecto de división de las dos provincias lo aprueba el Senado en 1951 y en 1952 lo ratifica sin alteración de su texto la Cámara de Diputados. El Poder Ejecutivo procedió a sancionar el proyecto el 10 de noviembre de l953, publicándolo en el Registro Oficial N° 360 del mismo año.

4.5.3 Temperatura. La temperatura promedio oscila entre los 18º y 22ºC; la humedad relativa es bastante alta y alcanza hasta un 92%.

4.5.4 Relieve. Es accidentado y forma las cuencas del río Zamora cuyos afluentes principales son los ríos Yacuambi, Nangaritza, Sabanilla, Bombuscaro, Jamboé, Nambija, y la cuenca del río Chinchipe con sus afluentes como los ríos Vergel, Numbala, y Palanda.

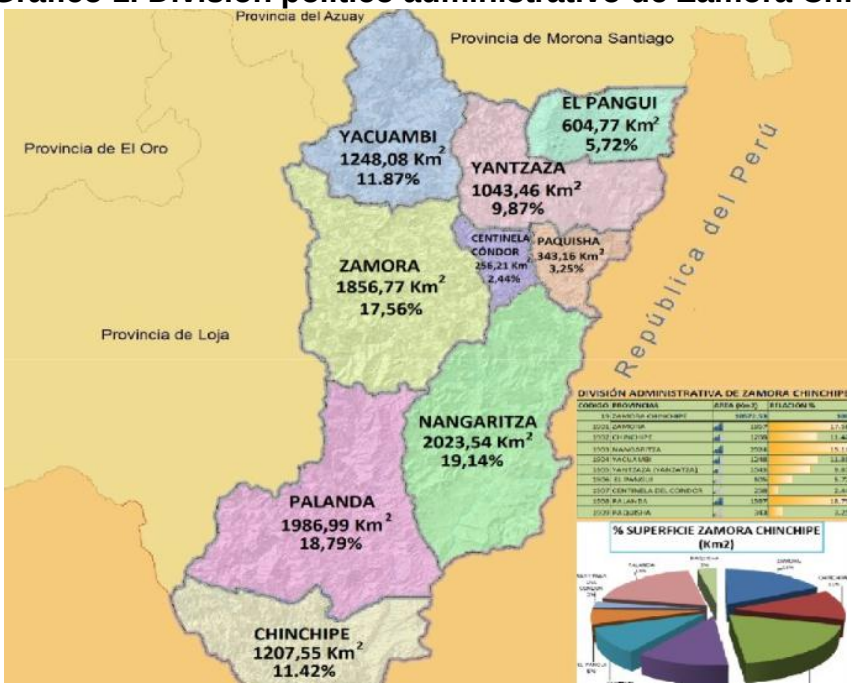
4.5.5 División política. La provincia de Zamora Chinchipe se divide política y administrativamente en nueve cantones los cuales son los siguientes: Centinela del Cóndor, Chinchipe, El Pangui, Nangaritza, Palanda, Paquisha, Yacuambi, Yantzaza y Zamora.

Cuadro 1. Cantones y parroquias en la provincia de Zamora Chinchipe

Cantón	Parroquia Urbana	Parroquia Rural
Centinela Del Cóndor	Zumbi	Paquisha
Chinchipe	Zumba	El Chorro, Pucapamba, la Chonta y Chito
Nangaritza	Guayzimi	Zurmi
Palanda	Palanda	Valladolid, Porvenir del Carmen y San Francisco del Vergel
Paquisha	Paquisha	Bellavista y Nuevo Quito
El Pangui	El Pangui	Pachicutza, Guisme y Tundayme
Yacuambi	28 de Mayo	La Paz y Tutupali
Yantzaza	Yantzaza	Chicaña y Los Encuentros
Zamora	Zamora	Imbana, Sabanilla, El Limón, Timbara, Cumbaratza, San Carlos y Guadalupe

(INEC 2010)

Gráfico 1. División político administrativo de Zamora Chinchipe



(INEC: 2010)
Elaboración: UGT-GPZCH

La población de Zamora Chinchipe, está constituida por grupos de indígenas, como los shuaras, ashuar, que han conservado su cultura a través de los tiempos, al igual que los otros pueblos orientales.

Según datos del INEC, la población actual en esta provincia es de 91.376 habitantes; de los cuales 30.321 son de 10 a 24 años de edad lo que corresponde al 33.18%, el 51.9% corresponde al sexo femenino y el 48.1% masculino, en cuanto al estado civil: el 41,3% es soltero, el 35,1% casado, el 16,5% unido, 3,1% viudo, 2,4% separado y 1,6% es divorciado.

Si bien desde su creación en 1962 hasta 1974, ha existido una tasa de crecimiento anual de 9,6%, hasta llegar al último censo del 2010 llegó a 2 puntos, es decir se desaceleró.

Cuadro 2. Indicadores Básicos de Salud en la Provincia de Zamora Chinchipe:

Indicador	Tasa
Natalidad (tasa por 1000 habitantes)	21.8
Mortalidad General (tasa por 1000 habitantes)	2.6
Mortalidad Infantil (tasa por 1000 habitantes)	13.3
Mortalidad Materna (tasa por 1000 habitantes)	1.17

(INEC, 2010)

Según su cultura y costumbres el mayor porcentaje de la población se identifica como mestiza.

Condiciones de vida

El 74% de los niños, niñas y adolescentes de la provincia de Zamora Chinchipe pertenece a hogares que no han logrado satisfacer sus necesidades de vivienda, salud, educación y empleo.

La provincia ocupa el puesto 14 entre las provincias del país en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas de su niñez y adolescencia. El cantón más pobre de Zamora Chinchipe es Yacuambi (89%) y el menos pobre es Zamora (61%) (Educación., 2012).

Educación de la población

Los niveles de analfabetismo en nuestro país están en 6,8%; en la provincia de Zamora Chinchipe en 5,5%, aunque como provincia tiene 1,3 puntos menos que el promedio nacional; sin embargo, en los cantones Yacuambi (10,2%), El Pangui (7,9) y Nangaritza (7,6) este porcentaje supera la media provincial y nacional; de acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

En Zamora Chinchipe, solo el 74,1% de las mujeres lograron concluir su primaria frente al 84% de los hombres, 10 puntos porcentuales menos.

En cuanto a deserción escolar, Zamora Chinchipe tiene un porcentaje de deserción mayor a la media nacional (3,6%), la de Zamora Chinchipe es de 6,17% (INEC, 2010).

Servicios básicos

En la provincia de Zamora Chinchipe, al considerar las 30.130 viviendas, el servicio de energía eléctrica tiene la cobertura más amplia 60% de las viviendas, El 35% dispone de servicio de alcantarillado, la recolección de basura y el agua potable llega a más del 40% de las viviendas, en lo relacionado a la situación de los hogares más del 80% cuenta con cocina exclusiva y el 60% cuenta con servicio higiénico de uso exclusivo, el servicio de televisión por cable apenas cubre el 17%, y los hogares que disponen de un computador representan el 19%.

Comportamiento poblacional

El comportamiento poblacional de Zamora Chinchipe, si bien estaría enlazado a los fuertes movimientos migratorios, también evidencia un proceso de transición demográfica, cambios que experimentan las poblaciones desde altos a bajos niveles de mortalidad y fecundidad, que provocan el cambio de la estructura de la población hacia una población en proceso de envejecimiento (Damianovic, 2008).

En el período 1950 – 2010, en la provincia de Zamora Chinchipe, la población urbana se incrementó en 18,2 veces; asimismo, en el sector rural, se incrementó en 4,76 veces, siendo el más alto incremento en los sectores rurales de la Región Sur.

La tasa anual de crecimiento de la población rural de Zamora Chinchipe, entre 1962 y 1974, es muy elevada (10,18%) sigue siendo positiva en siguientes periodos, hasta el período 1990-2001 en que se negativiza, y se vuelve positiva en el periodo intercensal 2001-2010, lo que está unido a los intensos movimientos de inmigración provocados, desde Loja y otras provincias del País, e incluso de otros países (China) por la explotación minera de oro, cobre y sus implicaciones de servicios.

La provincia de Zamora Chinchipe, tradicionalmente ha sido vista como un espacio de potencial desarrollo. Inicialmente, existieron incentivos para la colonización que abrieron las actividades de explotación de la madera y la introducción de programas de ganadería extensivos; luego el desarrollo de la minería, como el caso de las minas de oro de Nambija; y, actualmente, la explotación del cobre, que ha movilizado a muchísimas personas hacia esa provincia, no solo de nuestro país sino también de otros países como China (Jorge V. Reyes Jaramillo, 2015).

Esta situación de mantener un constante flujo migratorio es muy beneficioso en el aspecto económico, sin embargo, genera situaciones negativas para las familias y adolescentes, ya que los padres de familia migran a trabajar en las compañías mineras, por medio de jornadas, esto trae como consecuencia mayor violencia intrafamiliar, uso de drogas e incluso suicidios. Sin mencionar que la situación de salud está en riesgo por la contaminación del agua y destrucción de hábitat de las zonas dedicadas a la minería.

El comportamiento poblacional en Zamora Chinchipe al igual que en todo el país está relacionado con los movimientos migratorios hacia el exterior de muchas personas entre ellos padres de familia, lo cual altera la estructura y funcionalidad familiar dejando a sus hijos con terceros convirtiéndose en un factor de riesgo para los niños, adolescentes y adultos jóvenes a presentar depresión, deserción escolar, consumo de sustancias psicotrópicas lo que vuelve más vulnerables a presentar intento de suicidio (Reyes, J., 2015)

Violencia Sexual

En el año 2014 se presentaron 800 a 1000 denuncias anuales en la fiscalía provincial por violencia en general y de 100 a 120 por violencia sexual (Fiscalía de la provincia de Zamora Chinchipe, 2014).

Cabe recalcar que las personas que son catalogadas como presuntas víctimas de violencias sexuales debido a que tienen un gran impacto en su integridad física y psicosocial pueden presentar trastornos mentales, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, promiscuidad, drogadicción, pandillas, delincuencia juvenil, intento de suicidio que al no ser tratadas pueden estar presentes durante toda su vida; o presentar suicidio consumado.

Cultura

El factor cultural incide mucho en la crianza de los niños y niñas. La población de la provincia de Zamora Chinchipe cuenta con etnias Shuar, Ashuar e Indígenas así como también mestizos, esto aunado a factores como poca escolaridad de los padres, condición socioeconómica baja y disfuncionalidad familiar hacen que aumente el número de casos de intento de suicidio.

Los adolescentes en nuestro país representan aproximadamente el 20 % del total de la población, mientras que en la provincia de Zamora Chinchipe alcanza un 24 %, lo que representa una población según su pirámide poblacional eminentemente joven.

Las conductas de riesgo a la que están expuestos los adolescentes constituyen un importante problema de salud pública, sumado esto el abandono que han sido objeto de padres o uno de los cónyuges fruto de los movimientos migratorios ocurridos en la última década en nuestro país y provincia se han incrementado las tasas de embarazos en adolescentes , la violencia y consumo de alcohol, tabaco y drogas, como las enfermedades de transmisión sexual, catalogadas como riesgos potenciales que afectan e impactan en la salud integral de las y los adolescente con consecuencias hacia la familia, comunidad y sociedad en general.

Morbilidad y mortalidad en adolescentes

Las principales causas de morbilidad en adolescentes tempranos de 10 - 14 años corresponden a infecciones de diversos tipos, accidentes y violencia, enfermedades quirúrgicas y síndromes ligados a la salud sexual y reproductiva.

La mortalidad en este mismo grupo fue causada por accidentes de tránsito, lesiones auto infligidas y neumonía por organismo no especificado.

En el grupo de adolescentes tardíos de 15 - 19 años la carga de morbilidad está ligada a síndromes y patologías que afectan la salud sexual y reproductiva, otras que demandan resolución quirúrgica y enfermedades ligadas a la violencia. La mortalidad se explica en cerca de la mitad de casos por causas asociadas a la violencia, accidentes de tránsito y lesiones auto infligidas.

.

Los adolescentes se enferman poco, no obstante, muchos de los hábitos perjudiciales para la salud que provocarán morbilidad o mortalidad durante la edad adulta, son hábitos que se adquieren en este periodo (Maddaleno et al., 2003).

Embarazo en adolescentes de Zamora Chinchipe

En la provincia de Zamora Chinchipe, se estima una población de 719 adolescentes embarazadas entre las edades de 10 a 19 años de edad, con un porcentaje del 27 % aproximadamente.

Frente a esas cifras, uno de los principales problemas es que el embarazo en edad temprana constituye un problema de salud para las madres y sus bebés ya que estas jóvenes se ven obligadas muchas veces a abandonar sus estudios, lo que repercute directamente sobre su proyecto de vida.

Según datos oficiales del INEC, es preocupante lo que viene ocurriendo con la población adolescente femenina en los últimos 17 años en la provincia de Zamora Chinchipe, evidenciándose un incremento progresivo en las tasas registradas de partos en adolescentes existiendo en el año 1990 tasas del 14%, para el año 1995 el 18%, al año 2000 tasas del 21%, para el año 2004 con una tasa del 23 % y para el 2007 del 24 % relacionados con el número de partos atendidos; en comparación con las tasas de partos en adolescentes que registra el país son de 14 % en el año 1990my en el año 2007 del 19 %.

En el año 2007 del total de partos atendidos por los Hospitales y Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Zamora Chinchipe el 28 % de los mismos fueron en adolescentes, que está sobre la media del país.

5. Materiales y Métodos

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo analítica de casos y controles, retrospectiva y correlacional, como se detalla a continuación:

5.1.1 Investigación analítica

Es analítica porque consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos.

5.1.2 Investigación correlacional

Es correlacional ya que mide el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables, en un contexto en particular.

5.1.3 Investigación retrospectiva

Es retrospectiva, ya que se realiza basándose en observaciones clínicas, o a través de análisis especiales, estos revisan situaciones de exposición a factores sospechosos, comparando grupos de individuos enfermos (casos), con grupos de individuos sanos (controles). A partir de la frecuencia observada en cada uno de los grupos expuestos al factor en estudio se realiza un análisis estadístico. Este tipo de estudios busca las causas a partir de un efecto que ya se presentó. Los estudios retrospectivos parten de un efecto y regresan a buscar la causa.

5.2 Diseño metodológico

5.2.1. Investigación Documental

Esta investigación se apoyó en fuentes de carácter documental, especialmente en información que tiene que ver, con la funcionalidad familiar y el intento autolítico en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad, así mismo, la implementación u operativización de herramientas e instrumentos en las entidades de educación a nivel parroquial en los procesos de recopilación de datos permitió obtener información de la realidad auténtica de la problemática que se investiga.

Como apoyo de esta investigación tenemos la bibliográfica, hemerográfica y archivística; al utilizar la primera, se remitió a la consulta de libros sobre la temática y problema a investigar, la segunda se relacionó con artículos o ensayos de revistas y periódicos en referencia al tema de investigación, y la tercera en

documentos o archivos, cartas, oficios, circulares, expedientes, etc., dentro de la zona de influencia e intervención del proyecto.

5.2.2. Investigación de campo

Este tipo de investigación se utilizó en el desarrollo de este proyecto al requerir el apoyo de entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones directas, aplicadas y dirigidas a los participantes en la zona seleccionada de acuerdo al muestreo que se aplicó en la provincia de Zamora Chinchipe. Como es compatible desarrollar este tipo de investigación junto a la investigación de carácter documental, primero se consultó las fuentes de carácter documental, a fin de evitar una duplicidad de trabajo.

5.3 Unidad de estudio

Personas de 15 a 24 años de edad de la provincia de Zamora Chinchipe, previo muestreo aleatorio estratificado.

5.4 Universo

Estuvo integrado por 93 participantes, de los cuales 31 presentaron antecedentes de intento de suicidio durante el año 2015, quienes son los casos; y, 62 personas que poseen similares características sin antecedente de intento autolítico son los controles.

5.5 Muestra

El tamaño de la muestra se realizó utilizando el programa EPIDAT v. 3.2 para casos y controles; dándonos el número de casos a investigar: 31 y controles: 62.

5.6 Muestreo

La selección de sujetos dentro de cada estrato se realizó aleatoriamente utilizando hojas de cálculo, previamente diseñadas en el software Excel. Para la investigación se tomó la base de datos de personas a las cuales fue dirigida la investigación (con intento de suicidio) para la provincia de Zamora Chinchipe.

