UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", año lectivo 2022-2023

Trabajo de titulación previa a la obtención del título de Médico General

Autora

Yajaira Lizbeth Cueva Ruales

Directora

Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mgs. Sc

Loja – Ecuador

2022

Certificación del director del trabajo de titulación

Loja, 28 de julio de 2022

Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mgs. Sc
DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifica que:

El presente trabajo previo a la obtención de título de Médico General de autoría del estudiante Yajaira Lizbeth Cueva Ruales, titulado **Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" año lectivo 2022-2023**, ha sido dirigido y revisado durante su ejecución, por lo que autorizo su debida presentación.

Atentamente:

Firmado electrónicamente por:
SANDRA
KATERINE MEJIA
MICHAY

Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mgs. Sc
DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Autoría

Yo, **Yajaira Lizbeth Cueva Ruales**, declaro ser autora del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma: Firmado electrónicamente por: YAJAIRA LIZBETH CUEVA RUALES

Autora: Yajaira Lizbeth Cueva Ruales

C.I: 1150210399

Fecha: Loja, 02 de septiembre del 2022

Correo electrónico: yajaira.cueva@unl.edu.ec

Teléfono: 0982836172

Carta de autorización

Yo, Yajaira Lizbeth Cueva Ruales, declaro ser autora del trabajo de titulación titulado **Ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", año lectivo 2022-2023,** como requisito para optar por el título de Médico General y autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre 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 Repositorio Digital Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero.

Por constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 02 días del mes de septiembre del 2022.

Firma: Firmado electrónicamente por: YAJAIRA LIZBETH CUEVA RUALES

Autora: Yajaira Lizbeth Cueva Ruales

Cédula de identidad: 1150210399

Dirección: Av. Teniente Maximiliano Rodriguez y Shyris.

Correo electrónico: yajaira.cueva@unl.edu.ec

Celular: 0982836172

Datos Complementarios:

Directora del trabajo de titulación: Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mgs. Sc

Tribunal de grado:

Presidenta del tribunal: Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna

Miembro del tribunal: Dra. Yadira Patricia Gavilanes Cueva

Miembro del tribunal: Dra. María Susana Gonzalez García

Dedicatoria

Con todo mi cariño y mi amor para Dios y a todas las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre, mi corazón y agradecimiento.

Mi familia

Agradecimiento

De todo corazón y de la manera más sincera quiero extender mi profundo agradecimiento a quienes hicieron posible la culminación de este trabajo investigativo:

A la Universidad Nacional de Loja por permitir mi desarrollo académico.

A todos los profesionales de la Carrera que apoyaron mi formación universitaria.

A la Dra. Sandra Mejía quien gracias a su conocimiento profesional me orientó y fue guía en el desarrollo de este trabajo.

Al Colegio de Bachillerato "La Tingue" por abrirme las puertas para la realización de este proyecto, y en especial a su rector, Lic. Walter Cueva quien me brindó la autorización necesaria para la presente investigación.

Y en general, a todas las personas que de una u otra manera me ofrecieron su valiosa ayuda, que permitió concluir con éxito este aporte investigativo.

Gracias

Índice de contenidos

Portada i
Certificación del director del trabajo de titulación ii
Autoría iii
Carta de autorización iv
Dedicatoria v
Agradecimiento vi
Índice de contenidos vii
Índice de figuras x
Índice de tablas xi
Índice de anexos xii
1. Título 1
2. Resumen 2
2.1 Abstract 3
3. Introducción 4
4. Marco teórico 6
4.1 Adolescencia 6
4.1.1 Definición. 6
4.1.2 Cambios durante la adolescencia. 6
4.1.2.1 Desarrollo hormonal. *6*
4.1.2.2 Desarrollo físico. *7*
4.1.2.3 Desarrollo psicológico. *8*
4.1.2.4 Desarrollo social. *10*
4.1.3 Distinguir lo normal de lo patológico. 11
4.1.4 Disfuncionalidad familiar como factor de riesgo en la adolescencia 12
4.2 Funcionalidad familiar 13
4.2.1 Definición. 13
4.2.2 Parámetros básicos de la funcionalidad familiar. 14
4.2.2.1 Adaptación. *14*
4.2.2.2 Participación. *14*
4.2.2.3 Ganancia o crecimiento. *14*
4.2.2.4 Afecto. *14*
4.2.2.5 Recursos. *14*

4.2.3 Familia funcional. **14**
4.2.4 Familia disfuncional. **15**
4.2.5 Evaluación de la funcionalidad familiar. **15**
4.2.5.1 Escala APGAR Familiar. **15**
4.2.6 Funcionalidad familiar como factor de riesgo para el suicidio. **16**
4.3 Proceso suicida **17**
4.3.1 Momentos del proceso suicida. **17**
4.4 Ideación suicida **18**
4.4.1 Definición. **18**
4.4.2 Epidemiología. **18**
4.4.3 Clasificación **19**
4.4.5 Factores de riesgo. **20**
4.4.5.1 Problemas emocionales y trastornos afectivos. ***20***
4.4.5.2 Consumo de sustancias. ***21***
4.4.5.3 Relaciones interpersonales e interacciones familiares. ***21***
4.4.5.4 Acoso. ***21***
4.4.6 Factores protectores. **22**
4.4.7 Diagnóstico **22**
4.4.7.1 Escala de ideación suicida de Beck (Scale For Suicide Ideation) (SSI). **23**
4.4.8 Tratamiento. **24**
4.4.9 Prevención. **25**
5. Metodología **26**
5.1 Enfoque **26**
5.3 Período **26**
5.4 Unidad de estudio **26**
5.5 Universo **26**
5.5 Muestra **26**
5.6 Criterios de inclusión **27**
5.7 Criterios de exclusión **27**
5.8 Técnicas **27**
5.9 Instrumentos **27**
5.9.1 Consentimiento informado (Anexo 6). **27**
5.9.2 Asentimiento informado (Anexo 7). **27**

5.9.3 Escala APGAR Familiar (Anexo 8). **28**
5.9.4 Escala de ideación suicida de Beck (Anexo 9). **29**
5.10 Procedimiento **30**
5.11 Análisis estadístico **31**
6. Resultados **32**
6.1 Resultados para el primer objetivo **33**
6.2 Resultados para el segundo objetivo **34**
6.3 Resultados para el tercer objetivo **35**
7. Discusión **37**
8. Conclusiones **39**
9. Recomendaciones **40**
10. Bibliografía **41**
11. Anexos **47**