Cada uno de estos cantones tiene características ambientales particulares, por lo que se consideró cuatro características de interés: altitud, temperatura, precipitación y necesidades básicas insatisfechas. Cada característica de interés fue dividida en rangos con el propósito de que cada estrato cumpla con al menos un rango dentro de cada característica de interés. Una vez finalizado el proceso de estratificación y aleatorización, se elaboró la hoja de ruta para la aplicación del instrumento en campo y la recopilación de información.

5.7 Criterios de inclusión y exclusión

5.7.1 Criterios de inclusión. Personas de 15 a 24 años de edad de la provincia de Zamora Chinchipe que presentaron intento autolítico, que aceptan

participar en la investigación con el consentimiento informado correspondiente, personas de igual edad con características similares que no hayan presentado intento autolítico y desean participar en la investigación, adolescentes menores de edad que sus padres estén prestos a colaborar en esta investigación y firmar el consentimiento informado.

5.7.2 Criterios de exclusión. Personas que no hayan sido atendidos en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública de la provincia, de Zamora Chinchipe; adolescentes menores de edad que sus padres se opongan a que participen en la presente investigación. Personas con diagnóstico de intento autolítico atendidas en hospitales de Zamora Chinchipe cuyas autoridades no autoricen el acceso a dichos datos.

5.8Técnica(s)

5.8.1 Recopilación de información primaria. En primera instancia se efectuó una Encuesta Semiestructurada que incluyó datos generales, información demográfica, Encuesta Estratificada del Nivel Socioeconómico del INEC, el Test de Percepción de la Funcionalidad Familiar (FFSIL), dirigida a los participantes e involucrados de la investigación previo consentimiento informado. Se solicitó dar contestación a los ítems planteados en forma objetiva y concreta.

5.8.2 Recopilación de información secundaria. Acceso a documentos e información sobre el contexto: trabajos, reportes, mapas, archivos comunitarios, información en línea, donde se planteó el tema de la generación, innovación y operatividad de estrategias para la solución de la problemática; esto se realizó para corroborar los datos recopilados de manera primaria.

5.9 Instrumentos

Encuesta. Para obtener una mejor información y de primera mano de parte de los participantes e involucrados se diseñó una encuesta semiestructurada, en relación a la temática.

5.9.1 Test de Percepción de la Funcionalidad Familiar (FFSIL)

Permite diagnosticar el funcionamiento familiar a través de la percepción de uno de los miembros de la misma; puede ser aplicado por cualquier tipo de persona. Toma en cuenta 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad; que permiten identificar a las familias como familias funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales (González, De, & Freiiome, 1990).

5.9.2 Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico del INEC

Encuesta desarrollada y validada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, que evalúa las siguientes características: vivienda, educación, características económicas y hábitos de consumo, Según la suma se ubican en diferentes grupos socioeconómicos: alto, medio alto, medio típico, medio bajo y bajo (INEC, 2010).

5.9.3 Escala de Ideación Suicida de Beck

Diseñada para recoger varias características relativas a: actitud ante la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado y antecedentes de intentos previos de suicidio.

5.9.4 Escala de riesgo de suicidio de Plutchick

Instrumento autoaplicado que se compone de 26 ítems que se califican con sí o no. Se encarga de evaluar intentos suicidas previos, intensidad de ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros factores

Fase piloto del estudio: Se realizó una prueba piloto dirigida a 20 adolescentes y adultos jóvenes de la provincia de Loja, elegidos de forma aleatoria simple, a quienes se les aplicó la encuesta. Los datos obtenidos fueron ingresados en el programa Microsoft Excel y luego transformados en el programa SPSS. Se realizó su análisis factorial a través del alpha de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,87 (fiabilidad aceptable).

Sistematización, tabulación y análisis de la Información. Se utilizó matrices en base al programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 18 o posterior, las mismas que permitieron dar validez y confiabilidad a los instrumentos y validar las hipótesis planteadas, cumpliendo lo propuesto en los objetivos.

5.10 Procedimiento

5.10.1 Fase de Inicio. En esta fase se realizó el análisis, diseño del proyecto, búsqueda de información, elaboración del marco teórico, presentación y aprobación del proyecto de tesis.

5.10.2 Fase de implementación. Realización de prueba piloto para la validación de los instrumentos de investigación en la provincia de Loja. Se realizó la validez y confiabilidad del cuestionario, validación del constructo y del contenido, muestreo por estratos y elaboración de la hoja de ruta.

5.10.3 Fase de análisis de datos. En esta fase se realizó la aplicación del instrumento de campo para recolección de datos encuesta demográfica, clínica y socioeconómica del INEC, aplicación del instrumento de funcionalidad familiar FFSIL, Test de Plutchick, Test de Beck. Sistematización de la información, tabulación de datos, ingreso de datos al spss, análisis e interpretación de resultados, elaboración de conclusiones y recomendaciones.

5.10.4 Fase Final. En esta fase corresponde a la elaboración del informe, del artículo científico, revisión e implementación de correcciones, presentación y sustentación de resultados.

5.11 Análisis Estadístico

Para determinar las características demográficas y socioeconómicas de la población de estudio se utilizó frecuencias, porcentajes y desviación estándar. En el análisis estadístico se utilizó la razón de prevalencia con intervalo de confianza al 95% para los estadísticos de frecuencia, la prueba de Xi^2 y el valor de p para establecer la asociación estadística, la V de Crammer para establecer la fuerza de dependencia, y el Odd Ratio (OR) con un intervalo de confianza al 95% con el que se estableció si las variables dependiente e intervinientes fueron factores de riesgo, protectores o no significativos.

A partir de los resultados de la investigación se desarrolló un análisis de la asociación de variables, aquellas que forman parte del estudio directamente y otras que de una u otra forma intervienen; se identificó la razón de ventajas u oportunidades, tomando como puntaje significativo el valor de Chi^2 de Pearson, específicamente aquellos valores de p inferiores a 0.05, este proceso a través del software SPSS v. 16.

Al final del análisis se realizó una contrastación entre la argumentación teórica con la información de los resultados obtenidos en la presente investigación.

6. Resultados

Los resultados obtenidos van acorde a objetivos e hipótesis del presente trabajo investigativo.

6.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Cuadro 1. Características familiares de los Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015.

Variable	CASOS		LCI	LCS	CONTROLES		LCI	LCS
	N	Porcentaje			N	Porcentaje		
Funcionalidad Familiar								
Disfuncional	12	39%	11,40	66,59	7	11%	-12,17	34,17
Moderadamente Funcional	15	48%	22,71	73,28	33	53%	35,97	70,02
Funcional	4	13%	19,95	45,95	22	35%	15,06	54,93
Tipo de Familia								
Nuclear	25	81%	65,62	96,37	41	66%	45,34	80,50
Extensa	2	6%	-26,91	38,91	10	16%	-6,72	38,72
Monoparental	4	13%	-19,95	45,95	11	18%	-4,70	40,70
Total	31	100%			62	100%		

Fuente: Recopilación de Información mediante la aplicación del Test de Percepción de la Funcionalidad Familiar (FFSIL).
Elaboración: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González.

<u>Análisis e interpretación:</u>

Los adolescentes encuestados de los casos y controles en la mayoría pertenecen a familias moderadamente funcionales (48 y 53%), y nucleares (81 y 66%), cuyos intervalos de confianza inferior y superior están relacionados, por lo tanto, no existe diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 2. Características sociodemográficas de la muestra. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015.

Variable	CASOS		LCI	LCS	CONTROLES		LCI	LCS
	N	Porcentaje			N	Porcentaje		
Sexo								
Hombre	14	45%	18,93	71,06	26	42%	23,02	60,97
Mujer	17	55%	31,35	78,64	36	58%	41,87	74,12
Edad								
15 -19 años	19	61%	39,06	71,06	41	66%	51,49	80,50
20-24 años	12	39%	11,40	78,64	21	34%	13,73	54,26
Estado Civil								
Casado	6	19%	-12,39	50,39	1	2%	-25,44	29,44
Unido	11	35%	6,81	63,18	5	8%	-15,77	31,77
Separado	0	0%			2	3%	-20,64	26,64
Soltero	14	45%	18,93	71,06	54	87%	78,03	95,96
Procedencia								
Urbana	21	68%	48,04	85,95	54	87%	78,03	95,96
Rural	10	32%	3,08	60,91	8	13%	-10,30	36,30

Fuente: Recopilación de Información mediante la aplicación de la encuesta semiestructurada del proyecto
Elaboración: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

Análisis e interpretación:

En la muestra analizada de casos y controles existe una distribución relacionada en el sexo de los casos y controles siendo mayor en el sexo femenino (55 y 58%, respectivamente), el mayor porcentaje pertenece al grupo de adolescentes de 15 a 19 años con el 61 y 66% en su orden. Prevalece el estado civil soltero tanto en casos (45%) como en los controles (87%) y en cuanto al área de procedencia provienen del área urbana con el 68% y 87%.

Si bien el sexo, la edad, estado civil y la procedencia, presentan ligeras diferencias porcentuales, el análisis estadístico de las mismas no muestran que dichas diferencias tengan significancias estadísticas con una mínima del 95%; por lo tanto, podemos admitir que la muestra es aplicable en la relación de casos y controles.

Cuadro 3. Características socioeconómicas de la muestra. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015.

Variable	CASOS		LCI	LCS	CONTROLES		LCI	LCS
	N	Porcentaje			N	Porcentaje		
Nivel Socioeconómico								
Medio Alto	0	0%			7	11%	-12,17	34,17
Medio Típico	3	9,67%	-23,94	43,94	23	37%	17,26	56,73
Medio Bajo	19	61,29%	39,06	82,93	28	45%	26,57	63,42
Bajo	9	29,03%	-0,64	58,64	4	6%	-17,27	29,27
Condición de Vida								
Condición de Vida Baja	23	74%	56,07	91,92	24	39%	19,48	58,51
Condición de Vida Alta	8	26%	-4,39	56,39	38	61%	45,49	76,50

Fuente: Recopilación de Información mediante la aplicación de la Encuesta de Estratificación del Nivel Soioeconómico del INEC
Elaboración: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

En la muestra analizada prevalece el nivel socio económico medio bajo en casos (61,29%) y controles (45%), de acuerdo a las condiciones de vida en los casos y controles existe diferencia porcentual (74 y 39%), sin embargo los intervalos de confianza se entrecruzan por lo tanto no existe diferencia estadísticamente significativa.

Cuadro 4. Distribución de la muestra por cantón de residencia. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015.

Cantón de Residencia	CASOS		CONTROLES	
	N	**Porcentaje**	**N**	**Porcentaje**
Yantzaza	13	42%	19	31%
El Pangui	10	32%	26	42%
Palanda	2	6%	5	8%
Centinela del Cóndor	2	6%	5	8%
Chinchipe	4	13%	7	11%
Total	31	100%	62	100%

Fuente: Recopilación de Información mediante la aplicación de la Encuesta Semiestructurada del proyecto.
Elaboración: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

Análisis e interpretación:

De acuerdo al cantón de residencia, de los 31 casos de intento autolítico la mayor proporción vive en Yantzaza y El Pangui (42 y 32% respectivamente%) lo que se relaciona con los cantones de residencia de los controles, por lo tanto no existe diferencia significativa en los porcentajes de los casos frente a los controles.

Cuadro 5. Distribución de la muestra por etnia. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015.

ETNIA	CASOS		CONTROLES	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
Indígena	1	3%	3	4,85%
Mestizo	27	87,09%	58	93,54%
Blanco	2	6,45%	1	1,61%
Otro	1	3%	0	0
TOTAL	31	100%	62	100%%

Fuente: Recopilación de Información mediante la aplicación de la Encuesta Semiestructurada del proyecto.
Elaboración: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

Análisis e interpretación:

En relación a la etnia se puede evidenciar que el mayor porcentaje de adolescentes y jóvenes tanto en casos como en controles provienen de etnia mestiza (87,09%) y en un menor porcentaje son de etnia indígena, no existe diferencia significativa entre los casos y los controles.

ANÁLISIS INFERENCIAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Cuadro 6. Relación de la funcionalidad familiar, factores sociodemográficos, socioeconómicos con el intento autolítico. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015.

		CASOS	CONTROLES			
VARIABLE	ESCALA	Prevalencia (%)	Prevalencia (%)	Chi2	P	OR
Funcionalidad familiar	Disfuncional	63,2	36,8	9,558	0,002	4,96
	Funcional	25,7	74,3			(1,705-14,440)
Área de procedencia	Rural	55,6	44,4	4,96	0,026	3,21
	Urbana	28	72			(1,116-9,255)
Nivel de educación	Educación básica	55	45	5,383	0,02	3,23
	Bachillerato	27,4	72,6			(1,168-8,983)
Tener pareja	Con pareja	73,9	26,1	22,643	0	11,333
	Sin pareja	20	80			(3,774- 34,035)
Condicones de vida	Mala condición	48,9	51,1	10,41	0,001	4,552
	Buena condición	17,4	82,6			(1,755-11,807)
Antecedente familiar de	Con antecedente	66,7	33,3	6,889	0,009	5,043

intento de suicidio	Sin antecedente	28,4	71,6	(1,383-18,391)

Fuente: Recopilación de Información mediante la aplicación de la Encuesta Semiestructurada del proyecto. Test FFSIL, Encuesta de Estratificación del Nivel Soioeconómico del INEC.
Elaboración: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

Análisis e interpretación:

En lo que se refiere a la variable funcionalidad familiar tenemos que el 63,2% de los adolescentes y adultos jóvenes que intentaron suicidarse provienen de familias disfuncionales, a diferencia del 36,8% de quienes no intentaron suicidarse, lo que es estadísticamente significativo (Chi2: 9,55; p: 0.002), y el riesgo de que exista intento de suicidio es 3,96 veces más en adolescentes y adultos jóvenes que provienen de familias disfuncionales que en las funcionales (OR:4,96: IC: 1,705-14,440).

El intento autolítico de acuerdo al lugar de procedencia es mayor en el área rural presentando el 55,6%(IC: 86,39-24,8) a diferencia de la zona urbana en donde se presenta en un 28%, obteniéndose un valor estadísticamente significativo (Chi2: 4,96, p: 0,026); y, la ventaja de oportunidades muestra que existe 2,21 veces más riesgo de presentar intento de suicidio en el área rural.

En cuanto a la variable del nivel de educación, el 55% de las personas que poseen un nivel de educación básico presentaron intento autolítico a diferencia del 28% quienes tienen bachillerato, lo cual es estadísticamente significativo (Chi2:5,383; p: 0,02); y existe 2,23 veces más probabilidades de presentar intento de suicidio en personas con educación básica con respecto a las personas con Bachillerato.

El 73,9% de los adolescentes y adultos jóvenes que tuvieron intento autolítico, poseen pareja mientras que el 20% no la tiene, esta diferencia resultó estadísticamente significativa (Chi2: 22,64, p: 0,00), y la razón de ventajas de oportunidades demostró que existe 10,33 veces más riesgo de presentar intento de suicidio adolescentes y adultos jóvenes con pareja que las que no la tienen (OR: 11,333, 3,774- 34,035)

Además, de acuerdo a la variable condición de vida, el 48,9% de las personas que tienen mala condición de vida presentaron intento autolítico a diferencia del 17,4% quienes poseen buena condición de vida, lo que resulta estadísticamente significativo (Chi2: 10,41, p: 0,001), según la razón de ventajas de oportunidades se demostró que existe 3,55 veces más probabilidades de presentar intento autolítico quienes poseen mala condición de vida.

El 66,7% de adolescentes y adultos jóvenes con antecedente de intento autolítico en la familia presentó intento de suicidio a diferencia del 28,4% quienes no tuvieron este antecedente, diferencia que es estadísticamente significativo (Chi2:6,88, p: 0,009), la razón de ventajas demostró que existe 4,04 veces más riesgo de intentar suicidarse las personas con pareja, que las que no la tienen.

Cuadro 7. Métodos de suicidio empleados, relación del intento de suicidio con la ingesta de alcohol y la reacción de frente al intento. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015.