Índice de figuras

Figura 1. Colegio de Bachillerato "La Tingue", Acnelio Granda y 14 de Julio, parroquia La Tingue, cantón Olmedo, Loja, Ecuador. Obtenido de Google Earth el 27 de Julio de 2022. 26

Índice de tablas

Tabla 1. Estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" por grupos de sexo y edad, año lectivo 2022-2023 32

Tabla 2. Funcionalidad familiar en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" según sexo y grupo de edad, año lectivo 2022-2023 33

Tabla 3. Ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" según sexo y grupo de edad, año lectivo 2022-2023 34

Tabla 4. Relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida en los estudiantes del Colegio del Bachillerato "La Tingue, año lectivo 2022-2023. 35

Tabla 5. Relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida según Chi cuadrado y V de Cramér, en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", año lectivo 2022-2023. 36

Índice de anexos

Anexo 1. Aprobación y pertinencia del trabajo de titulación 47
Anexo 2. Designación de director del trabajo de titulación 48
Anexo 3. Autorización de recolección de datos 49
Anexo 4. Autorización de recolección de datos por parte del Colegio de Bachillerato "La Tingue" 50
Anexo 5. Certificación Resumen en inglés 52
Anexo 6. Certificación de correcciones 53
Anexo 7. Consentimiento informado 54
Anexo 8. Asentimiento informado 56
Anexo 9. Escala APGAR Familiar 57
Anexo 10. Escala de ideación suicida de Beck adaptada por Bobadilla 58
Anexo 11. Resultados Escala Apgar Familiar 59
Anexo 12. Resultados Escala Ideación Suicida de Beck adaptada por Bobadilla 60
Anexo 13. Proyecto de Trabajo de titulación 61

1. Título

Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue”, año lectivo 2022-2023

2. Resumen

Una familia funcional brinda un ambiente apropiado y el apoyo necesario para el desarrollo adecuado e integral del adolescente, alejándolo del ejercicio de conductas que ponen en riesgo su bienestar físico, psicológico y social. Por el contrario, una familia disfuncional predispone en el adolescente a situaciones de angustia, y estrés que pueden culminar en la aparición de pensamientos suicidas. Los objetivos del presente estudio fueron conocer el grado de funcionalidad familiar, identificar el nivel de ideación suicida de los estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" según sexo y grupo de edad, y establecer la relación entre estas variables. Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. La población incluyó a 32 estudiantes en quienes se empleó la escala Apgar Familiar y la escala de Ideación Suicida de Beck adaptada por Bobadilla. Obteniendo que el 46,88% (n=15) corresponden a hombres y 53,13% (n=17) a mujeres. Respecto a la funcionalidad familiar el 59,38% mostró disfunción familiar leve, con 21,88 % correspondiente a mujeres entre los 14 a 16 años de edad. Se encontró 62,50% de niveles bajos de ideación suicida, con 15,63% a hombres y 12,50% a mujeres. ambos entre los 14 a 16 años de edad. El 59,38% de la población que mostró disfunción familiar leve evidenció 40,63% de niveles bajos de ideación suicida. El análisis estadístico mostró un chi cuadrado de 22,69, mayor al valor crítico calculado de 16,81 con una significancia de 0,01, demostrando que existe relación entre las variables funcionalidad familiar e ideación suicida.

***Palabras claves*:** Pruebas psicológicas, adolescencia, salud mental.

2.1 Abstract

A functional family provides an appropriate environment and the necessary support for the proper and comprehensive development of the adolescent, away from the exercise of behaviors that put their physical, psychological and social well-being at risk. On the contrary, a dysfunctional family predisposes the adolescent to situations of anguish and stress that can culminate in the appearance of suicidal thoughts. The objectives of this study were to determine the degree of family functionality, to identify the level of suicidal ideation of the students of the "La Tingue" High School according to sex and age group, and to establish the relationship between these variables. A study was carried out with a quantitative approach, descriptive, observational, cross-sectional and prospective. The population included 32 students in whom the Family Apgar scale and the Beck Suicidal Ideation scale adapted by Bobadilla were used. Obtaining that 46.88% (n=15) correspond to men and 53.13% (n=17) to women. Regarding family functionality, 59.38% showed mild family dysfunction, with 21.88% corresponding to women between 14 and 16 years of age. Low levels of suicidal ideation were found in 62.50%, with 15.63% in men and 12.50% in women. both between 14 to 16 years of age. The 59.38% of the population that showed mild family dysfunction showed 40.63% low levels of suicidal ideation. Statistical analysis showed a chi square of 22.69, greater than the calculated critical value of 16.81 with a significance of 0.01, demonstrating that there is a relationship between the variables family functionality and suicidal ideation.

Keywords: Psychological tests, adolescence, mental health.

3. Introducción

La funcionalidad familiar se define como la capacidad que posee el sistema familiar para satisfacer las necesidades de sus miembros, adaptarse y enfrentar las situaciones de cambio y crisis. Una familia funcional es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus integrantes, solucionar conflictos, así como propiciar un ambiente y estado de salud favorable. (Quezada, Hernández, Hernández, Martinez, & Guerrero, 2021)

En la adolescencia se adquieren los principales modelos de conducta, normas de convivencia, se establecen las relaciones interpersonales e interacciones con la sociedad, es así que la familia cumple un rol fundamental. Una familia funcional constituye la base para el desarrollo adecuado del adolescente, desde un punto de vista integral. Por el contrario, si la familia es disfuncional, con vínculos afectivos inadecuados, existen mayores probabilidades de que el adolescente presente dificultades para desenvolverse en su entorno, interactuar con sus pares e incluso fomentar la aparición de pensamientos que pueden culminar en conductas de riesgo como el suicidio. (Huamaní, Márquez, Saavedra, Calle, & Hernández, 2021) (Ruiz & Rivas, 2017)

El suicidio se define como el acto letal ejecutado por la propia víctima teniendo como objetivo la muerte. Todo empieza con la ideación suicida, un marcador de vulnerabilidad, que es el pensamiento acerca de quitarse la vida, con o sin planificación o método, y que puede desencadenar un intento de suicidio. (Cañón & Carmona, 2018) En Ecuador es un problema de salud importante, cada año más de mil ecuatorianos se quitan la vida, correspondiendo la mitad de los suicidios a adolescentes y jóvenes menores de 30 años. (Organizacion Mundial de la Salud, 2021) En 2020, se presentaron un total de 97 muertes de etiología suicida en adolescentes, de las cuales 30 casos corresponden a edades entre 10 a 14 años, y 67 casos entre los 15 a 19 años. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2021)

Los pensamientos suicidas son frecuentes en la adolescencia, especialmente cuando existe un factor de estrés importante, la mayoría de las veces son transitorios, sin embargo, cuando estos pensamientos son intensos y prolongados aumentan el riesgo de presentar una conducta suicida. La presencia de estas ideas se asocia con un mayor riesgo de futuros intentos de suicidio y es, en sí, un signo importante de angustia psicológica y requiere atención adicional. (Amaral, y otros, 2020)

Los factores de riesgo asociados con la ideación suicida en la adolescencia son multifacéticos. Los problemas de funcionamiento familiar forman parte de este grupo y pueden influir en la descompensación de la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en la aparición de comportamientos que pongan en riesgo la salud socioemocional del adolescente. (Castro,

Maldonado, & Pilar, 2020) Los estudios respecto a la asociación entre funcionalidad familiar y la presencia de ideas suicidas en los adolescentes son escasos en nuestro medio, más aún en la provincia y ciudad de Loja, donde cada vez es mayor el número de jóvenes víctimas de suicidio. (El Universo, 2022)

La presente investigación se enmarca en la segunda línea de investigación de la carrera de Medicina: Salud enfermedad del niño y adolescente de la región sur del Ecuador o Zona 7, teniendo como principal finalidad contribuir con la detección temprana de conductas que puedan tener un desenlace fatal, teniendo en cuenta que, los resultados brindarán una perspectiva general de la situación de los adolescentes a la cual está dirigido, y permitirá una intervención oportuna así como la aplicación de medidas de prevención en caso de encontrar hallazgos relevantes, además servirá como precursor para estudios futuros ya sea para la aplicación en un grupo poblacional más extenso o para cotejar con otras investigaciones.

El conocimiento de las características personales y familiares de los menores que intentan suicidarse aporta elementos importantes para el análisis de los mecanismos involucrados en este problema. Con todo lo mencionado, el objetivo general de este trabajo fue determinar la relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida en los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue”, año lectivo 2022-2023 y se planteó como objetivos específicos: Conocer el grado de funcionalidad familiar de los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue” según sexo y grupo de edad; identificar el nivel de ideación suicida de los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue” según sexo y grupo de edad, y establecer la relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida en los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue”.

4. Marco teórico

4.1 Adolescencia

4.1.1 Definición. La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como la fase la vida que va desde la niñez a la edad adulta, un período de crecimiento comprendido entre los 10 y 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la identidad futura. (Organización mundial de la Salud, 2021)

El término adolescencia etimológicamente proviene del verbo adolecer y este a su vez posee dos significados, uno relacionado con el tener cierto defecto y el otro asociado al crecimiento y maduración. Es una etapa de intensos cambios corporales, psicológicos, emocionales y sociales. Inicia con la pubertad, un proceso de desarrollo biológico, y termina alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial. (Guemes-Hidalgo, Ceñal González-Fierro, & Hidalgo Vicario, 2017)

4.1.2 Cambios durante la adolescencia. La adolescencia comprende una etapa de grandes cambios respecto a varias dimensiones, como su sistema biológico, la percepción de sí mismo, así como del entorno que lo rodea, es por ello que es importante detallar cada uno de ellos. (Graber, 2019)

4.1.2.1 Desarrollo hormonal. Los cambios hormonales son mayormente debidos a la interacción entre el sistema nervioso central, hipotálamo, hipófisis, gónadas y glándulas suprarrenales, mediados por la influencia de factores genéticos y ambientales.

En la pubertad se produce la activación del eje hipotálamo-hipofisiario, dando lugar a un aumento en la producción de la hormona liberadora de la hormona del crecimiento y a su vez de hormona del crecimiento (GH). Además, inicia la secreción pulsátil de las gonadotrofinas (hormona luteinizante y hormona folículo estimulante) y de la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH). En la infancia y la época prepuberal, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y las gonadotropinas hipofisarias están contenidas por acción de mecanismos inhibidores del sistema nervioso central y por una alta sensibilidad a la retroalimentación negativa de los esteroides gonadales, de modo que aún con niveles muy bajos, son capaces de frenar la producción de GnRH. (Guemes-Hidalgo, Ceñal González-Fierro, & Hidalgo Vicario, 2017)

La pubertad comienza con una disminución de la sensibilidad de las neuronas hipotalámicas productoras de hormona liberadoras de gonadotropinas (GnRH) a la inhibición ejercida por los esteroides gonadales. De esta forma, se van incrementando la secreción y los pulsos de GnRH, actuando esta sobre la hipófisis y estimulando así la secreción de gonadotropinas (FSH y LH),

las cuales a su vez estimulan la gónada, con el consiguiente incremento en la producción de andrógenos y estrógenos, factores necesarios para el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, tantos masculinos como femeninos. (Guzman, 2017)

Entre los 6–8 años de edad se produce la adrenarquia o maduración de las glándulas suprarrenales, esta inicia unos 2 años antes que el aumento de los esteroides gonadales, y es independiente del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y se encargan de la secreción de esteroides androgénicos, que posteriormente se transforman en estrógenos y andrógenos. (Romano & Pedernera, 2022)

4.1.2.2 Desarrollo físico. El comienzo y la progresión de la pubertad varían de un adolescente a otro. Los cambios físicos que se producen se pueden detallar en 4 grupos importantes, estos son: aceleración y desaceleración del crecimiento, cambios de la composición corporal con el desarrollo de órganos y sistemas, adquisición de la masa ósea, así como la maduración sexual. (Fondo de las naciones unidas para la infancia, 2021)