Variable	N	Porcentaje
Método de suicidio		
Ingestión de fármacos	2	6,46%
Ingestión de sustancias tóxicas	26	83,87%
Herida por arma blanca	1	3,22%
herida por cortopunzante	2	6,45%
Relación entre ingesta de alcohol e intento autolítico		
No ingesta de alcohol	23	74,19%
Alguna ingesta previa sin relación con el intento	1	3,24%
Ingesta suficiente para determinar la capacidad de juicio	2	6,45%
Ingesta intencional de alcohol para llevar a cabo el intento	5	16,12%
Reacción frente al intento		
Rechaza el fracaso del intento	2	6,46%
Acepta tanto el intento como el fracaso	8	25,80%
Arrepentido/a, de haber hecho el intento, sentimientos de ridículo, vergüenza	21	67,74%
Total	31	100,00%

Fuente: Recopilación de Información mediante la aplicación de la Escala de ideación suicida de Beck.
Elaboración: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

Análisis e interpretación:

De acuerdo al método empleado para el intento de suicidio el mayor porcentaje de adolescentes y adultos jóvenes utilizó la ingestión de sustancias tóxicas (83,87%) y en menor porcentaje utilizaron heridas por arma blanca y cortopuzante 3,22 y 6,45% respectivamente. Para realizar el intento de suicidio la mayoría de los adolescentes y adultos jóvenes no presentó ingesta de alcohol (74,19%), mientras que un 16,12% presentó ingesta intencional de alcohol para llevar a cabo el intento.

En cuanto a la reacción de los adolescentes y jóvenes que intentaron suicidarse la mayoría sintió arrepentimiento (67,74%) mientras que un porcentaje menor aceptó el fracaso del intento (25,80%%), y la minoría rechazó el fracaso del intento.

Cuadro 8. Número de intentos de suicidio previos, seriedad del intento realizado y grado de premeditación. Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015.

Variable	N	Porcentaje
Número de intentos de suicidio previos		
3 o más	3	9,67%
1 o 2	25	80,65%
Ninguna	3	9,68%
Seriedad del intento autolítico		
Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza	12	38,70%
Componentes del punto anterior y del siguiente	3	9,68%
Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas	16	51,62%
Grado de premeditación		
Ninguno, impulsivo	15	48,38%
Suicidio contemplado 3 horas antes del intento	5	16,13%
Suicidio contemplado por menos de tres horas	11	35,49%
Total	31	100,00%

Fuente: Recopilación de Información mediante la aplicación de la Escala de ideación suicida de Beck.
Elaboración: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

Análisis e interpretación:

En cuanto al número de intentos de suicidios previos se observa que la mayoría presentaron 1 0 2 intentos de suicidio previos (80,64%), de acuerdo al grado de seriedad del intento autolítico, el mayor porcentaje de adolescentes y adultos jóvenes (51,61%) buscó finalizar con su vida, sin embargo el 38,7% quería manipular o llamar la atención. En relación al grado de premeditación el 48,38% fueron de manera impulsiva (48,38%), el 35,48% lo premeditaron por menos de 3 horas (35,48%), y la minoría de ellos lo contemplaron por 3 horas antes.

Cuadro 9. Riesgo suicida según la escala de Plutchick en la muestra Adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. Provincia de Zamora Chinchipe, 2015.

		CASOS		CONTROLES				
VARIABLE		N	Porcentaje	N	Porcentaje	Chi2	p	OR
RIESGO	Con riesgo	17	54,84%	4	6,46%	27,67	0,00	17,6
SUICIDA	Sin riesgo	14	45,16%	58	93,54%			(5,11-60,58)
TOTAL		31	100,00%	62	100,00%			

Fuente: Recopilación de Información mediante la aplicación de la Escala de riesgo de suicidio de Plutchick.
Elaboración: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

Análisis e interpretación:

En cuanto a la relación entre casos y controles en la escala de riesgo suicida de Pultchick se determinó que existe un porcentaje importante que aún presenta riesgo suicida (54,83%), a diferencia de los controles que también existe riesgo suicida pero en un mínimo porcentaje (6,45%) lo que es estadísticamente significativo (Chi2: 27,67, valor de p: 0,000) y un OR de 17,6, lo que significa que existe 16,6 veces más probabilidades de que se presente nuevamente el intento de suicidio en los casos que en los controles.

7. Discusión de los resultados

En los grupos investigados, de edades comprendidas entre 15 a 24 años, residentes en la provincia de Zamora Chinchipe, se determinó que la funcionalidad familiar está altamente asociada con el intento autolítico (p=0,002). La razón de ventajas de oportunidades (0R=4,96; IC: 1,705-14,440) indica que existe 3,96 veces más de presentar intento autolítico en adolescentes y jóvenes que provienen de familias disfuncionales. Resultados relacionados con el estudio realizado por Diana C Toro en Medellín en el año 2006, estudio de casos y controles en donde la disfunción familiar se asoció positivamente con el riesgo de suicidio, así mismo otro estudio realizado en México por Maritza Guadalupe Domínguez Velásquez y colaboradores en el año 2014, estudio de casos y controles mediante el Control Parental e intento de suicidio en adolescentes Mexicanos en el cuál se concluye que los jóvenes que han intentado suicidarse percibieron un mayor control psicológico y un menor control conductual de sus padres en comparación con quienes no han tenido intento de suicidio (Domínguez et al., 2014).

Según los adolescentes y jóvenes indicaron que entre las características más alteradas en su familia son: la armonía, adaptabilidad, comunicación, roles y permeabilidad las cuales se relacionan el estudio de casos y controles realizado por Arielle H. Sheftall y colaboradores en el año 2013 en Estados Unidos sobre Seguridad en el apego del adolescente, funcionamiento familiar e intento de suicidio se demostró que los adolescentes que presentaron menor apego paterno, y menor adaptabilidad y cohesión familiar fueron quienes presentaron intento autolítico (Sheftall, Mathias, Furr, & Dougherty, 2013).

En cuanto a la condición de vida se encontró alta correlación estadísticamente significativa entre el intento de suicidio y la condición de vida (p=0,001). La razón de ventaja de oportunidades (OR=4,55; IC: 1,755-11,807) permite afirmar que existe 3,55 veces más riesgo de que las personas que tienen malas condiciones de vida intenten suicidarse; y se relaciona con otros estudios en América Latina como el análisis exploratorio realizado en Medellín en el año 2011 por Yolanda Torres de Galvis, donde se comprobó que la condición de vida baja se asocia con mayor riesgo con el intento de suicidio (Galvis, Zapata, Valencia, Mendoza, & Ceballos, 2013).

El hecho de poseer pareja (casados, unión libre, entre otros) tiene relación estadísticamente significativa con el intento autolítico (p=0,00). Esta situación sorprendente, determina que la razón de oportunidades (OR=11,333; IC: 3,774-34,035), permita afirmar que existe 10,33 veces oportunidades que los adolescentes y jóvenes que tienen pareja presenten intento autolítico, respecto de los que no tienen. La explicación es muy compleja y, podría deberse a que estas

personas, adolescentes y jóvenes, se unen en edades muy tempranas y cuando viven en pareja, acompañado de disfunción familiar, se vuelven más vulnerables, ya que no satisfacen sus necesidades emocionales y afectivas de esta manera se sienten solos, sin apoyo familiar y social frente a la sociedad; resultados que se contraponen con la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida realizada en el año 2006 en donde se observa según metaanálisis que el no tener pareja o estar soltero se asocia al riesgo suicida, sin embargo por otra parte, no está demostrado que el matrimonio sea un factor protector en las distintas culturas. Así, en Pakistán existen tasas más altas de suicidio entre las mujeres casadas que entre los hombres casados o las mujeres solteras, y en China, las mujeres casadas presentan tasas más altas de suicidio que las viudas o solteras.

Al analizar el intento autolítico de acuerdo al sexo, en la presente investigación no se determinó diferencia significativa (p=0,767) el cual se contrapone con otros estudios como el estudio observacional descriptivo, realizado en Cuba en donde concluyen que en el sexo femenino existe mayor relación con el intento de suicidio. (Collado et al., 2014)(Alzate et al., 2012). En el año 2015 se realiza un estudio sobre el suicidio en México teniendo en cuenta literatura científica (convencional y gris) desde 1980 hasta el año 2014 en donde la mayoría se presenta en el sexo femenino, mientras que en el sexo masculino es más frecuente el suicidio consumado.

El antecedente de suicidio en las familias de los investigados presentó una alta asociación significativa con el intento autolítico (p=0,009). La razón de ventaja de oportunidades (OR=5,04; IC: 1,383-18,391) define que existe 4,04 veces más riesgo de intento de suicidio en lo adolescentes y jóvenes con este tipo de antecedentes familiar. Esto se relaciona con el estudio realizado en África en el año 2012 por Vawda NBA en donde se encontraron asociaciones significativas entre el suicidio de un miembro de la familia y el comportamiento suicida personal entre los participantes (MA, 2012). Según la Organización Mundial de Salud, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general (Rey & Blasco, 2001).

A diferencia de otros países orientales y europeos que se presenta el intento autolítico en personas adultas, en el presente estudio se presentaron en la edad más frecuente de 19 años y el cuanto a los grupos de edad fueron en los adolescentes de 15 a 19 años lo que se relaciona con el estudio observacional descriptivo realizado por Mg.Sc. Janitzia Pérez Collado y colaboradores en el año 2014 en donde el grupo etáreo más frecuente fue el de 15 años(Collado et al., 2014).

Finalmente, el sitio de residencia (rural-urbano) está asociado estadísticamente con el intento autolítico (p=0,026). La razón de oportunidades (OR=3,21; IC: 1,116-9,255) indica que aquellos que provienen del medio rural tienen 2,21 veces de intento autolítico que los que habitan en el medio urbano; lo que concuerda con otras investigaciones como en la provincia del Azuay en el año 2014, en donde este factor se incrementa si se acompaña de otros factores como la condición socioeconómica, la calidad de vida y el antecedente familiar de intento

de suicidio (Gordillo Campoverde & Farez Orrego, 2014). Así mismo se contrapone con otro estudio realizado en Chile en el año 2015 sobre prevalencia de intento autolítico y factores de riesgo en donde determinan que el vivir en área rural o urbana no se relaciona con el intento suicida (Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova, & Melipillán, 2015)

8. Conclusiones

- El 48% y 53% de los adolescentes y adultos jóvenes encuestados que corresponden a los casos y controles pertenecen a familias moderadamente funcionales, nucleares (81 y 66%), de sexo femenino (55 y 58%), solteros (45 y 87%) que proceden del área urbana (68 y 87%), la mayoría pertenecen al cantón Yantzaza (42 y 31%) y son de etnia mestiza (87 y 93%).

- Se establece que si existe relación estadísticamente significativa entre el intento autolítico y la funcionalidad familiar en las personas de 15 a 24 años de edad en la provincia de Zamora Chinchipe

- Los factores de sociodemográficos y socioeconómicos que se relacionaron estadísticamente con el intento autolítico son las malas condiciones de vida; el tener pareja, procedencia de los sectores rurales; el nivel de educación bajo y, poseer antecedente de suicidio en la familia.

- Los factores de riesgo enunciados, si bien pueden operar en forma independiente, lo más probable es que tengan un sinergismo preocupante, lo que obliga a mirarlos en su conjunto, en el contexto sociocultural específico constituido por una mezcla de culturas, producto de una intensa migración y la explotación minera, que caracteriza actualmente a la provincia.

- El 80,64% de las personas que tuvieron intento de suicidio presentaron 1 0 2 intentos previos y actualmente un 54,83% presenta riesgo suicida según la escala de Plutchick.

- La mayoría de las personas que tuvieron intento de suicidio lo hicieron de manera impulsiva mediante la ingestión de sustancias tóxicas, luego de la oportuna intervención médica demostraron arrepentimiento del acto realizado.

9. Recomendaciones

- Es de vital importancia que a todas las personas que presentan diagnóstico de intento autolítico o antecedente familiar de suicidio, se realice un seguimiento minucioso por parte del personal médico y de psicología de las diferentes casas de salud para evitar que se repita el intento o suicidio consumado.

- El Ministerio de Salud Pública con apoyo de los médicos familiares deben diseñar y proponer iniciativas de educación y prevención dirigidas a las familias disfuncionales con hijos adolescentes o jóvenes que presenten o no antecedente de intento autolítico o suicidio consumado.

- Estos resultados preocupantes, constituyen un problema de salud pública que exige que se difundan, debatan y se intervengan de manera interdisciplinaria, entre las instituciones de educación, salud, líderes comunitarios y gobiernos cantonales de la provincia de Zamora Chinchipe con el fin de prevenir esta patología, teniendo como fundamento la estrategia de atención primaria en salud y el modelo de salud familiar, comunitario e intercultural, orientado a potenciar las características de la funcionalidad familiar.

- Se sugiere apoyar nuevas investigaciones con la presente temática en las diferentes universidades así como al Ministerio de Salud Pública para mantener una base actualizada de datos y en base a estos resultados proponer políticas públicas que reduzcan este preocupante problema.

10. Bibliografía

Aaron T. Beck & David Lester (1976) Components of Suicidal Intent in Completed and Attempted Suicides, The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 92:1, 35-38, DOI: 10.1080/00223980.1976.9921330

Álvarez, J., Cañon, S., & Al, E. (2013). Factor de Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas(Colombia), 2012, 127–141.

Alzate, L., Bentacur, M. B., Castaño, J., & Cañon, S. (2012). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios , y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales.

Arias Trujillo, carlos mario, Serna Carmona, I., Castaño Castrilloón, J. J., González aristizabal, amalia I., & Mejía Bedoya, J. D. (2013). Assbasalud ese, m, 142–159.

Beck, A., & Lester, D. (1976). Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. *Journal of Psychology*, *92*(1), 35–38. http://doi.org/10.1080/00223980.1976.9921330

Brådvik, L., & Berglund, M. (2010). Depressive episodes with suicide attempts in severe depression: suicides and controls differ only in the later episodes of unipolar depression. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, *14*(4), 363–367. http://doi.org/10.1080/13811118.2010.524068

Chen, I., Liao, S., Lee, M., Wu, C., Lin, P., & Chen, W. J. (2015). Risk factors of suicide mortality among multiple attempters : A national registry study in Taiwan, (1), 1–8. http://doi.org/10.1016/j.jfma.2015.07.009

Collado, J. P., Collado, T. P., Collado, M. A., & Martínez, G. M. (2014). Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas*, *33*(1), 70–80. Retrieved from http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84907914311&partnerID=tZOtx3y1

Domínguez, M., Betancourt, D., & Cañas, J. L. (2014). CONTROL PARENTAL E INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES MEXICANOS, *5*(46), 240–252.

Educación., C. S. por la. (2012). Diálogo provincial sobre educación ZAMORA.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents : A systematic review of population-based studies, *24*, 957–979. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005

Fernández, M. (2011). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de La Facultad de Medicina. UNAM*, *I*, 5.

Galvis, Y. T. de, Zapata, C. S., Valencia, A. M., Mendoza, M. F. L., & Ceballos, Y. L. (2013). Conducta suicida y calidad de vida en Medellín, año 2011: un análisis exploratorio (Suicide behavior and quality of life in Medellín, 2011: An exploratory analysis)(Comportamento suicida e qualidade de vida em Medellín, 2011: Uma análise exploratória). *Revista CES Salud Pública*, *4*(1), 12–24. Retrieved from http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2527

Gijón, E. (2013). *"sobrevivientes del suicida."*

Gordillo Campoverde, J. N., & Farez Orrego, X. A. (2014). *PREVALENCIA DEL INTENTO AUTO LÍTICO Y SUICIDIO CONSUMADO EN EL HOSPITAL AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA, MAYO –OCTUBRE 2014*.

Imaz, J. A. G. (2014). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psyquiatria*, *3*(S 1), 71–79. http://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.009

Jorge V. Reyes Jaramillo, P. F. R. C. (2015). Evolución y tendencias poblacionales en la Región Sur del Ecuador, Período 1950 - 2010. *CEDAMAZ*, *6*, *Nro.1*, 54–67.

Lewandowski, C. M., & Co-investigator, N. (2015). La Depresión y el suicidio en niños, adolescentes y jóvenes. *The Effects of Brief Mindfulness Intervention on Acute Pain Experience: An Examination of Individual Difference*, *1*, 1689–1699. http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Lopez, I. (2013). *TIPOLOGÍA Y COMUNICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES DE 9 A 16 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN , QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA EN EL H . G . R . 220 CON MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS , DE Tipología y comunicación familiar en pacientes de 9 a 16 años co*.