4.1.2.2.1 Crecimiento y desarrollo. Existe una desaceleración del desarrollo físico que precede al pico de máxima velocidad de crecimiento, y que suele acontecer entre los 12 y 13 años en las mujeres y entre los 14 y 15 años en los hombres. En ambos sexos, durante el segundo año de lo que se suele denominar "estirón" es cuando el incremento de la talla en cm es mayor. Cabe destacar que cada persona tiene su propio patrón de desarrollo, pero cuanto más precoz es la edad de comienzo de la pubertad la ganancia de talla durante la misma es mayor. El crecimiento puberal no es armónico, sino que se da por «segmentos», inicialmente el segmento inferior y con un orden de crecimiento de distal a proximal. La talla definitiva se alcanza entre los 16–17 años en las mujeres y puede retrasarse hasta los 21 años en los hombres. (Graber, 2019)

4.1.2.2.2 Cambios de la composición corporal y el desarrollo de sistemas y órganos. El aumento de peso durante la pubertad llega a suponer alrededor del 50% del peso ideal del adulto. Las adolescentes acumulan más grasa que los hombres, predominando en ellos el crecimiento óseo y muscular, teniendo como resultado un cuerpo más magro en los varones.

4.1.2.2.3 Maduración sexual. Los caracteres sexuales secundarios, tanto en el sexo masculino como en el femenino, dependen de la estimulación androgénica, salvo el desarrollo mamario, que depende del estímulo estrogénico. Su aparición, adelantada o retrasada, frente al grupo de iguales es muy importante para el adolescente, pudiendo ocasionarle problemas de autoestima. El primer signo de la pubertad en las mujeres es el botón mamario, que suele aparecer a los 11 años; el tiempo en el que completan la pubertad las niñas es de unos 4 años, pero puede variar de 1,5 a 8 años. En cambio, en los hombres la primera manifestación de

desarrollo puberal es el aumento del tamaño testicular y de la bolsa escrotal, que ocurre usualmente a los 13 años. Basándose en el desarrollo de órganos genitales y caracteres sexuales secundarios Tanner (1962) estableció una clasificación en 5 estadios, que se sigue utilizando actualmente para valorar la maduración sexual. (Guzman, 2017)

4.1.2.3 Desarrollo psicológico. La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo psicológico de una persona, pues es el periodo en el que se forja su personalidad, se afianza su identidad sexual y se conforma su sistema de valores. Es una época que se puede denominar como una revolución de pensamientos, que se dan entre la concepción que tiene el adolescente de sí mismo, y su manera de responder y desarrollarse con su entorno. (Rodriguez Molinero, El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios, 2017)

Desde el punto de vista fenomenológico, la psique del adolescente se halla en un proceso de consolidación, en el que ha de darse la integración psíquica del cuerpo sexuado y la progresiva emancipación de las figuras parentales. Por ello se plantea un sinnúmero de metas que el adolescente debe lograr al final de esta etapa, y que son: adaptarse a los cambios corporales, afrontar el desarrollo sexual y los impulsos psicosexuales, establecer y confirmar el sentido de identidad, sintetizar la personalidad, independizarse y emanciparse de la familia, y adquirir un sistema de valores respetuoso con los derechos propios y ajenos. (Girard, 2017)

4.1.2.3.1 Desarrollo cognitivo. En el desarrollo cognitivo cabe distinguir distintas dimensiones: la inteligencia, la capacidad crítica, el aspecto afectivo y la personalidad.

Inteligencia. En la adolescencia se realiza el paso gradual a un pensamiento más objetivo y racional. El adolescente es capaz de razonar de un modo hipotético y deductivo, y, a través de su raciocinio, llegar a una conclusión. Los progresos del razonamiento están vinculados al descubrimiento de las ideas generales, que tiene lugar hacia los 14 años. Razonar es para el adolescente una necesidad vital, y si no puede satisfacerla hablando con los adultos, busca suplirla en el desarrollo de múltiples actividades, que a menudo son abandonadas debido a la pérdida de interés. (Rodriguez Molinero, 2021)

La adolescencia es el despertar del pensamiento personal, se trata de adquirir dominio sobre la actividad intelectual y al mismo tiempo de afirmar la propia personalidad; de ahí la terquedad con que el adolescente defiende sus proposiciones, aunque a veces incluso él mismo sea consciente de la invalidez de su argumentación.

Capacidad crítica. El adolescente juzga y discute. No siempre lo manifiesta, pero al menos en su interior opondrá objeciones a lo que se le intenta infundir desde el exterior. Lo critica todo, como una oportunidad de tomar conciencia de sí mismo, comparándose con su alrededor. Descubre que la verdad no depende de la intensidad con la que los adultos lo afirmen, sino de

la correspondencia entre el pensamiento propio y la realidad. La certidumbre y seguridad que provenía de su círculo familiar y educativo se transforma en inseguridad, y lo que antes era indispensable, ahora le parece un obstáculo para ejercer su autonomía. Razón por la cual el adolescente niega o afirma las cosas, muchas veces con enojo, frente a la autoridad ya que la considera peligrosa para su libertad. (Trujillo, Vera, Salazar, & Romero, 2019)

Desarrollo afectivo. La adolescencia es un periodo de riqueza emotiva y de intensa sensibilidad. Aspectos como la dependencia en la escuela y en el hogar obliga al adolescente a reprimir sus emociones, de ahí el porqué de sus reacciones, ante el menor reproche se muestra rebelde o colérico; por el contrario, una manifestación de simpatía hará que se sienta radiante, entusiasmado y gozoso. Así, es natural que el adolescente sea muy sensible a los juicios que se formulen sobre él, ya que estos son motivo de aliento o de inquietud, por ello el adolescente necesita más que nunca ser animado y estimulado, en especial por su círculo familiar. Para comprender la vida emotiva del adolescente también es preciso tener en cuenta el papel que ha de asumir en la sociedad y las nuevas obligaciones que deberá realizar para llegar al estado adulto. Numerosas circunstancias son capaces de provocar una descarga emotiva intensa, o al menos ansiedad, provocando en él un estado de vulnerabilidad hacia la nueva realidad que se presente ante él. (Fondo de las naciones unidas para la infancia, 2021)