MA, N. V. (2012). Associations between family suicide and personal suicidal behaviour among youth in KwaZulu-Natal , South Africa, *54*(3), 244–249. http://doi.org/10.1080/20786204.2012.10874222

Maddaleno, M., Morello, P., Infante-espínola, F., Ed, M., Maddaleno, M., & Morello, P. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe : desafíos para la próxima década, *45*.

Patricia, F.-A. A., & Manuel, M.-E. J. (n.d.). *VALIDATION OF AN INSTRUMENT OF*

FAMILY.

Pi, M., Gonz, C., Jim, A., & Mondrag, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014 : análisis y perspectivas, *25*(55), 62–69. http://doi.org/10.15174/au.2015.855

Rey, I. H. Del, & Blasco, J. J. L. (2001). Prevención del Suicidio, *3*, 53.55.

Sarmiento S, C., & Aguilar V, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Journal de Psicología Y Salud*, *21*(1), 25–30.

Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, R. M., & Dougherty, D. M. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & Human Development*, *15*(4), 368–83. http://doi.org/10.1080/14616734.2013.782649

Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción, 320–328.

Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en. *Revista Neuropsiquiatria*, *75*(1), 19–28.

Vicente Muelas, N., & Ochoa Mangado, E. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatria.Com*, *11*(3), 15.

Vázquez-Vega, D., Piña-Pozas, M., González- Forteza, C., Jiménez-Tapia, A. & Mondragón- Barrios, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. Acta Universitaria, 25(NE-2), 62-69. doi: 10.15174/au.2015.855

Vicente Muelas, N., & Ochoa Mangado, E. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatria.Com*, *11*(3), 15.

11. Anexos

Anexo 1. Encuesta realizada a jóvenes y adolescentes de la provincia de Zamora Chinchipe

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE SALUD HUMANA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

INSTRUCCIONES:
Lee atentamente y marca con un círculo la respuesta que más se adecue a tus características.
Te agradecemos responder con total sinceridad.
Tus respuestas deberán expresar lo que más has sentido, experimentado y pensado durante los últimos tiempos.
Emplea el tiempo necesario para emitir tus respuestas.

Datos generales

1. **FECHA DE ENCUESTA: ……**

2. **LUGAR DE ENCUESTA**:
   1 Centinela del Cóndor
   2 Chinchipe
   3 El Pangui
   4 Nangaritza
   5 Palanda
   6 Paquisha
   7 Yacuambi
   8 Yantzaza
   9 Zamora

3. **PROCEDENCIA PARTICIPANTE:**

   1 Urbana
   2 Rural

4. **EDAD DEL PARTICIPANTE:** …… años

5. SEXO DEL PARTICIPANTE:

1 Hombre
2 Mujer

6. ESTADO CIVIL DEL PACIENTE:

1 Casado
2 Unido/a
3 Separado/a
4 Divorciado
5 Viudo
6 Soltero

7. CÓMO SE IDENTIFICA SEGÚN SU ETNIA, CULTURA Y COSTUMBRES:

1 Indígena
2 Afroecuatoriano
3 Negro
4 Mulato/a
5 Montubio
6 Mestizo
7 Blanco
8 Otro

8. CUÁL ES EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN MÁS ALTO AL QUE ASISTE O ASISTIÓ

1 Preescolar
2 Primario
3 Secundario
4 Educación Básica
5 Bachillerato/ educación Media
6 Superior
7 Postgrado

9. OCUPACIÓN

1. Socio
2. Trabajador no remunerado
3. Patrono
4. Empleado doméstico
5. Empleado del Estado
6. Jornalero o peón
7. Estudiante
8. Ninguno

10. TIPO DE FAMILIA: 1 Nuclear 2 Extensa 3 Ampliada 4 Monoparental

Su familia está compuesta por

1. Mamá, Papá, hijos
2. Mamá, Papá, hijos, tíos, abuelitos, o algún otro familiar
3. Mamá, Papá, hijos, familiares y alguna otra persona que no tiene parentesco.
4. Mamá o papá, hijos

11. MÉTODO UTILIZADO PARA SUICIDIO(para el que aplique)

1. Ingestión de fármacos
2. Ingestión de sustancias tóxicas
3. Ahorcamiento
4. Lanzamiento al vacío
5. Herida por arma blanca
6. Herida por cortopunzantes

12. ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO (para el que aplique)

Tiene usted algún familiar (Madre, Padre, hermanos, Tíos) quién presentó intento de suicidio alguna vez en su vida.

1. No
2. Si Que parentesco tiene…. …… ……..

Anexo 2. Cuestionario Funcionamiento (Familiar FFSIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Clasifique y marque con una **X** su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Situaciones	**Casi Nunca**	**Pocas Veces**	**A veces**	**Muchas Veces**	**Casi Siempre**
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

PUNTAJE TOTAL: Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos:

Escala Cualitativa	**Escala Cuantitativa**
Casi Nunca	1 pto.
Pocas Veces	2 ptos.
A veces	3 ptos.
Muchas veces	4 ptos.
Casi Siempre	5 ptos.

RESULTADO DEL CUESTIONARIO	**PUNTAJE**
Familia Funcional	De 70 a 57 pts.

Familia Moderadamente Funcional	De 56 a 43 pts.
Familia Disfuncional	De 42 a 28 pts.
Familia Severamente Disfuncional	De 27 a 14 pts.

Anexo 3. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Características de la Vivienda		**Puntajes finales**
1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo		59
Cuarto(s) en casa de inquilinato		59
Departamento en casa o edificio		59
Casa/Villa		59
Mediagua		40
Rancho		4
Choza/Covacha/Otro		0
2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón		59
Ladrillo o bloque		55
Adobe/Tapia		47
Caña revestida o bahareque/madera		17
Caña no revestida/Otros materiales		0
3. El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante		48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón		46
Ladrillo o cement		34
Tabla sin tartar		32
Tierra/Caña/Otros materiales		0
4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
Notienecuartodebañoexclusivoconduchaenelhogar		0
Tiene 1 cuarto de bañoexclusivoconducha		12
Tiene2cuartosdebañoexclusivosconducha		24
Tiene3omáscuartosdebañoexclusivosconducha		32
5. **Eltipodeserviciohigiénicoconquecuentaestehogares:**		
Notiene		0
Letrina		15
Condescargadirectaalmar,río,lagooquebrada		18
Conectadoapozociego		18
Conectadoapozoséptico		22
Conectadoaredpúblicadealcantarillado		38
Acceso a tecnología		**Puntajes finales**
1. ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No		0
Si		45
2. ¿Tiene computadora de escritorio?		
No		0
Si		35

3. ¿Tiene computadora portátil?		
No		0
Si		39
4. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
Notienecelular nadie en el hogar		0
Tiene 1 celular		8
Tiene2celulares		22
Tiene3celulares		32
Tiene 4 o más celulares		42
Posesión de bienes	**Puntajes finales**	
1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No		0
Si		19
2. ¿Tiene cocina con horno?		
No		0
Si		29
3. ¿Tiene refrigeradora?		
No		0
Si		30
4. ¿Tiene lavadora?		
No		0
Si		18
5. ¿Tiene equipo de sonido?		
No		0
Si		18
6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
NotieneTV a color en el hogar		0
Tiene 1 TV a color		9
Tiene2TV a color		23
Tiene3o más TV a color		34
7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene en este hogar?		
Notienevehículo exclusivo para el hogar		0
Tiene 1 vehículo exclusivo		6
Tiene2vehículos exclusivo		11
Tiene3o más vehículos exclusivo		15
Hábitos de consumo	**Puntajes finales**	
1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No		0
Si		6
2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No		0
Si		26
3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No		0
Si		27
4. ¿ En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No		0
Si		28
5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo, ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No		0
Si		12
Nivel de Educación	**Puntajes finales**	
1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sinestudios		0
Primariaincompleta		21
Primariacompleta		39
Secundariaincompleta		41
Secundariacompleta		65
Hasta3añosdeeducaciónsuperior		91
4ómásañosdeeducaciónsuperior(sinpostgrado)		127
Postgrado		171

Actividad Económica del hogar		Puntajes finales
1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro de IESS(general. Voluntario o campesino) y/o seguro del ISFFA o ISSPOL?		
No		0
Si		39
2. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No		0
Si		55
3. ¿Cuál es la ocupación del Jefe del Hogar?		
PersonaldirectivodelaAdministraciónPúblicaydeempresas		76
Profesionalescientíficoseintelectuales		69
Técnicosyprofesionalesdenivelmedio		46
Empleadosdeoficina		31
Trabajadordelosserviciosycomerciantes		18
Trabajadorcalificadosagropecuariosypesqueros		17
Oficialesoperariosyartesanos		17
Operadoresdeinstalacionesymáquinas		17
Trabajadoresnocalificados		0
FuerzasArmadas		54
Desocupados		14
Inactivos		17

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

Anexo 4. Escala de riesgo suicida de Plutchick

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un “SI” o “NO”.

Preguntas	si	No
13. Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas pastillas para dormir?		
14. Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
15. A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
16. Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
17. Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
18. Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
19. Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
20. Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
21. Está deprimido/a ahora?		
22. Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
23. Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
24. Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
25. Ha pensado alguna vez en suicidarse?		

26. Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
27. Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
Total		

Anexo 5. ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (Suicide Intent Scale, SIS) (Para el que ha presentado intento autolítico)

Circunstancias objetivas

1. Aislamiento
    0. Alguien presente
    1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)
    2. Nadie cerca o en contacto
2. Medición del tiempo
    0. La intervención es muy probable
    1. La intervención es poco probable
    2. La intervención es altamente improbable
3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas
    0. Ninguna
    1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)
    2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento
    0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
    1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado
    2. No contactó, ni avisó a nadie
5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)
    0. Ninguno
    1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
    2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. Preparación activa del intento
    0. Ninguna
    1. Mínima o moderada
    2. Importante
7. Nota suicida
    0. Ninguna

1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla
2. Presencia de nota

8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)
0. No comunicación verbal
1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)
2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»).

II. Autoinforme

9. Propósito supuesto del intento
0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
1. Componentes de O y 2
2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte
0. Pensó que era improbable
1. Posible pero no probable
2. Probable o cierta

11. Concepción de la letalidad del método
0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

12. Seriedad del intento
0. No intentó seriamente poner fin a su vida
1. Inseguro
2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. Actitud hacia el vivir/morir
0. No quería morir
1. Componentes de O y 2
2. Quería morir

14. Concepción de la capacidad de salvamento médico
0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. Grado de premeditación
0. Ninguno, impulsivo
1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. Reacción frente al intento
0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
1. Acepta tanto el intento como su fracaso
2. Rechaza el fracaso del intento

17. Preconcepciones de la muerte

0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. Número de intentos de suicidio previos
    0. Ninguno
    1. I o 2
    2. 3 o más
19. Relación entre ingesta de alcohol e intento
    0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
    1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
    2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)
    0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
    1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
    2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Anexo 6. Equipo y Materiales

Talento Humano

Postulante: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

Recursos materiales

- computadora
- impresora

- calculadora
- papel
- CD
- flash memory
- lapiceros
- lápiz
- borradores
- marcadores 1
- marcadores 2
- fotocopias
- impresión
- anillados
- encuadernación
- transporte
- viáticos
- cámara digital
- tablero
- grapadora
- grapas
- clips
- sacapuntas
- sobre manila
- archivadores
- refrigerio
- internet
- tinta para impresora

Recursos financieros

- Asesoría docente interna.
- Asesoría docente externa.
- Transporte
- Hospedaje.
- Alimentación.
- Reproducción de documentos de tesis.
- Empastado de tesis.
- Alquiler de equipos.
- Derechos de graduación.
- Derechos de titulación.

El desarrollo del proyecto de investigación (Tesis de Grado de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria) tiene un costo aproximado de USD 5215,21

Anexo 7. Gráfico 1. Ubicación de Zamora Chinchipe en el territorio Ecuatoriano y Americano

Fuente: INEC: 2010

Elaboración: UGT-GPZCH

Anexo 8. Oficios entregados en los hospitales de la provincia de Zamora Chinchipe

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Of. No. 570-MFYC-ASH-UNL
Loja, 13 de mayo de 2016

Doctora
Marina Sánchez
DIRECTORA DEL HOSPITAL BÁSICO YANZATZA
Ciudad.-

De mi consideración:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para exponer y solicitar lo siguiente:

Como parte del proceso de titulación en el Postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, la Md. Maritza Jhoanna Mosquera Gómez, con la dirección del doctor Daniel Ramón Gutiérrez Rodríguez, se encuentra ejecutando el proceso de investigación: **"LA FUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO AUTOLÍTICO EN PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD EN LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE"**

Al comunicarle este particular, solicito a usted se digne autorizar el acceso a las fuentes de registro de la información de los pacientes de 15 a 24 años, con diagnóstico de intento autolítico, durante el año 2015, de acuerdo al proyecto aprobado.

En la seguridad que su digna persona brindará todo el apoyo al presente, me anticipo en presentarle mi agradecimiento.

Atentamente,

Dr. Jorge E. Reyes Jaramillo, Mg. Sc.
COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CI Archivo SEMFC

DIRECCIÓN DISTRITAL 19D04
EL PANGUI - YANZATZA - SALUD
RECIBIDO
GESTIÓN DOCUMENTAL
FECHA: 16-05-2016
HORA: 2:35
FIRMA:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Of. No. 559-MFYC-ASH-UNL
Loja, 13 de mayo de 2016

HOSPITAL PROVINCIAL JULIUS DOEFFNER
SECRETARIA
16 mayo 2016

Doctora
Ruth Siguenza
DIRECTORA DEL HOSPITAL JULIOUS DOEFFNER ZAMORA
Ciudad.-

De mi consideración:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para exponer y solicitar lo siguiente:

Como parte del proceso de titulación en el Postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, la Md. Maritza Jhoanna *Mosquera González, con la dirección del doctor Daniel Ramón Gutiérrez Rodríguez, se encuentra ejecutando el proceso de investigación:* ***"LA FUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO AUTOLÍTICO EN PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD EN LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE".***

Al comunicarle este particular, solicito a usted se digne autorizar el acceso a las *fuentes de registro de la información de los pacientes de 15 a 24 años, con diagnóstico de intento autolítico, durante el año 2015, de acuerdo al proyecto* aprobado.

En la seguridad que su digna persona brindará todo el apoyo al presente, me anticipo en presentarle mi agradecimiento.

Atentamente;

Dr. Jorge F. Reyes Jaramillo, Mg. Sc.
COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Dr. Angel Chamba

DIRECTOR DEL DISTRITO DEL HOSPITAL YANTZAZA

Dra. Martha Sanchez

DIRECTORA DEL HOSPITAL BÁSICO YANTZAZA

Ciudad.

Por hacerle llegar un cordial saludo y desearle éxitos en sus funciones, a la vez muy comedidamente expongo y solicito:

Con alcance del oficio Nro 570-MFC-ASH-UNL, Yo Maritza Jhoanna Mosquera González, Estudiante del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, CI: 1104253651, con la finalidad de concluir mis estudios debo realizar el proyecto de investigación el cual se titula **La Función Familiar y su relación con el Intento autolítico en personas de 15 a 24 años de edad en la provincia de Zamora Chinchipe durante el año 2015**.

Por lo expuesto y convencida de su gran espíritu de servicio acudo a usted para muy respetuosamente solicitarle se digne autorizar a quien corresponda para que se me confieran los datos de los pacientes de 15 a 24 años de edad que presentaron diagnóstico de intento autolítico durante el año 2015, que ingresaron por el servicio de emergencia o estuvieron hospitalizados con ese diagnóstico, (Datos generales como edad, sexo, domicilio), o si me podrían brindar dar la apertura para realizar una revisión de las Hojas 08 de emergencia del año 2015, los mismos que serán llevados con absoluta confidencialidad.

En espera de una favorable atención desde ya le anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente.

Md. Maritza Mosquera González.

ESTUDIANTE DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

DIRECCIÓN DISTRITAL 19D04 EL PANGUI - YANTZATZA - SALUD
RECIBIDO
GESTIÓN DE ...

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Of. No. 572-MFYC-ASH-UNL
Loja, 13 de mayo de 2016

Doctor
Jaime Ventimilla
DIRECTOR DEL HOSPITAL BÁSICO ZUMBA
Ciudad.-

De mi consideración:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para exponer y solicitar lo siguiente:

Como parte del proceso de titulación en el Postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja, la Mst. Maritza Jhoanna Mosquera González, con la dirección del doctor Daniel Ramón Gutiérrez Rodríguez, se encuentra ejecutando el proceso de investigación: **"LA FUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO AUTOLÍTICO EN PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD EN LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE"**.

Al comunicarle este particular, solicito a usted se digne autorizar el acceso a las fuentes de registro de la información de los pacientes de 15 a 24 años, con diagnóstico de intento autolítico, durante el año 2015, de acuerdo al proyecto aprobado.

En la seguridad que su digna persona brindará todo el apoyo al presente, me anticipo en presentarle mi agradecimiento.

Atentamente,

Dr. Jorge F. Reyes Jaramillo, Mg. Sc.
COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/ Archivo SEMFC

Oficio Nro. MSP-CZ7-HPGJDZ-2016-0188-O

Zamora, 10 de junio de 2016

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD PARA TRABAJO DE INVESTIGACION

Doctara
Maritza Jhoanna Mosquera Gonzalez
En su Despacho

De mi consideración:

Mediante el presente remito a usted el criterio Jurídico, emitido por el Dr. Milton Carrión Director Zonal de asesoría Jurídica de la Coordinación Zonal 7 Salud, con respecto a la solicitud de acceso a fuentes de registro de información de pacientes con diagnóstico de intento autolitico.

"En atención al oficio Nro. 569-MFYC-ASH-UNL de fecha 13 de mayo de 2016, suscrito por el señor Dr. Jorge Reyes Jaramillo, Coordinador de la Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, programa que pertenece a la Universidad Nacional de Loja, en el que se solicita que se autorice el acceso a las fuentes de registro de la información de los pacientes de 15 y 24 años de edad con diagnóstico de intento de autolítico, durante el año 2015, de acuerdo al proyecto de tesis aprobado a la estudiante Maritza Jhoanna Mosquera González, quien bajo la dirección del Dr. Daniel Ramón Gutiérrez Rodríguez, se encuentra ejecutando el proyecto de investigación como parte del proceso de titulación en el postgrado denominado **"La función familiar y su relación con el intento autolítico en las personas de 15 a 24 años de edad en la Provincia de Zamora Chinchipe".**

Análisis y Criterio Jurídico:

Se debe tomar en cuenta lo relacionado a la protección de datos de carácter personal que se encuentran garantizados por disposición constante en la Constitución de la República del Ecuador en los numerales 11 y 19 del Art. 66 que dicen:

"**Art. 66**.- Se reconoce y garantizará a las personas:

11. El derecho a guardar reserva sobre sus convicciones. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre las mismas. **En ningún caso se podrá exigir o utilizar sin autorización del titular o de sus legítimos representantes, la información personal** o de terceros sobre sus creencias religiosas, filiación o pensamiento político; **ni sobre datos referentes a su salud** y vida sexual, **salvo por necesidades de atención médica.** (El subrayado me pertenece).

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la

Teléfono: 593 (7) 2-605149
Fax: 593 (7) 2-2607730
E-mail: hospitaldezamora@hjd.mspz7.gob.ec

Oficio Nro. MSP-CZ7-HPGJDZ-2016-0188-O

Zamora, 10 de junio de 2016

decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la ley".(El Subrayado me pertenece).

Por otra parte la Ley Orgánica de Salud también genera derechos y deberes de las personas en relación con la salud, y manifiesta:

"**Art. 7**.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:
f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;"(El Subrayado me pertenece).

Analizada la normas constitucionales y legales anteriormente citadas se desprende que, existe una prohibición expresa para la utilización sin autorización de datos de carácter personal, referentes a la salud de las personas y la confidencialidad que se debe guardar sobre su historial clínico, autorización que es requerida en el oficio firmado por el señor Dr. Jorge Reyes Jaramillo, Coordinador de la Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, de la Universidad Nacional de Loja.

Con estos breves antecedentes amparado en la normativa legal vigente, me permito sugerirle a Usted, salvando su mejor criterio, **que no es posible** realizar dicha autorización para la utilización y acceso a las fuentes de registro de la información de los pacientes entre 15 y 24 años de edad con diagnóstico de intento de autolítico de la Provincia de Zamora Chinchipe, en vista de que, **se debería contar con la autorización de sus titulares o de sus representantes legales, en base a lo estipulado en el Art. 66 numerales 11 y 19 de la Constitución de la República del Ecuador, en concordancia con lo dispuesto en el literal f) del Art. 7 de la Ley Orgánica de Salud."**

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Ruth Yolanda Sigüenza Orellana
DIRECTORA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL JULIUS DOEPFNER

Teléfono: 593 (7) 2-605149
Fax: 593 (7) 2-2607730
E-mail: hospitaldezamora@hjd.mspz7.gob.ec

ocumento generado por Quipux

Anexo 9. Fotografías

Hospital Básico Zumba

Hospital Básico Yantzaza

Anexo 10. Proyecto de Tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

Y COMUNITARIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

FUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO AUTOLÍTICO EN PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS, EN LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE

AUTORA

MARITZA JHOANNA MOSQUERA GONZÁLEZ

R2 de Medicina Familiar y Comunitaria

LOJA - ECUADOR

2015-2016

CERTIFICACIÓN

Dr. Daniel Ramón Gutierrez Rodriguez

DOCENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, ÁREA DE LA ÁREA DE LA SALUD HUMANA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA - DIRECTOR DE TESIS

Ing. José Eduardo González Estrella M.Sc.

DOCENTE ASESOR DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, ÁREA DE LA SALUD HUMANA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICAN:

Haber dirigido, asesorado, orientado, revisado y discutido, en todas las fases de elaboración y ajuste del proyecto de tesis intitulado: **"LA FUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO AUTOLÍTICO EN PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS EN LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE DURANTE EL AÑO 2015,** de la autoría de la Md. Maritza Jhoanna Mosquera González, la misma que cumple a satisfacción con los requisitos tipificados en el Reglamento de Régimen Académico, en el fondo y forma, exigidos por la Institución para continuar con los procesos que conlleva la graduación de postgrado, por tal motivo autorizamos su presentación para la aprobación respectiva y el consecuente inicio de las acciones de ejecución o implementación del mismo en su zona de intervención o influencia.

Loja, 9 de mayo de 2016

Dr. Daniel Ramón Gutierrez Rodriguez
DIRECTOR DE TESIS

Ing. José E. González Estrella M.Sc.
ASESOR DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN

Md. Maritza Jhoanna Mosquera González
POSTGRADISTA

1. TEMA

LA FUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO AUTOLÍTICO EN PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS, EN LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE, DURANTE EL AÑO 2015.

2. PROBLEMÁTICA

El intento autolítico en los adolescentes y adultos jóvenes, especialmente en las edades comprendidas entre los 15 a 24 años es una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país y en todo el mundo, actualmente según las estadísticas cada 40 segundos se presenta un intento autolítico a nivel mundial, con mayor prevalencia en el sexo femenino, por lo que en la actualidad se ha considerado un problema de salud público. Cabe resaltar que existe aproximadamente 10 intentos de suicidio por cada suicidio consumado, de los cuales muchos de ellos dejan complicaciones o secuelas para toda la vida, no solo en la persona sino en la familia y la comunidad. (Gordillo Campoverde & Farez Orrego, 2014)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente un millón de personas se suicidan en el mundo, cifras que para el 2020 podría llegar a 1,5 millones de víctimas. La organización calcula que por cada muerte atribuible al suicidio se producen entre 10 y 20 intentos fallidos. (Organiización Mundial de la Salud, 2013)

Los suicidios en América Latina son una realidad. Países como Nicaragua, Paraguay, Colombia, Guatemala, Ecuador, El Salvador y México registran varios casos, según el Observatorio Social del Ecuador. En al menos 19 provincias ecuatorianas el suicidio es la primera o segunda causa de muerte entre jóvenes de entre 10 y 19 años. Según el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (Siise).

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) 2011 el intento de suicidio en las provincias de Azuay, Cotopaxi, Chimborazo, Imbabura, Morona Santiago, Napo, Pastaza, Pichincha y Tungurahua es la primera causa de muerte, y en las provincias de Bolivar, Carchi, Loja y Zamora Chinchipe es la segunda causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 2011)

Se plantean diversos factores que pueden influir en el intento de suicidio entre ellos tenemos la disfunción familiar, la depresión, el alcoholismo, los antecedentes familiares de suicidio, el sexo, los trastornos psiquiátricos, entre otros. Además tenemos los factores desencadenantes como la crisis de identidad, sentimientos de rechazo, temor en la diferenciación del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos. (Álvarez et al., 2013)

Debido que en los últimos años se ha incrementado las tasas de suicidio, siendo ya un problema de salud pública, En mayo del 2013, la 66. asamblea Mundial de Salud adopto el primer plan de acción sobre salud mental de la Historia de la organización Mundial de la Salud, La prevención del suicidio es una parte fundamental ya que, se propone reducir un 10%, para el 2020, la tasa de suicidios.(Rey & Blasco, 2001)

Al momento pese a múltiples estudios aún se desconoce porque las personas pese a tener un status socioeconómico estable, socialmente son reconocidos, admirados, igual deciden auto eliminarse.(Vicente Muelas & Ochoa Mangado, 2007)

3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad existe un incremento alarmante a nivel mundial, nacional y local de Intento autolítico en los adolescentes y adultos jóvenes, siendo al momento una de las principales causas de morbimortalidad en el Ecuador. La provincia de Zamora Chinchipe, es una de las provincias que presenta mayor incidencia de esta problemática, por ello, esta investigación pretende determinar si la funcionalidad familiar está directamente relacionada con el intento autolítico en los adolescentes y adultos jóvenes de la provincia de Zamora Chinchipe, por cuanto, Zamora es una

de las 19 provincias ecuatorianas en las que el suicidio es la segunda causa de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes, según datos del INEC. Es importante mencionar que en este grupo etáreo según las estadísticas a nivel nacional y mundial son las de mayor incidencia de intento autolítico.

Además se quiere conocer cuáles son los factores de riesgo más comunes en nuestra región ya que existen factores fijos(intento autolítico previo, ideación suicida, disfunción familiar, factores genéticos, edad, género, situación socioeconómica y orientación sexual) y modificables (ansiedad, la desesperanza, el acceso a medios para cometer suicidio, la interrupción de un tratamiento, la presencia de trastornos psiquiátricos severos, el aislamiento social y enfermedades médicas), por lo tanto, dependiendo de los resultados podemos detectar oportunamente y trabajar como médicos familiares en el primer nivel de atención sobre los factores modificables, de esta manera disminuir el intento autolítico.(Álvarez et al., 2013)(Beck & Lester, 1976)

El presente trabajo investigativo procura obtener resultados veraces los cuales nos permitan conocer la función familiar y su relación con el intento autolítico que es de interés público, para aplicar acciones de prevención y/o tratamiento oportuno, de esta manera disminuir el número de pacientes con intento autolítico o suicidios en la provincia de Zamora Chinchipe y porque no decirlo, de todo nuestro país.

4. HIPOTESIS GENERAL

La funcionalidad familiar SE RELACIONA con el intento autolítico en personas de 15 a 24 años de edad en la provincia de Zamora Chinchipe.

HIPOTESIS NULA

La funcionalidad familiar NO SE RELACIONA con el intento autolítico en personas de 15 a 24 años de edad en la provincia de Zamora Chinchipe.

HIPOTESIS ALTERNA

Existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y el intento autolítico en personas de 15 a 24 años de edad en la provincia de Zamora Chinchipe.

MODELO MATEMÁTICO DE CHI CUADRADO

Ho: $X^2t = X^2c$
H1: $X^2t > X^2c$
H2: $X^2t < X^2c$
α : 5% (margen de error)
gl : (v-1)(h-1) (grados de libertad)

ZONA RECHAZO (R): Para establecer la región de rechazo buscamos en la tabla de distribución del X^2 el valor correspondiente a los grados de libertad con la significación del 5%

R: ± 1,96

MODELO ESTADÍSTICO DE CHI CUADRADO

$$X^2 = \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

5. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la funcionalidad familiar y su relación con el intento autolítico en las personas de 15 a 24 años de edad de la provincia de Zamora Chinchipe durante el año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6. Determinar la funcionalidad familiar, las características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas con intento autolítico de 15 a 24 años de edad de la provincia de Zamora Chinchipe.
7. Establecer la relación entre los factores sociodemográficos, socioeconómicos y funcionalidad familiar con el intento autolítico en las personas de 15 a 24 años de la provincia de Zamora Chinchipe.

8. MARCO TEÓRICO

6.1 ANTECEDENTES

"El suicidio es un fenómeno tan antiguo como la existencia misma de la humanidad. A lo largo de la historia, las distintas culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de manera distinta, en función de los principios filosóficos, religiosos, intelectuales, sociales y económicos que han ido imperando en cada momento"(Vicente Muelas & Ochoa Mangado, 2007)

En la época antigua el suicidio era aceptado por la mayoría de la sociedad sobre todo en la vejez, muerte de esposos o enfermedades, sin embargo, algunos estaban en contra, así como las tribus africanas quienes asociaban el suicidio con la brujería, o la ira de los antepasados..(Vicente Muelas & Ochoa Mangado, 2007). En la edad media se lo consideraba como un tabú en donde se inicia su prohibición con castigo social y religioso, ya que según la religión se debía conservar la vida pese a todas las tragedias vividas, y lo más importante era evitar la muerte, basado en el quinto mandamiento "No Mataras". Durante la edad moderna se ha mantenido algunos criterios como no enterrar en el cementerio a los suicidas, sin embargo, se ha tomado en cuenta como una patología debido a la depresión, la misma que se ha incrementado en los últimos años y se hace más frecuente en menores edades.

6.2 CONCEPTO DE FAMILIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la familia se define como "conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.(Álvarez et al., 2013)

De acuerdo al Consenso Mexicano de Medicina Familiar: La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, el referente social para cada uno de sus miembros. (Familiar, 2005).

Desde el inicio de la vida se considera a la unidad familiar como factor principal en el normal desarrollo y crecimiento de las personas y es por medio de la familia que los adolescentes se reconocen a sí mismos, realizan actividades normales acorde a su edad y piensan en su proyecto de vida. (Arias Trujillo, Serna Carmona, Castaño Castrillon, González aristizabal, & Mejía Bedoya, 2013)

6.3 TEORÍA DE LOS SISTEMAS

Según esta teoría existen varias características importantes para que la familia se mantenga en equilibrio, entre ellas está: el grado de solidez de la familia, la función familiar, etapa del ciclo vital familiar, el nivel socioeconómico, la comunicación familiar, entre otros. .(Fernández, 2011)(Álvarez et al., 2013)

Además considera a la familia como un sistema abierto en el cual permanece normalmente en homeostasis o equilibrio, sin embargo en ocasiones este sistema se ve alterado por múltiples causas produciendo disfuncionalidad familiar, esta disfunción familiar es uno de los factores de riesgo modificables más frecuente para presentar intento suicida según múltiples estudios realizados a nivel mundial seguidos de otros factores como la depresión, antecedentes de suicidio, alcoholismo, estado civil, entre otros..(Álvarez et al., 2013)(Sarmiento S & Aguilar V, 2011)

La familia es un sistema que mantiene un equilibrio dinámico que le permite adaptarse a los cambios que generan diferentes circunstancias. Ello le permite evolucionar conforme se modifica el panorama generacional de sus miembros y los ciclos vitales. La muerte siempre produce un desequilibrio en el sistema familiar que suscitará la necesidad de un ajuste de funciones y roles que afectan la organización y estructura familiar, por lo tanto es muy importante las características de cada familia para evitar su disfuncionalidad. (JA., 2014)

6.4 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Se refiere a las acciones e interacciones que tienen los individuos en conjunto dentro de la convivencia de una familia; dentro de las funciones que tienen las familias, desde un punto de vista psicosocial se clasifican en externas e internas.