Personalidad. La adolescencia es clave para la afirmación de uno mismo, para el descubrimiento reflexivo de sí y del mundo. La personalidad del adolescente se afirmará dependiendo de cómo actúa o responde a 3 problemas fundamentales: el trabajo, la vida social y el amor, y puede manifestarla de dos formas; negativa o positiva; negativa, cuando muestra oposición hacia la autoridad u otros, además de siendo susceptible cuando siente que se irrespeta su dignidad o no es «tomado en serio»; y positiva, mostrando su singularidad en la indumentaria, el cuidado del cuerpo, el modo de hablar, en las costumbres y la conducta. (García & Parada, 2018)

4.1.2.3.2 Desarrollo de la identidad. Los cambios físicos, intelectuales y sociales provocan en el adolescente una crisis de identidad, que incurre en la necesidad de desarrollar tres aspectos importantes para la nueva identidad: la sexual, que exige una buena concepción de su rol sexual y una comprensión de la propia sexualidad; la vocacional, y la ideológica, basada en un sistema de creencias, valores e ideales. Dos elementos claves en el desarrollo de la identidad son la crisis y el compromiso; una identidad madura se logra cuando el individuo ha experimentado una crisis y se ha comprometido con una ideología y ha encontrado ocupación. Si no llega a definir un rol apropiado o a concebir un sistema de vida permanecerá en un estadio conocido como dispersión de roles o difusión de la identidad. (Morales & Reyes, 2017)

Existen cuatro estados en la evolución de la identidad:

- **Identidad difusa.** Los sujetos no han experimentado un periodo de crisis ni se han comprometido, tampoco han pasado por el proceso de reevaluación, buscando y considerando alternativas.
- **Moratoria.** Se caracteriza por el conflicto sin toma de decisión. La persona está comprometida en la crisis, pero no toma decisiones ni hace elecciones.
- **Identidad prestada.** El individuo no ha conocido crisis ni periodo de cuestionamiento, pero ha tomado decisiones y compromisos; simplemente ha asumido los valores de sus padres sin cuestionar los valores personales.
- **Identidad realizada.** La persona ha conocido un periodo de conflictos y ha asumido compromisos personales. Ha experimentado una moratoria psicológica, ha resuelto sus crisis de identidad evaluando detenidamente varias alternativas y oportunidades, y ha llegado a conclusiones y tomar decisiones por sí misma. Los adolescentes que han desarrollado su identidad o se hallan en el estado de moratoria son más autónomos, logran mejores resultados escolares y tienen una mejor autoestima en comparación a aquellos que se hallan en los estados de forclusión o de difusión. (Morales & Reyes, 2017)

4.1.2.4 Desarrollo social. La familia es el centro de la vida social de los niños; durante la adolescencia, el grupo de iguales comienza a sustituir a su círculo familiar. Inicialmente, los grupos de pares suelen ser del mismo sexo, pero normalmente se tornan mixtas al pasar el tiempo. A través del aprendizaje el joven logra integrarse finalmente a los cambios que están sucediendo fuera y dentro de él, así como alcanzar su desarrollo social. Estos grupos son importantes para los adolescentes, ya que proporcionan la validación de decisiones provisionales del adolescente y el apoyo en situaciones de estrés. (García & Parada, 2018)

La socialización o el desarrollo social solo es posible a través de la perfecta interacción de 3 factores; la familia, los amigos y el ambiente escolar, de este modo el joven se desarrolla en tres aspectos fundamentales.

- **Interés por las relaciones sociales.** Al permanecer cada vez más tiempo fuera de su hogar el adolescente tiene la oportunidad de establecer relaciones sociales con mayor número de personas y amplía su círculo social.
- **Desarrolla interés por su medio.** Desarrolla una cierta sensibilidad hacia los problemas sociales que le rodean y que afectan a su comunidad, empieza a emitir sus opiniones respecto a la situación económica, política, religiosa o social de su comunidad. Incluso algunos jóvenes no se conforman con ser espectadores pasivos y se involucran activamente para participar.

- **Desarrolla interés por los demás.** La infancia se caracteriza por las actitudes egocéntricas de los niños, mientras que en la juventud se abandonan poco a poco estas actitudes, por lo que el adolescente desarrolla sentimientos de solidaridad, empatía y altruismo. Una de las características del desenvolvimiento social de los jóvenes es precisamente la preocupación por las necesidades de los demás. (Rodriguez Molinero, 2021)

Tras todo lo expuesto, se puede afirmar que el adolescente está constantemente en desequilibrio y en estado de conflicto, lo que es normal debido a los múltiples e intensos cambios que está viviendo, lo que lo vuelve vulnerable.

4.1.3 Distinguir lo normal de lo patológico. Es importante conocer cuáles son los síntomas que sugieren vulnerabilidad en un adolescente como respuesta emocional inadecuada, explosiones de irritabilidad o rabia, inquietud emocional, aplanamiento afectivo, comportamiento peculiar, suspicacia, retraimiento, cambios en el funcionamiento social, dificultades para concentrarse o en la memoria, alteraciones del estado de ánimo, preocupación por pensamientos extraños o ideas que son difíciles de ignorar, abuso de drogas, limitación en el desempeño de roles y/o realización de actividades habituales, descuido del autocuidado, alteraciones del discurso, pensamiento mágico, experiencias perceptivas inusuales, falta de iniciativa, interés o energía, cansancio constante, etc. (Villarreal & Paz, 2017)

Ante estos síntomas, en lugar de esperar y observar qué sucede, se debe de conseguir una visión más amplia del comportamiento del adolescente y su entorno, explorar la presencia de factores de riesgo y procurar un seguimiento estrecho de su evolución, pues, aunque estos síntomas son inespecíficos, pueden ser pródromos de un trastorno mental grave. (Castellvi-Obiols, Pere, & Piqueras, 2019)

La incidencia de los trastornos de salud mental aumenta durante la adolescencia y pueden dar lugar a pensamientos o conductas riesgosas. Los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, aunque raros, más a menudo llegan a la atención durante la adolescencia tardía. Los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, son relativamente comunes entre las niñas y pueden ser difíciles de detectar porque los adolescentes hacen todo lo posible para ocultarlo. (Graber, 2019)

En los casos típicos, el uso de sustancias comienza durante la adolescencia. El consumo excesivo de alcohol es común y conduce a una diversidad de riesgos a corto y largo plazo. La investigación ha demostrado que los adolescentes que comienzan a beber alcohol a una edad temprana tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol en la edad adulta. El uso de otras drogas es mucho menos frecuente, aunque el mal uso de

medicamentos recetados, incluidos los medicamentos para el dolor y los estimulantes, está en aumento. (Román & Abud, 2017)

El asesoramiento adecuado debe darse como parte de la atención médica de rutina, porque incluso se ha demostrado que las intervenciones muy breves de los médicos y profesionales de la salud disminuyen el uso de sustancias por los adolescentes.