Las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a su cultura y sea aceptado socialmente. La función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo. (Fam., 2008, septiembre-octubre,)

La familia debe mantener las siguientes características: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

6.5 DEFINICIONES SOBRE SUICIDIO

Ideación suicida, se la define como la presencia de pensamientos acerca de la finalización de su propia vida, está según algunos estudios realizados se presenta más en el sexo femenino asociado a factores como la depresión, baja autoestima, problemas familiares y durante la adolescencia.(Sarmiento S & Aguilar V, 2011)

Conducta Suicida: Incluye varias manifestaciones cuyo resultado es la autoprovocación de daño con o sin resultado de muerte, debe ser considerada siempre como un intento inadecuado de resolver un problema real del paciente, y por lo tanto siempre es grave".(Gordillo Campoverde & Farez Orrego, 2014)

Intento autolítico: Es cuando estas personas tienen el deseo de autoeliminarse sin embargo no cumplen su objetivo.(Gordillo Campoverde & Farez Orrego, 2014)

Suicidio: Etimológicamente, proviene del latín: sui (si mismo) cidium (matar), "atentado contra la propia vida", "matar-se"." Los griegos lo expresaban como autokeiria de autos: sí mismo, y keiros: mano, lo que significaría: muerte elegida por uno mismo, o sea ejecutada por mano propia. El término latino enfatiza la idea de matar y el griego la del acto con intención o deliberado." (Gordillo Campoverde & Farez Orrego, 2014)

Para que se presente el intento autolítico o suicidio también depende de la presencia de algunos móviles como el abuso físico, sexual, psicológíco, el abandono por sus padres o personas a cargo dejándolos completamente solos, la violencia intrafamiliar, la celotipia, el desempleo, el divorcio, la separación, las adicciones, el alcoholismo, la mala comunicación

entre padres e hijos y la depresión una de las conductas que pueden ser un indicador de un suicidio inminente, aparecen los deseos de muerte (con frases como “mi vida ya no tiene sentido” o “no encuentro un motivo para vivir”), la incapacidad de descargar las angustias, el agotamiento de la vida social, el comportamiento impulsivo y la introversión acentuada(Gijón, 2013)(Lewandowski & Co-investigator, 2015)

En la adolescencia, período de muchos cambios tanto físicos, psicológicos, en donde hay presencia de estrés, confusión, miedo, incertidumbre, aceptación de pares, Todo ello influye directamente en la capacidad de resolver problemas y crearse oportunidades.(Imaz, 2014)

CONTEXTUALIZACIÓN

INFORMACIÓN RELEVANTE SOBRE EL CONTEXTO DONDE SE DESARROLLARÁ LA INVESTIGACIÓN

ZAMORA CHINCHIPE

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

DESCRIPCIÓN GENERAL: Se encuentra ubicada en la región sur de la Amazonía ecuatoriana, localizada entre los meridianos de 79º 30` 07” W y 78º 15` 07” W de longitud Oeste y los paralelos 3º 15` 12” S y 5º 05`12” S de latitud Sur, en la región Sur de la Amazonía Ecuatoriana, tiene 10.556 Km2 de superficie, equivalente al 4.4% de la superficie total del país, está constituida por nueve cantones con sus respectivas parroquias

LEY DE CREACIÓN DE ZAMORA CHINCHIPE

El proyecto de división territorial fue presentado por el ilustre historiador y orientalista Dr. Pío Jaramillo Alvarado en su calidad de Senador por la provincia Napo Pastaza al Congreso de 1950, y con el decidido apoyo del distinguido lojano Carlos Larreátegui como Senador por Santiago Zamora. Dicho proyecto de división de las dos provincias lo aprueba el Senado en 1951 y en 1952 lo ratifica sin alteración de su texto la Cámara de Diputados. El Poder Ejecutivo procedió a sancionar el proyecto el 10 de noviembre de l953, publicándolo en el Registro Oficial N° 360 del mismo año.
Una nueva reforma a la Ley Especial de Oriente aprobada por el Congreso de 1954, confirmó la creación de la provincia.
Al crearse la provincia de Zamora Chinchipe quedó integrada con la siguiente estructura administrativa:
Zamora, como cabecera provincial, cantones Zamora, Yacuambi y Chinchipe con sus cabeceras cantonales Zamora, 28 de Mayo y Zumba respectivamente.
Al cantón Zamora le correspondió las parroquias: Timbara, Cumbaratza, El Limón, Sabanillas e Imbana.
Al cantón Chinchipe las parroquias: Zumba, Chito, Palanda y El Chorro.
Al cantón Yacuambi las parroquias: 28 de Mayo, La Paz y Tutupali.

LÍMITES: La provincia de Zamora Chinchipe está ubicada en la zona sur de la Región Amazónica Ecuatoriana, donde limita al norte con Morona Santiago, al sur y al este con Perú y al oeste con Loja y parte del Azuay. La capital de la provincia es Zamora.

TEMPERATURA
La temperatura promedio oscila entre los 18º y 22ºC; la humedad relativa es bastante alta y alcanza hasta un 92%.

RELIEVE
El relieve es accidentado y forma las cuencas del río Zamora cuyos afluentes principales son los ríos Yacuambi, Nangaritza, Sabanilla, Bombuscaro, Jamboé, Nambija, y la cuenca del río Chinchipe con sus afluentes como los ríos Vergel, Numbala, y Palanda.
DIVISIÓN POLÍTICA: La provincia de Zamora Chinchipe se divide política y administrativamente en nueve cantones los cuáles son los siguientes:

Cantón	Población (2010)	Área	Cabecera cantonal

Centinela del Cóndor	**7.479**	**519**	Zumbi
Chinchipe	**9.119**	**1.194**	Zumba
El Pangui	**8.619**	**614**	El Pangui
Nangaritza	**7.196**	**2.096**	Guayzimi
Palanda	**10.089**	**1.925**	Palanda
Paquisha	**9.540**	**261**	Paquisha
Yacuambi	**6.854**	**1.242**	Yacuambi
Yantzaza	**23.675**	**990**	Yantzaza
Zamora	**36.510**	**1.876**	Zamora

(INEC 2010)

A su vez estos cantones poseen treinta y un parroquias, de las cuales nueve son urbanas y veintitrés son rurales.

Los cantones con sus respectivas parroquias son:

Cantón Centinela Del Cóndor.- Parroquia urbana Zumbi y parroquia rural Paquisha.

Cantón Chinchipe.- Parroquia urbana Zumba y las parroquias rurales de El Chorro, Pucapamba, la Chonta y Chito.

Cantón Nangaritza.- Parroquia urbana Guayzimi y su parroquia rural Zurmi.

Cantón Palanda.- Parroquia urbana Palanda y sus parroquias rurales Valladolid, Porvenir del Carmen y San Francisco del Vergel.

Cantón Paquisha.- Parroquias Paquisha, Bellavista, Nuevo Quito.

Cantón El Pangui.- Parroquia urbana El Pangui y sus parroquias rurales Pachicutza, Güisme y Tundayme.

Cantón Yacuambi.- Parroquia urbana 28 de Mayo y sus parroquias rurales La Paz y Tutupali.

Cantón Yantzaza.- Parroquia urbana Yantzaza y sus parroquias rurales Chicaña y Los Encuentros.

Cantón Zamora.- Parroquia urbana Zamora, sus parroquias rurales Imbana, Sabanilla, El Limón, Timbara, Cumbaratza, San Carlos y Guadalupe.

La población de Zamora Chinchipe, está constituida por grupos de indígenas, como los shuaras, ashuar, que han conservado su cultura a través de los tiempos, al igual que los otros pueblos orientales.

Según datos del INEC, la población para el año 2010 es de 91.376 habitantes. Según su cultura y costumbres el mayor porcentaje de la población se identifica como mestiza.

SUPERFICIE:

La provincia de Zamora Chinchipe tiene una superficie aproximada de 10.556 km2

RECURSOS NATURALES:

Agricultura, ganadería, riqueza forestal y minerales.

INDUSTRIAS:

Maderera, vinícola, licorera, piscícola, ranícola y de la panela.

COMERCIO:

Café, cacao, banano, frutas, maíz y oro, en su gran mayoría son productos que se comercializan con Loja, Cuenca,Guayaquil y con el Perú.

GASTRONOMÍA:

La gastronomía de Zamora Chinchipe es nueva y agrupa elementos locales con elementos traídos principalmente de la cocina lojana. Uno de los platos típicos es el caldo de corroncho, aunque también destacar los maytos de pescado y palmito, el estofado de guanta, guatusa y danta, el sancocho, las empanadas y el pan de yuca. También se consume la chicha de yuca o plátano. Otros alimentos son las humitas y la chicha shuar.

ATRACTIVOS TURÍSTICOS:

- El parque Nacional Podocarpus
- Parque Binacional el Cóndor
- Los balnearios en los ríos Bombuscaro, Chicaña, Nangaritza y Guadalupe.
- El centro Recreacional Ottawa en Yantzaza,
- La Selva Virgen y los parajes Junto al río Zamora,
- Reserva Ecológica de Patmi
- Cascada La Chismosa,

- Mirador de Quimí,
- Caverna de Quimo, entre otros.

9. METODOLOGÍA

7.1. TIPO DE INVESTIGACION

La presente investigación es de tipo analítica, descriptiva, correlacional y explicativa

7.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

7.2.1. Investigación de campo

Este tipo de investigación será utilizada en el desarrollo de este proyecto al requerir el apoyo de informaciones que proviene de varias fuentes, entre ellas: encuestas y observaciones directas, aplicadas o dirigidas a los participantes e involucrados en las zonas seleccionadas o identificadas de acuerdo al muestreo que se aplique en la provincia de Zamora Chinchipe. Como es compatible desarrollar este tipo de investigación junto a la investigación de carácter documental, primero se consultara las fuentes de carácter documental, a fin de evitar una duplicidad de trabajo.

7.3. CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Para determinar la variabilidad de las variables será necesario realizar un
Muestreo preliminar o piloto que permita tener un primer estimado de la varianza.
Respecto a la precisión de su estimado, esta es fijada por el investigador, a través del tamaño deseado del intervalo de confianza.
Una vez definidos esos dos valores (varianza y tamaño del intervalo), se aplicarán fórmulas para calcular el tamaño de muestra. Para calcular el tamaño de muestra para un grado especifico de precisión, se empleara la proporción error estándar de la media / media aritmética como índice de precisión (D).

n> 2(T/d)2(tα[v]+ tB(1-p)(v))2

Para calcular el tamaño de muestra, se tomará como base de datos todos los hospitales de la provincia de Zamora Chinchipe, se realizará la búsqueda de las personas que presentaron Diagnóstico de Intento autolítico o intento de suicidio en personas de 15 a 24 años durante el año 2015 en la provincia de Zamora Chinchipe, para poder aplicar la encuesta para los casos, tomando en cuenta el lugar y las característica como edad, sexo se buscará las personas para realizar los controles en relación 2 a 1. Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizara el programa EPIDAT v. 3.2 para casos y controles;

NÚMERO DE CASOS A INVESTIGAR: 31
NÚMERO DE CONTROLES A INVESTIGAR: 62

[3] Tamaños de muestra. Estudios de casos y controles. Grupos independientes:

Datos:

Proporción de casos expuestos:	12,700%
Proporción de controles expuestos:	40,000%
Odds ratio a detectar:	0,218
Número de controles por caso:	2
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	31	62	93

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

7.4. ANALISIS DE LA POTENCIA ESTADISTICA

Conjuntamente con el cálculo del tamaño de muestra, se realizara el análisis de potencia estadística, con el fin de que dicho tamaño no sea ni demasiado alto ni demasiado bajo. Ya que al ser demasiado bajo, el experimento carece de precisión para proporcionar respuestas fiables a las preguntas que se está investigando, mientras que al ser demasiado grande, el tiempo y los recursos serán en vano.
De manera general, la potencia deberá ser razonablemente alta para detectar desviaciones mínimas de la hipótesis nula. De lo contrario, el experimento no valdría la pena, por lo que se trabajara con una potencia deseada mínima del 80 %. Para la verificación de la potencia de la muestra se utilizara el software GPower v. 3.1; Minitab v. 17 y Excel (Pita Fernandez).

7.5. Muestreo aleatorio estratificado

La selección de sujetos dentro de cada estrato se realizará aleatoriamente utilizando hojas de cálculo previamente diseñadas en el software Excel. La estratificación se suele hacer en función de diferentes variables o características de interés. Para la investigación se tomará la base de datos de personas a las cuales se dirija la investigación (con intento de suicidio) para la provincia de Zamora Chinchipe. Cada una de estas parroquias tiene características ambientales particulares, por lo que se considerarán cuatro características de interés: altitud, temperatura, precipitación y necesidades básicas insatisfechas. Cada característica de interés será dividida en rangos con el propósito de que cada estrato cumpla con al menos un rango dentro de cada características de interés.

Una vez finalizado el proceso de estratificación y aleatorización se elabora la hoja de ruta para la aplicación del instrumento en campo y la consabida recopilación de información.

7.6. Cálculo de la amplitud del intervalo

Para ordenar los datos numéricos en intervalos, se dividirá el rango de las personas con diagnóstico de intento de suicidio en (**n)** intervalos que se desea establecer. Para ello se ordenan los datos de menor a mayor con el fin de detectar los valores extremos, luego se obtiene la diferencia entre el mayor valor y el menor valor. El valor resultante de esta diferencia servirá para determinar la amplitud que tendrá cada intervalo. Partiendo de toda esta información, se cruzarán los datos y se obtendrá el número de estratos. Dentro de cada estrato se agruparán las parroquias con características de los criterios discriminantes similares. Dentro de cada estrato se aleatorizará la o las parroquias que se deben visitar para completar el número de encuestas.

7.7. Técnicas utilizadas en el proceso de recopilación de la información

• Recopilación de información Primaria, en primera instancia se efectuará una encuesta semiestructurada, dirigida a los participantes e involucrados de la investigación previo consentimiento informado; aquí se solicitará den contestación a los ítems planteados en forma objetiva y concreta.

• Recopilación de Información Secundaria, nos remitiremos a los documentos e información sobre el contexto: trabajos, reportes, mapas, archivos comunitarios, información en línea, donde se haya planteado el tema de la generación, innovación y operatividad de estrategias para la solución de la problemática, esto se realizará para corroborar la datos recopilados de manera primaria.

7.8. Instrumentos

• Encuesta. Para obtener una mejor información y de primera mano de parte de los participantes e involucrados se diseñó (ver anexos) una encuesta semiestructurada, en relación a la temática. La utilización de estas herramientas permitirá alcanzar los objetivos planteados en esta investigación.

• Sistematización, tabulación y análisis de la Información. Se utilizará matrices en base al programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 18 o posterior, las mismas

que permitirán dar validez y confiabilidad a los instrumentos y validar las hipótesis planteadas, cumpliendo lo propuesto en los objetivos.

7.9. Análisis de datos

Una vez realizada la prueba piloto, se tabularán los datos en el programa SPSS, donde:

1) Se establecerá el libro de códigos, fijándose bien en el tipo, etiqueta y medida de las variables.

2) Tomando escalas adecuadas para nuestro caso; "Calidad de vida", en donde las puntuaciones alternativas son "siempre" (4), "frecuentemente" (3), "algunas veces" (2), "Nunca" (1), "no sabe no responde" (0), porque mientras más puntaje obtenga el encuestado, será mejor. Mientras que en un concepto desfavorable:

"debido al número de horas prolongadas que me conecto a 25 Internet ahora tengo disfunciones del sueño" donde la puntuación de las alternativas debería ser a la inversa: "completamente de acuerdo" (1 punto), "de acuerdo" (2), "indiferente" (3), "en desacuerdo" (4) y "completamente en desacuerdo" (5).

Como primera instancia se realizarán las siguientes operaciones:

1) Para el análisis no se considera los datos generales del instrumento aplicado, únicamente las variables útiles (ítems) de cada investigación.

2) Se obtendrá la suma total de todas las variables útiles.

3) Se realizará un análisis de varianza entre todos los ítems y el total.

4) Se realizarán un análisis de correlación ítem – total. El índice de correlación "r" de Pearson varía entre 0 y 1, mientras más alto sea, mayor correlación habrá entre el ítem; y el total. Valores superiores a 0,8 indican buena participación de este ítem en el resultado total. Posterior a ello, se procederán al análisis de Confiabilidad del instrumento que será a través del Alfa de Cronbach y Mitades partidas. Para el Alfa de Cronbach se sigue el procedimiento:

1) Una vez que todos los ítems tengan buena correlación con el total, se calcula el índice de validez o consistencia para instrumentos denominado Alfa de Cronbach. En el caso de obtener valores menores a 0,8 donde incluso cada uno de los ítems tuvo correlación con el total del instrumento, se identificarán los ítems con menor grado de correlación y se los podrá eliminar para que le índice aumente.

2) Para la reducción de ítems ¿qué criterios utilizamos? Se los ordena según el índice de correlación con el resultado total de mayor a menor para eliminar los últimos 10 ítems.

3) No podemos seguir eliminando ítems, por lo que la opción es incrementar el valor del Alfa de Cronbach. Para ello se ordenará nuevamente los ítems, pero no en función del índice de correlación sino según su varianza. Se identificarán y eliminarán los ítems que expresan menor grado de variabilidad, empezando por el último, a medida que se modifique, se calculará nuevamente el Alfa de Cronbach, sucesivamente..

4) Si aun así no se incrementa el Alfa de Cronbach, se reescribirán las preguntas o ítems que tengan menor grado de variabilidad expresado en términos de varianza comenzando por aquel que tenga el menor grado de variabilidad y se reescribirán los últimos 10 ítems, aquellos que tienen menor grado de variabilidad, con la finalidad de ampliar el abanico de respuestas reales de la población, para que el Alfa de Cronbach incremente. Para el procedimiento de las Mitades partidas:

1) Se requiere sólo una aplicación de la medición. Específicamente, el conjunto total de ítems (o componentes) es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas son comparados.

2) Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de ambas mitades deben estar fuertemente correlacionadas. Un individuo con baja puntuación en una mitad, tenderá a tener también una baja puntuación en la otra mitad.

3) La confiabilidad varía de acuerdo al número de ítems que incluya el instrumento de medición. Cuantos más ítems la confiabilidad aumenta. Por último, se realizará la Validez del constructo a través de la Reducción de dimensiones: La dimensión está compuesta por n ítems, que deberían agruparse en un concepto más amplio que abarque a varios de ellos. Entonces, la reducción de dimensiones se refiere a agrupar ítems que pueden representar un concepto más amplio entre todos ellos. El conjunto de ítems que finalmente conforman el instrumento se denominan dimensiones. Un instrumento tiene varias dimensiones y en cada dimensión hay varios ítems.

1) Tenemos que ver si los puntajes de cada dimensión son consistentes con el puntaje total y, si los puntajes de cada ítem son consistentes con el puntaje total de su dimensión.

2) Se debe calcular un Alfa de Cronbach para cada uno de los ítems respecto de su dimensión y también un Alfa de Cronbach para el puntaje de cada dimensión respecto del puntaje total.

3) El procedimiento que permite reducir las dimensiones se denomina análisis factorial: a) análisis factorial exploratorio; y b) análisis factorial confirmatorio.

4) Análisis factorial exploratorio: el propio programa sugiere la agrupación de ítems a los cuales debemos agregarle un título que defina este conjunto, ya que la correlación entre ítems sugiere su asociación numérica y conceptual. Se refiere a la búsqueda de los grupos (dimensiones).

5) Análisis factorial confirmatorio: si se tienen definidos cualitativamente los ítems de cada dimensión, este análisis debe confirmar estas agrupaciones. El número de ítems que conforman cada dimensión no necesariamente debe ser igual, pero sería ideal. La estadística sugerirá que algunos ítems sobran de su dimensión; por ello, aquí también se pierden algunos ítems, para estructurar adecuadamente los ítems que conforman el instrumento.

6) Algunos ítems podrían cambiar de dimensión, de tal modo que se espera muchos menos ítems que conformarán el instrumento final.

7.10. AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizará en la provincia de Zamora Chinchipe, la cual está localizada entre los meridianos de 79º 30` 07” W y 78º 15` 07” W de longitud Oeste y los paralelos 3º 15` 12” S y 5º 05`12” S de latitud Sur, en la región Sur de la Amazonía Ecuatoriana, tiene 10.556 Km2 de superficie, equivalente al 4.4% de la superficie total del país, está constituida por nueve cantones con sus respectivas parroquias.

7.1. Aspectos administrativos

7.1.1. Talento Humano

Postulante: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

7.1.2. Recursos materiales

- computadora
- impresora

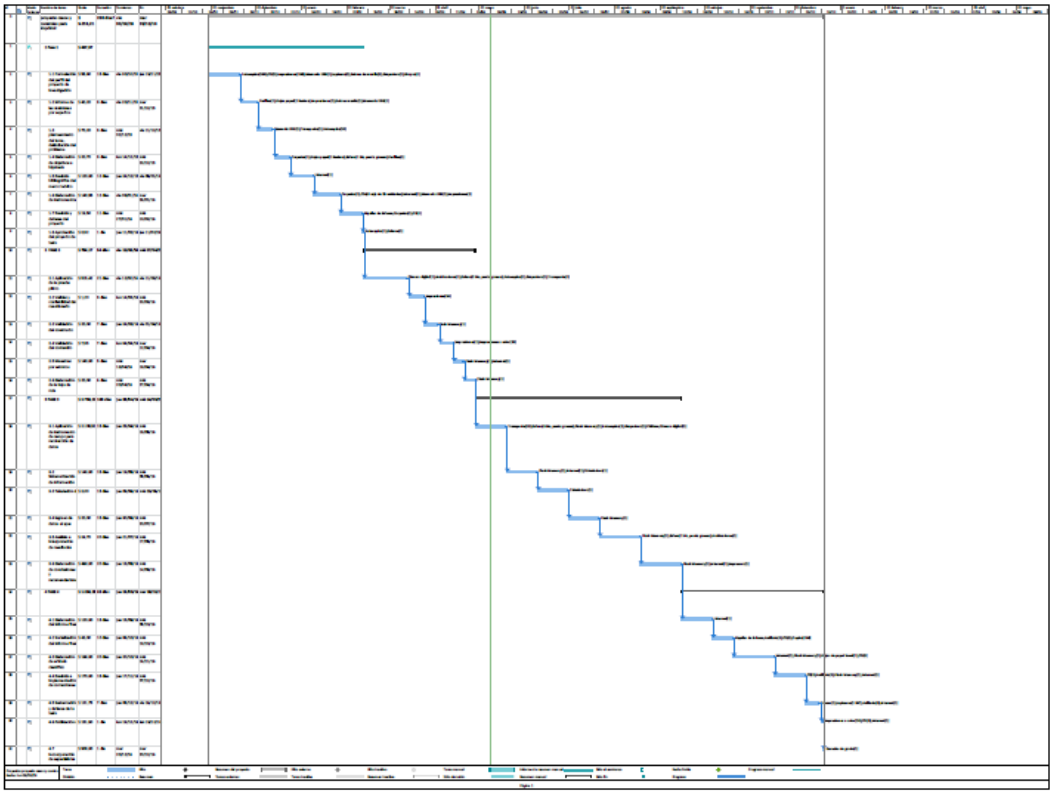
- calculadora
- papel
- CD
- flash memory
- lapiceros
- lápiz
- borradores
- marcadores 1
- marcadores 2
- fotocopias
- impresión
- anillados
- encuadernación
- transporte
- viáticos
- cámara digital
- tablero
- grapadora
- grapas
- clips
- sacapuntas
- sobre manila
- archivadores
- refrigerio
- internet
- tinta para impresora

7.1.3. Recursos financieros

- Asesoría docente interna.
- Asesoría docente externa.
- Transporte
- Hospedaje.
- Alimentación.
- Reproducción de documentos de tesis.
- Empastado de tesis.
- Alquiler de equipos.
- Derechos de graduación.
- Derechos de titulación.

El desarrollo del proyecto de investigación (Tesis de Grado de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria) tendrá un costo aproximado de USD 5215,21

10. CRONOGRAMA



Para la elaboración del cronograma en el proceso de implementación del proyecto de investigación, se empleará el software MS Project v. 2010 y/o posteriores, para lo cual se tiene que seguir paso a paso lo siguiente:

- Se instala el software en la versión correspondiente en el ordenador.
- Se arranca desde el PC el MS Project.
- Iniciamos MS Project con NUEVO PROYECTO.
- Nos dirigimos a VISTA, ESCALA DE TIEMPO (Activamos – Desactivamos).
- Nos dirigimos a la barra de TAREAS, NUEVAS TAREAS: en parte inferior izquierda del monitor haciendo click derecho activamos PROGRAMACIÓN AUTOMÁTICAMENTE.

- Nos dirigimos a la vista PROYECTO, se procede a configurar lo siguiente:

  1.) cambiar tiempo de trabajo, 2.) crear calendario; 3) crear nuevo calendario base, le ponemos un nombre al nuevo calendario base; 4) opciones (general “OK”; mostrar “OK”; programación: 08h00 – 18h00 y valores decimales); 5) revisión “OK”; 6) guardar “OK”; 7) idioma “OK”; 8) avanzado (tasas $ 0,00/d; habilitamos mostrar tarea de resumen del proyecto).

- Retornamos a CALENDARIO
- Semana laboral
- Detalles: establecer dia(s) en estos períodos laborables específicos.
- Lunes a Viernes
- Excepciones (fines de semana y feriados)
- PROYECTO – INFORMACIÓN DE PROYECTO 29
- Fecha de comienzo (seleccionamos la fecha de inicio del proyecto)
- Calendario, seleccionamos el nombre del calendario creado para el proyecto.
- Calendario de actividades – click derecho a los días y seleccionamos escala temporal – ESCALA TEMPORAL
- Período no laborable

- Color
- Trama
- Calendario creado.
- Ponemos los nombres de las TAREAS o actividades que realizaremos en el proyecto.
- JERARQUIZAR – TAREA
- Aplicamos sangrías
- Ubicamos la duración de cada tarea
- VINCULACIÓN
- Vinculamos las tareas (Fin a Comienzo, Comienzo a Comienzo, Fin a Fin).
- Se puede vincular de tres formas diferentes y se modifica con un click en el enlace.
- Se puede insertar HITOS (0 días), al inicio y al fin. Todo lo que es talento humano es gestión y se puede ubicar al final.
- Se vincula el inicio con la primera actividad y la de fin con la última actividad.

11. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Utilizando el MS Project y conociendo todos los recursos que serán utilizados en la implementación del proyecto y el precio unitario del mismos (RECURSOS: Material, Trabajo, Costo) se procede a la asignación de cada recursos en las actividades del proyecto, esto se lo realiza utilizando la hoja de recursos y habilitando en el Diagrama de Gantt la columna costos. Al final de la asignación de los recursos en las actividades del proyecto, se solicita al software emita los informes de presupuesto total, flujo de caja y períodos de desembolsos. Los reportes son exportados al Excel en hojas de cálculo dinámicas, los mismos que pueden ser modificados a conveniencia, tal como se presenta a continuación:

12. FINANCIAMIENTO

El financiamiento se realizará con recursos propios

13.			Datos		
Año	Trimestre	Semana	Costo presupuestado	Costo	Costo real
2015	T4	Semana 44	0,00	3,73	0,00
		Semana 45	0,00	18,63	0,00
		Semana 46	0,00	18,63	0,00
		Semana 47	0,00	19,93	0,00
		Semana 48	0,00	25,12	0,00
		Semana 49	0,00	36,37	0,00
		Semana 50	0,00	43,87	0,00
		Semana 51	0,00	12,94	0,00
		Semana 52	0,00	27,76	0,00
		Semana 53	0,00	40,00	0,00
	Total T4		0,00	247,00	0,00
Total 2015			0,00	247,00	0,00
2016	T1	Semana 53	0,00	10,00	0,00
		Semana 1	0,00	50,00	0,00
		Semana 2	0,00	58,56	0,00
		Semana 3	0,00	58,56	0,00
		Semana 4	0,00	28,74	0,00
		Semana 5	0,00	8,86	0,00
		Semana 6	0,00	30,38	0,00
		Semana 7	0,00	122,72	0,00
		Semana 8	0,00	122,72	0,00
		Semana 9	0,00	122,72	0,00
		Semana 10	0,00	122,72	0,00
		Semana 11	0,00	0,75	0,00

		Semana 12	0,00	6,16	0,00
		Semana 13	0,00	14,29	0,00
	Total T1		0,00	757,19	0,00
	T2	Semana 14	0,00	5,39	0,00
		Semana 15	0,00	86,16	0,00
		Semana 16	0,00	66,00	0,00
		Semana 17	0,00	291,14	0,00
		Semana 18	0,00	702,84	0,00
		Semana 19	0,00	702,84	0,00
		Semana 20	0,00	440,77	0,00
		Semana 21	0,00	47,67	0,00
		Semana 22	0,00	47,67	0,00
		Semana 23	0,00	29,00	0,00
		Semana 24	0,00	1,00	0,00
		Semana 25	0,00	1,00	0,00
		Semana 26	0,00	3,27	0,00
	Total T2		0,00	2.424,74	0,00
	T3	Semana 27	0,00	6,67	0,00
		Semana 28	0,00	6,67	0,00
		Semana 29	0,00	6,47	0,00
		Semana 30	0,00	6,17	0,00
		Semana 31	0,00	6,17	0,00
		Semana 32	0,00	6,17	0,00
		Semana 33	0,00	49,70	0,00
		Semana 34	0,00	115,00	0,00
		Semana 35	0,00	115,00	0,00
		Semana 36	0,00	115,00	0,00
		Semana 37	0,00	85,00	0,00
		Semana 38	0,00	40,00	0,00
		Semana 39	0,00	40,00	0,00
	Total T3		0,00	598,03	0,00
	T4	Semana 40	0,00	32,60	0,00
		Semana 41	0,00	21,50	0,00
		Semana 42	0,00	29,70	0,00
		Semana 43	0,00	42,00	0,00
		Semana 44	0,00	42,00	0,00
		Semana 45	0,00	42,00	0,00
		Semana 46	0,00	47,87	0,00
		Semana 47	0,00	56,67	0,00
		Semana 48	0,00	56,67	0,00
		Semana 49	0,00	71,64	0,00
		Semana 50	0,00	94,11	0,00
		Semana 51	0,00	651,50	0,00
	Total T4		0,00	1.188,25	0,00
Total 2016			0,00	4.968,21	0,00
Total general			0,00	5.215,21	0,00

			Datos	
Año	Trimestre	Semana	Costo	Costo acumulado
2015	T4	Semana 44	3,73	3,73
		Semana 45	18,63	22,36
		Semana 46	18,63	40,99
		Semana 47	19,93	60,92
		Semana 48	25,12	86,05

		Semana 49	36,37	122,42
		Semana 50	43,87	166,30
		Semana 51	12,94	179,24
		Semana 52	27,76	207,00
		Semana 53	40,00	247,00
	Total T4		247,00	247,00
Total 2015			247,00	247,00
2016	T1	Semana 53	10,00	257,00
		Semana 1	50,00	307,00
		Semana 2	58,56	365,56
		Semana 3	58,56	424,12
		Semana 4	28,74	452,87
		Semana 5	8,86	461,73
		Semana 6	30,38	492,11
		Semana 7	122,72	614,83
		Semana 8	122,72	737,55
		Semana 9	122,72	860,27
		Semana 10	122,72	982,99
		Semana 11	0,75	983,74
		Semana 12	6,16	989,90
		Semana 13	14,29	1.004,19
	Total T1		757,19	1.004,19
	T2	Semana 14	5,39	1.009,58
		Semana 15	86,16	1.095,74
		Semana 16	66,00	1.161,74
		Semana 17	291,14	1.452,88
		Semana 18	702,84	2.155,72
		Semana 19	702,84	2.858,56
		Semana 20	440,77	3.299,33
		Semana 21	47,67	3.346,99
		Semana 22	47,67	3.394,66
		Semana 23	29,00	3.423,66
		Semana 24	1,00	3.424,66
		Semana 25	1,00	3.425,66
		Semana 26	3,27	3.428,93
	Total T2		2.424,74	3.428,93
	T3	Semana 27	6,67	3.435,59
		Semana 28	6,67	3.442,26
		Semana 29	6,47	3.448,73
		Semana 30	6,17	3.454,90
		Semana 31	6,17	3.461,08
		Semana 32	6,17	3.467,25
		Semana 33	49,70	3.516,96
		Semana 34	115,00	3.631,96
		Semana 35	115,00	3.746,96
		Semana 36	115,00	3.861,96
		Semana 37	85,00	3.946,96
		Semana 38	40,00	3.986,96
		Semana 39	40,00	4.026,96
	Total T3		598,03	4.026,96
	T4	Semana 40	32,60	4.059,56
		Semana 41	21,50	4.081,06
		Semana 42	29,70	4.110,76
		Semana 43	42,00	4.152,76
		Semana 44	42,00	4.194,76
		Semana 45	42,00	4.236,76
		Semana 46	47,87	4.284,63

		Semana 47	56,67	4.341,29
		Semana 48	56,67	4.397,96
		Semana 49	71,64	4.469,60
		Semana 50	94,11	4.563,71
		Semana 51	651,50	5.215,21
	Total T4		1.188,25	5.215,21
Total 2016			4.968,21	5.215,21
Total general			5.215,21	5.215,21

10. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, J., Cañon, S., & Al, E. (2013). Factor de Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina- Caldas(Colombia), 2012, 127–141.