4.1.4 Disfuncionalidad familiar como factor de riesgo en la adolescencia. Por las características de los problemas en torno a los adolescentes las acciones de promoción y prevención adquieren una mayor relevancia. Por ello enfocarse en la detección de los principales factores de riesgo facilitaría la aplicación y promoción de factores protectores tanto a nivel individual, familiar y comunitario. Uno de los principales factores de riesgo, considerado como efecto con alta probabilidad de daño o resultado no deseado para el adolescente es el formar parte de una familia disfuncional. (Checa, Orben, & Zoller, 2019)

La familia en la etapa adolescente se enfrenta a diferentes cambios de varios de sus miembros y por consecuente el funcionamiento de la misma se ve alterado. Para los padres esta etapa representa diversos retos, tales como: aceptar el crecimiento y desarrollo de sus hijos e ir entregándole las herramientas necesarias para que vayan forjando su intimidad y autonomía de manera adecuada. A veces, puede que las expectativas de los padres no sean las mismas que las de los hijos, quienes ya han desarrollado una nueva capacidad cognitiva y moral para poder tomar sus decisiones, lo cual genera conflicto entre ambos y los padres pueden asumir un rol protector y controlador. (Escobar & Dejo, 2017)

Es frecuente que familias en otros periodos fueron funcionales en esta etapa sean disfuncionales, pues es difícil aceptar los cambios, no solo de los adolescentes, sino de todos los miembros de la familia:

- Los abuelos se encuentran en la última fase del ciclo vital y se están preparando para el retiro.
- Los padres se encuentran en la llamada “crisis de edad media” donde evalúan sus logros hasta el momento y los nuevos planes, asimismo, experimentan ciertos duelos por las metas que quisieran haber logrado y no pudieron.
- Existe una redefinición del subsistema parental, es decir, la pareja puede ser reevaluada, o bien hay dificultades que pueden llevar a un divorcio o la relación necesita cumplir nuevos compromisos y dejar atrás anhelos de la juventud.
- Las madres se encuentran en la edad de cambios hormonales que las llevan a la menopausia, lo que altera su estado anímico y su modo de interactuar con los demás.

- Los hijos se encuentran buscando consolidar su propia identidad e insertarse socialmente, buscando un equilibrio entre la etapa de la niñez y la nueva etapa que se avecina que es la adultez. (Cusihuamán, Vert, Medina, Ávalos, & Ferreria, 2018)

El bienestar integral del adolescente está sujeto al entorno biopsicosocial de la familia. La disfunción familiar, como factor desequilibrante, se asocia con resultados negativos durante la adolescencia, tanto en la conducta como en la salud.

Algunos ejemplos de familias disfuncionales son familias extremadamente rígidas y con límites impenetrables, padres muy jóvenes o muy mayores, conflictos graves y crónicos de pareja, familias monoparentales, enfermedades crónicas, invalidantes o graves, trastornos psiquiátricos severos de los padres, intentos de suicidio dentro del círculo familiar, padres alcohólicos o con adicciones a drogas, abandono, negligencia, malos tratos físicos o psíquicos, falta de contacto afectivo, madre sin apoyo socioeconómico, cambios profesionales que impliquen cambios radicales en los comportamientos, y hermanos con actividades antisociales. (Urgilés & Fernández, 2018)

4.2 Funcionalidad familiar

4.2.1 Definición. La familia sigue siendo la más antigua de las organizaciones sociales de la humanidad, que se ha mantenido a pesar de las diferentes formas que hoy en día utilizan las parejas para realizar su convivencia diaria, es una estructura que según el estado de su funcionamiento adquirirá una u otra concepción, teniendo en cuenta la manera en la que los miembros familiares resuelven los problemas y afrontan los cambios propios de las distintas etapas de la vida. (Maldonado, Suarez, Rojas, & Gavilanes, 2017)

Es así que el funcionamiento familiar ha sido definido como un conjunto de atributos que caracterizan a las familias como un sistema y que explican la forma de cómo opera este sistema, confiriéndole una identidad propia; es la interacción de vínculos afectivos que pueden ser capaces de cambiar la estructura de la familia con el fin de superar las dificultades, ante situaciones de cambio, fuentes de estrés o crisis, todo mediante la consolidación de un ambiente agradable, caracterizado por el apoyo y comprensión de sus integrantes. En este sentido, la familia es el entorno donde el individuo encuentra los recursos necesarios para desenvolverse en la sociedad y afrontar las dificultades. (Delfín, Cano, & Peña, 2020)

En la adolescencia los cambios propios de esta etapa, a nivel cognitivo, físico y psicológico, convierten al adolescente en un integrante que genera inestabilidad al interior de la estructura familiar y puede generar malestar en cuanto a su funcionalidad, debido a la variedad de emociones y cambios en el comportamiento que está experimentando el individuo. (Maldonado, Suarez, Rojas, & Gavilanes, 2017)

El rol que cumple la familia durante la adolescencia es muy importante, ya que en esta etapa se adquieren las principales guías de conducta, normas de convivencia, se instauran los vínculos afectivos y las interacciones sociales. Por otro lado, si en la familia el vínculo entre sus integrantes es inadecuado, existe mayor probabilidad que el adolescente no pueda realizar sus actividades con total funcionalidad, habiendo la posibilidad de presentar un desequilibrio a nivel emocional, que pueda repercutir en cómo el adolescente se siente consigo mismo y con su entorno. (Huamaní, Márquez, Saavedra, Calle, & Hernández, 2021)

4.2.2 Parámetros básicos de la funcionalidad familiar. El conocimiento en cuanto a los parámetros que facilitan el catalogar a una familia como funcional o no, es extenso, y puede variar dependiendo del contexto en el que se desee enfocar, para fines del presente estudio, se enunciará a aquellos aspectos básicos que caracterizan a la función familiar.