Alzate, L., Bentacur, M. B., Castaño, J., & Cañon, S. (2012). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios , y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales.

Arias Trujillo, carlos mario, Serna Carmona, I., Castaño Castrilloón, J. J., González aristizabal, amalia I., & Mejía Bedoya, J. D. (2013). Assbasalud ese, m, 142–159.

Beck, A., & Lester, D. (1976). Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. *Journal of Psychology*, *92*(1), 35–38. http://doi.org/10.1080/00223980.1976.9921330

Brådvik, L., & Berglund, M. (2010). Depressive episodes with suicide attempts in severe depression: suicides and controls differ only in the later episodes of unipolar depression. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, *14*(4), 363–367. http://doi.org/10.1080/13811118.2010.524068

Chen, I., Liao, S., Lee, M., Wu, C., Lin, P., & Chen, W. J. (2015). Risk factors of suicide mortality among multiple attempters : A national registry study in Taiwan, (1), 1–8. http://doi.org/10.1016/j.jfma.2015.07.009

Collado, J. P., Collado, T. P., Collado, M. A., & Martínez, G. M. (2014). Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas*, *33*(1), 70–80. Retrieved from http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84907914311&partnerID=tZOtx3y1

Domínguez, M., Betancourt, D., & Cañas, J. L. (2014). CONTROL PARENTAL E INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES MEXICANOS, *5*(46), 240–252.

Educación., C. S. por la. (2012). Diálogo provincial sobre educación ZAMORA.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents : A systematic review of population-based studies, *24*, 957–979. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005

Fernández, M. (2011). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de La Facultad de Medicina. UNAM*, *I*, 5.

Galvis, Y. T. de, Zapata, C. S., Valencia, A. M., Mendoza, M. F. L., & Ceballos, Y. L. (2013). Conducta suicida y calidad de vida en Medellín, año 2011: un análisis exploratorio (Suicide behavior and quality of life in Medellín, 2011: An exploratory analysis)(Comportamento suicida e qualidade de vida em Medellín, 2011: Uma análise exploratória). *Revista CES Salud Pública*, *4*(1), 12–24. Retrieved from http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2527

Gijón, E. (2013). *"sobrevivientes del suicida."*

Gordillo Campoverde, J. N., & Farez Orrego, X. A. (2014). *PREVALENCIA DEL INTENTO AUTO LÍTICO Y SUICIDIO CONSUMADO EN EL HOSPITAL AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA, MAYO –OCTUBRE 2014*.

Imaz, J. A. G. (2014). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psyquiatria*, *3*(S 1), 71–79. http://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.009

Jorge V. Reyes Jaramillo, P. F. R. C. (2015). Evolución y tendencias poblacionales en la Región Sur del Ecuador, Período 1950 - 2010. *CEDAMAZ*, *6*, *Nro.1*, 54–67.

Lewandowski, C. M., & Co-investigator, N. (2015). La Depresión y el suicidio en niños, adolescentes

y jóvenes. *The Effects of Brief Mindfulness Intervention on Acute Pain Experience: An Examination of Individual Difference*, *1*, 1689–1699. http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Lopez, I. (2013). *TIPOLOGÍA Y COMUNICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES DE 9 A 16 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN , QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA EN EL H . G . R . 220 CON MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS , DE Tipología y comunicación familiar en pacientes de 9 a 16 años co*.

MA, N. V. (2012). Associations between family suicide and personal suicidal behaviour among youth in KwaZulu-Natal , South Africa, *54*(3), 244–249. http://doi.org/10.1080/20786204.2012.10874222

Maddaleno, M., Morello, P., Infante-espínola, F., Ed, M., Maddaleno, M., & Morello, P. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe : desafíos para la próxima década, *45*.

Patricia, F.-A. A., & Manuel, M.-E. J. (n.d.). *VALIDATION OF AN INSTRUMENT OF FAMILY*.

Pi, M., Gonz, C., Jim, A., & Mondrag, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014 : análisis y perspectivas, *25*(55), 62–69. http://doi.org/10.15174/au.2015.855

Rey, I. H. Del, & Blasco, J. J. L. (2001). Prevención del Suicidio, *3*, 53.55.

Sarmiento S, C., & Aguilar V, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Journal de Psicología Y Salud*, *21*(1), 25–30.

Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, R. M., & Dougherty, D. M. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & Human Development*, *15*(4), 368–83. http://doi.org/10.1080/14616734.2013.782649

Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción, 320–328.

Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en. *Revista Neuropsiquiatria*, *75*(1), 19–28.

Vicente Muelas, N., & Ochoa Mangado, E. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatria.Com*, *11*(3), 15.

Álvarez, J., Cañon, S., & Al, E. (2013). Factor de Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina- Caldas(Colombia), 2012, 127–141.

Alzate, L., Bentacur, M. B., Castaño, J., & Cañon, S. (2012). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios , y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales.

Arias Trujillo, carlos mario, Serna Carmona, I., Castaño Castrilloón, J. J., González aristizabal, amalia I., & Mejía Bedoya, J. D. (2013). Assbasalud ese, m, 142–159.

Beck, A., & Lester, D. (1976). Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. *Journal of Psychology*, *92*(1), 35–38. http://doi.org/10.1080/00223980.1976.9921330

Brådvik, L., & Berglund, M. (2010). Depressive episodes with suicide attempts in severe depression: suicides and controls differ only in the later episodes of unipolar depression. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, *14*(4), 363–367. http://doi.org/10.1080/13811118.2010.524068

Chen, I., Liao, S., Lee, M., Wu, C., Lin, P., & Chen, W. J. (2015). Risk factors of suicide mortality

among multiple attempters : A national registry study in Taiwan, (1), 1–8. http://doi.org/10.1016/j.jfma.2015.07.009

Collado, J. P., Collado, T. P., Collado, M. A., & Martínez, G. M. (2014). Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas*, *33*(1), 70–80. Retrieved from http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84907914311&partnerID=tZOtx3y1

Domínguez, M., Betancourt, D., & Cañas, J. L. (2014). CONTROL PARENTAL E INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES MEXICANOS, *5*(46), 240–252.

Educación., C. S. por la. (2012). Diálogo provincial sobre educación ZAMORA.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents : A systematic review of population-based studies, *24*, 957–979. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005

Fernández, M. (2011). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de La Facultad de Medicina. UNAM*, *I*, 5.

Galvis, Y. T. de, Zapata, C. S., Valencia, A. M., Mendoza, M. F. L., & Ceballos, Y. L. (2013). Conducta suicida y calidad de vida en Medellín, año 2011: un análisis exploratorio (Suicide behavior and quality of life in Medellín, 2011: An exploratory analysis)(Comportamento suicida e qualidade de vida em Medellín, 2011: Uma análise exploratória). *Revista CES Salud Pública*, *4*(1), 12–24. Retrieved from http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2527

Gijón, E. (2013). *"sobrevivientes del suicida."*

Gordillo Campoverde, J. N., & Farez Orrego, X. A. (2014). *PREVALENCIA DEL INTENTO AUTO LÍTICO Y SUICIDIO CONSUMADO EN EL HOSPITAL AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA, MAYO –OCTUBRE 2014*.

Imaz, J. A. G. (2014). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psyquiatria*, *3*(S 1), 71–79. http://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.009

Jorge V. Reyes Jaramillo, P. F. R. C. (2015). Evolución y tendencias poblacionales en la Región Sur del Ecuador, Período 1950 - 2010. *CEDAMAZ*, *6*, *Nro.1*, 54–67.

Lewandowski, C. M., & Co-investigator, N. (2015). La Depresión y el suicidio en niños, adolescentes y jóvenes. *The Effects of Brief Mindfulness Intervention on Acute Pain Experience: An Examination of Individual Difference*, *1*, 1689–1699. http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Lopez, I. (2013). *TIPOLOGÍA Y COMUNICACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES DE 9 A 16 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN , QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA EN EL H . G . R . 220 CON MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS , DE Tipología y comunicación familiar en pacientes de 9 a 16 años co*.

MA, N. V. (2012). Associations between family suicide and personal suicidal behaviour among youth in KwaZulu-Natal , South Africa, *54*(3), 244–249. http://doi.org/10.1080/20786204.2012.10874222

Maddaleno, M., Morello, P., Infante-espínola, F., Ed, M., Maddaleno, M., & Morello, P. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe : desafíos para la próxima década, *45*.

Patricia, F.-A. A., & Manuel, M.-E. J. (n.d.). *VALIDATION OF AN INSTRUMENT OF FAMILY*.

Pi, M., Gonz, C., Jim, A., & Mondrag, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014 : análisis y perspectivas, *25*(55), 62–69.

http://doi.org/10.15174/au.2015.855

Rey, I. H. Del, & Blasco, J. J. L. (2001). Prevención del Suicidio, *3*, 53.55.

Sarmiento S, C., & Aguilar V, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Journal de Psicología Y Salud*, *21*(1), 25–30.

Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, R. M., & Dougherty, D. M. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & Human Development*, *15*(4), 368–83. http://doi.org/10.1080/14616734.2013.782649

Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción, 320–328.

Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en. *Revista Neuropsiquiatria*, *75*(1), 19–28.

Vicente Muelas, N., & Ochoa Mangado, E. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatria.Com*, *11*(3), 15.

ANEXOS

Anexo 1. Calculando el poder

- Calculando el poder
- Determina el tipo de análisis del poder que necesitas. Es posible que tengas ya sea un análisis post hoc, donde se han recogido los datos ya y quieres saber la potencia de tu análisis o un análisis a priori, en el que deseas conocer la cantidad de datos a recoger para lograr un cierto poder.
- Descarga y ejecuta G * Power, un programa gratuito para Mac y PC desarrollado en la Universidad de Nueva York (ver Recursos).
- Selecciona el tipo de análisis que estás llevando a cabo a partir de los menús desplegables "Test family" y "Statistical test".
- Selecciona "A priori" o "Post Hoc" en tu caso del menú desplegable "Type of power analysis".
- Escribe la información correspondiente en los campos de la sección "Input parameters". Para las pruebas a priori, tienes que introducir el tamaño del efecto, dado como coeficiente r de Pearson, la potencia que deseas lograr y el nivel alfa se utilizas. El alfa es el punto de corte para la significación estadística utilizada en el análisis, por ejemplo, 0,05 en MEDICINA. Para las pruebas post hoc, deberás introducir el tamaño de la muestra del experimento, el tamaño del efecto que lograste, dado como coeficiente r de Pearson y el nivel alfa utilizado. Para ambas pruebas, a priori y post hoc, utiliza el menú desplegable para indicar si la prueba era de una cola o dos colas.
- Haz click en "Calculate" el botón de abajo a la derecha.
- Lee el resultado en la parte inferior derecha de la pantalla. Para una prueba a priori, el software presenta el tamaño total de la muestra que necesita para alcanzar el nivel deseado de potencia. Para una prueba post hoc, se obtiene la potencia observada del análisis que ha realizado.

Anexo 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título de la investigación: LA FUNCIÓN FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL INTENTO AUTOLÍTICO EN PERSONAS DE 15 A 24 AÑOS, EN LA PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE

Nombre del Investigador Principal: Md. Maritza Jhoanna Mosquera González

Nombre del participante……

Edad: ……

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:

La médica Maritza Jhoanna Mosquera González es estudiante de tercer año, de la Especialización de Medicina Familiar y Comunitaria de la Ciudad de Loja Labora, actualmente, en el centro de salud El Pangui. La presente investigación la realiza con la intención de obtener su título de especialista y espera alcanzar mayores conocimientos sobre el estado de bienestar de las personas con discapacidad y su entorno familiar

El que suscribe: _____, está de acuerdo en participar en el estudio: Función Familiar y su relación con el intento autolítico en personas de 15 a 24 años de edad, en la provincia de Zamora Chinchipe; así mismo estoy de acuerdo en que se me realice cualquier tipo de interrogatorio.

Para dar este consentimiento he tenido una explicación amplia de la investigadora: Maritza Jhoanna Mosquera González y su tutor quienes me han informado:

- Los aspectos que están incluidos en el estudio.
- La necesidad que se tiene de nuestra colaboración.
- Mi participación en la investigación es absolutamente voluntaria y el hecho de no aceptar no influirá en mis relaciones con el médico, los que me seguirán atendiendo según las normas de la institución y sociedad.
- En cualquier momento puedo retirarme del estudio sin que tenga que dar explicación alguna.
- Y para que así conste de forma libre y voluntaria firmo este consentimiento junto al investigador que me brinda la explicación a los _____ días del mes de_____ del año 20___.

Padre o Representante_____Firma_____

Participante _____Firma_____

Investigador Md. Maritza Jhoanna Mosquera González Firma_____

ANEXO 3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1. Variable Independiente. Funcionalidad familiar

Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
Funcionalidad familiar	Cohesión	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.	Funcional Disfuncional
	Armonía	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.	
	Comunicación	Los miembros de la familia son capaces de trasmitir sus experiencias de forma clara y directa.	
	Permeabilidad	Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones	
	Afectividad	Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.	
	Roles	Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.	
	Adaptabilidad	Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera	

Tabla 2. Variables Dependientes e intervinientes:

Definición conceptual	**Definición**	**Dimensiones**	**Indicador**
Intento autolítico	Intento fallido de autoeliminarse	Si No	Porcentaje
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Personas que presentaron y no presentaron intento autolítico y suicidio consumado	Edad cumplida en años
Estado civil	Condición de una persona de si tiene o no pareja y su situación legal	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Porcentaje

«Sexo»	características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Masculino Femenino	Número de hombres y mujeres que presentaron y no presentaron intento autolítico
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Mestiza Indigena Shuar Ashuar	Porcentaje

ANEXO 4. HOJA DE RUTA PARA RECOLECTAR DATOS

DESCRIPCIÓN	HOSPITALES DE INVESTIGACIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	HORA DE INICIO	HORA DE FIN	TOTAL HORAS
	HOSPITAL ZUMBA	16 de mayo	16 de mayo	08h00	13h00	5 horas
	Aplicación del instrumento en Zumba	16 de mayo	16 de mayo	14h00	18h00	4horas
	Aplicación del instrumento en Zumba	17 de mayo	17 de mayo	08h00	18h00	8 horas
	Aplicación del instrumento en Palanda	18 de mayo	18 de mayo	08h00	18h00	8horas
	Aplicación del instrumento en Palanda	19 de mayo	19 de mayo	08h00	18h00	8horas
	HOSPITAL ZAMO RA	20 de mayo	20 de mayo	8h00	13h00	8horas
	Aplicación del instrumento en Zamora	20 de mayo	20 de mayo	14h00	18h00	4horas
	Aplicación del instrumento en C. CONDOR	21 de mayo	21 de mayo	08h00	18h00	8 horas
	Aplicación del instrumento en PAQUISHA	22 de mayo	22 de mayo	08h00	18h00	8 horas
	Aplicación del instrumento en Nangaritza	23 de mayo	23 de mayo	08h00	18h00	8 horas
	HOSPITAL YANTZAZA	24 de mayo	24 de mayo	8h00	13h00	5horas
	Aplicación del instrumento en Yantzaza	25 de mayo	25 de mayo	08h00	18:00	8h00
	Aplicación del instrumento en Pangui	26 de mayo	26 de mayo	08h00	18:00	8h00
	Aplicación del instrumento en Yacuambi	27 de mayo	27 de mayo	08h00	18h00	8h00