4.2.2.1 Adaptación. Es la capacidad o habilidad que posee el sistema familiar para cambiar su estructura de autoridad, sus roles y reglas de relación para resolver problemas en situaciones de estrés o período de crisis, haciendo uso de los recursos extra e intra familiares. (Villarreal & Paz, 2017)

4.2.2.2 Participación. También denominada cooperación, hace alusión a la intervención de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar, teniendo en cuenta la jerarquía y roles de los integrantes. (Mayorga, Gallardo, & Galvez, 2019)

4.2.2.3 Ganancia o crecimiento. Parámetro relacionado al grado de realización personal y maduración física o emocional que alcanzan los miembros de una familia, gracias al apoyo y asesoramiento mutuo existente entre sus integrantes. (Vera, 2018)

4.2.2.4 Afecto. Es la relación de cariño, amor y atención que existe entre los individuos que conforman el sistema familiar. Y que favorece además su buen funcionamiento a través de la creación de un ambiente agradable para el desarrollo de sus miembros. (Checa, Orben, & Zoller, 2019)

4.2.2.5 Recursos. Es el compromiso de dedicar tiempo, espacio y dinero a atender las necesidades físicas y emocionales de los integrantes de la familia, generalmente implica compartir ingresos y espacios. (Vera, 2018)

4.2.3 Familia funcional. Son familias cuyas relaciones e interacciones son aceptables y proveen de un ambiente armónico a sus integrantes. La familia que es funcional mantiene un estado de equilibrio, que mantiene unidos a sus miembros a pesar de las crisis que se puedan presentar, permitiendo un proceso adecuado para llegar a la resolución del problema con el fin de lograr un desarrollo en todo el sistema familiar y que cada miembro alcance un mayor grado

de madurez. Estas familias se caracterizan porque los roles de cada miembro están establecidos y son cumplidos a cabalidad, todos trabajan en equipo con el propósito de alcanzar bienestar por igual sin ninguna distinción, haciéndolo con entusiasmo y amor. (Ordoñez & Larriva, 2017)

4.2.4 Familia disfuncional. Una familia disfuncional es un grupo que se caracteriza por el incumplimiento de los roles familiares asignados por la sociedad. Donde las necesidades de sus integrantes no son satisfechas, ya sea por la ausencia o presencia nula de lazos afectivos, como por la inmadurez y presencia de conductas inadecuadas en uno o todos sus miembros. Predisponiendo a que el sistema familiar no cumpla con las funciones básicas familiares. Es aquella que no tiene la capacidad de asumir cambios, y propiciar el desarrollo de sus integrantes. Algunos autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar. (Zumba, 2017)

4.2.5 Evaluación de la funcionalidad familiar. La medición o evaluación del funcionamiento familiar es sumamente complejo debido a la gran interacción de factores que conforman esta valoración, compuesta por distintas dimensiones que crean patrones de comportamiento diferente, los cuales finalmente nos dan estilos de vida familiares con un funcionamiento específico. (Membrillo, Fernandez, Quiroz, & Rodriguez, 2017)

Los instrumentos de evaluación de la familia nos permiten identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas y cuál es el rol que puede estar jugando la familia en el proceso salud-enfermedad del individuo. Nos ofrecen una visión panorámica de la familia y facilitan la compresión de sus relaciones, ayudando al profesional de la salud a tener una mejor visión en relación con el funcionamiento familiar y su influencia en el paciente. (Villarreal & Paz, 2017)

Es necesario considerar que la evaluación de la funcionalidad familiar requiere del empleo de instrumentos que por sus características nos permitan realizar una auto aplicación o simplemente ser observacionales. Otro punto que se debe considerar en el estudio de la funcionalidad familiar es la selección de instrumentos, los cuales deben cumplir con algunos criterios específicos que le permitan su correcta y válida aplicación. (Ortega, 2021)

4.2.5.1 Escala APGAR Familiar. Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Ayuda al profesional de la salud a conseguir una primera impresión para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación. (Valencia, y otros, 2021)

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia consideradas las más importantes: Adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto, y recursos.

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento que se solía utilizar previamente, posteriormente se evaluó en múltiples investigaciones mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades. Su última modificación fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual se puede acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o exista un grado severo de disfuncionalidad. (Vera, 2018)

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca; 1: Casi nunca; 2: Algunas veces; 3. Casi siempre; 4: Siempre. (Vera, 2018)

La interpretación del puntaje se da en base de la puntuación total obtenida:

- Normal: 18-20 puntos
- Disfunción leve: 17-14 puntos.
- Disfunción moderada: 13-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

4.2.6 Funcionalidad familiar como factor de riesgo para el suicidio. En base a lo expuesto anteriormente es claro que existe gran relación entre el grado de funcionalidad familiar y la presencia de conductas de riesgo en el adolescente, en especial frente a los conflictos que se pueden desencadenar dentro del ambiente familiar, de padres a hijos, entre padres y entre los hijos.

El suicidio es una de las situaciones de riesgo que más comúnmente se puede presentar en aquellos adolescentes que habitan un ambiente familiar difícil. Numerosos estudios validan el hecho de que la funcionalidad familiar y la presencia de ideas suicidas tienen un patrón explicado de la siguiente manera: a mayor presencia de una buena funcionalidad familiar existen menos niveles ideación suicida, indicando entonces que entre estas dos variables existe un grado de correlación negativa entre el funcionamiento del sistema familiar y las ideas suicidas. (Huamaní, Márquez, Saavedra, Calle, & Hernández, 2021)

Un estudio realizado en Colombia revela que aquellos adolescentes que perciben una disfuncionalidad familiar grave son más propensos a presentar ideas suicidas que pueden culminar en un intento consumado. Y que características como el apoyo, un buen grado de adaptabilidad y la cohesión familiar representan un factor protector de la conducta suicida,

resaltando que la interacción entre los adolescentes y la manera de convivir en la familiar son mucho más importantes que una adecuada estructura familiar. (Forero, Siabato, & Salamanca, 2017)

Un estudio previo encontró que el funcionamiento familiar en los individuos que realizaron un intento suicida es predominantemente disfuncional, que las características diferenciales fueron la poca adaptabilidad, la baja cohesión, y la desarmonía. y que en las familias de los suicidas predominaron significativamente todos los factores familiares de riesgo esenciales que predisponen al suicidio. (Pugliese, 2019)

4.3 Proceso suicida

G. Bouchard plantea que el proceso suicida es el período que comprende el momento en que se produce la crisis y el tiempo que transcurre a la realización del acto, y aclara que, en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, y es más corto aún en los segundos intentos de suicidio. (Atoche Saavedra & Sanchez, 2017)

4.3.1 Momentos del proceso suicida. Se divide este proceso en cinco momentos fundamentales:

- El primer momento es la búsqueda de soluciones, que es una etapa normal en cualquier crisis. Algunas personas podrán tener varias soluciones o estrategias para resolver la crisis; otras, por el contrario, no encontrarán soluciones que puedan responder a sus necesidades. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.
- El segundo momento es la ideación suicida. En la búsqueda de soluciones, una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución. Las posibles soluciones que se visualizan son ineficaces para resolver la crisis, y por lo tanto son rechazadas. La idea del suicidio comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasara para morir, pero cada vez se piensa más en el suicidio y se empieza a elaborar escenarios posibles.
- El tercer momento es la rumiación. La inconformidad es mayor y el deseo de escapar a la angustia es cada vez más fuerte y se incrementa más aún al pensar en la imposibilidad de resolver la crisis y en haber agotado todas las posibilidades. La idea del suicidio se vuelve constante y regular.
- El cuarto momento es la cristalización, en el cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada. El suicidio es considerado como la solución a todos los sufrimientos. El adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de estar mejor, ya que el suicidio representa la solución definitiva, con frecuencia, en este momento el adolescente se aleja y se aísla. Sólo hará falta el evento desencadenante del suicidio.

- El último momento es el elemento desencadenante; este se encuentra ligado al acto suicida, sin importar la intensidad o trascendencia del evento, pero para el adolescente se agrega a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en toda su vida. (Gómez, Núñez, Agudelo, & Grisales, 2019)

Lo importante de este proceso es tener en cuenta que se puede intervenir en cualquier momento; hay que recordar que el miedo de pasar al acto siempre va a estar presente, inclusive hasta el último momento, y que una intervención adecuada puede interrumpir el proceso.

4.4 Ideación suicida

4.4.1 Definición. La ideación suicida se define como los pensamientos acerca del deseo de quitarse la vida, con o sin planificación; es un marcador de vulnerabilidad, de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado. Son pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. (Cañón & Carmona, 2018)

La preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte podría definirse como las primeras manifestaciones del suicidio, que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir hasta manifestaciones que se acompañan de la intención de morir o de un plan suicida. (Fonseca, Inchausti, Perez, Aritio, & Ortuño, 2017)

4.4.2 Epidemiología. La ideación suicida es más frecuente de lo que se piensa, pero llevar un recuento estadístico de esta resulta difícil; se estima que en el curso de la vida de la población en general una de cada tres personas presenta ideas de suicidio, siendo más frecuentes en etapas del desarrollo, como la adolescencia.

Para hablar sobre su epidemiología debemos tener en cuenta la culminación de los pensamientos, y estos, la mayoría de ocasiones terminan en el suicidio consumado. Un sencillo vistazo a la web de la OMS nos da una idea de la magnitud e impacto del suicidio a nivel mundial. Cada año en todo el mundo alrededor de 703 000 personas se quitan la vida y los números tras los intentos previos son alarmantes. En 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, más del 77% de los suicidios tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. (Organizacion Mundial de la Salud, 2021) (Distintas latitudes, 2018)

En Ecuador el suicidio es un problema de salud pública importante, pues cada año más de mil ecuatorianos se quitan la vida, correspondiendo aproximadamente la mitad de los suicidios a jóvenes y adolescentes menores de 30 años, encontrándose entre los países con mayor incidencia de muertes autoinfligidas en jóvenes a nivel mundial. Por cada suicidio se estiman alrededor 10 a 20 intentos autolíticos previos. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2021)

Según datos del Observatorio Social del Ecuador, desde el 2019 más de 5 300 personas se quitaron la vida, aproximadamente 2 a 3 suicidios por día. Durante el período de excepción causado por la pandemia por COVID-19 desde marzo hasta noviembre se registraron 220 suicidios en población que va desde los 15 a los 30 años. (Universidad Técnica Particular de Loja, 2021)

Además, la base de datos de muertes violentas de Ecuador reporta un total de 97 muertes de etiología suicida en adolescentes, de las cuales 59, corresponden al sexo masculino, 19 casos para adolescentes de 10 a 14 años, y 40 casos para adolescentes de 15 a 19 años. Mientras que, en el sexo femenino con un total de 39 suicidios, 11 corresponden al rango etario de 10 a 14 años, y 27 al de 15 a 19 años. (Guarnizo & Romero, 2021)

En 2021, los suicidios en Ecuador aumentaron entre enero y agosto de este año un 17 %, en relación al mismo periodo del año anterior, un total de 253 suicidios, frente a los reportados en 2020. Las provincias con el mayor índice de suicidios son Guayas con el 24%; Azuay con 11%; El Oro con 8%, y Pichincha y Manabí con el 6%, respectivamente. (SWI SWI swissinfo.ch, 2021)

Aun tratándose de un grave problema de salud pública, es prevenible mediante intervenciones oportunas, y, a menudo, de bajo costo. Para que las iniciativas preventivas sean eficaces se debe aplicar una estrategia multisectorial e integral. De acuerdo con un informe de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la cúspide de los factores de riesgo de suicidio se encuentran las barreras para obtener atención de salud, lo cual incluye en la ausencia de políticas diseñadas para atender esta problemática. (Gerstner, Soriano, Sanhueza, Caffe, & Kestel, 2018)

4.4.3 Clasificación. La ideación suicida se clasifica en torno a la intensidad del deseo de estar muerto, y el paso de desearlo a intentarlo, entonces se tiene:

- **Ideación suicida pasiva.** Ocurre cuando se posee el deseo de morir o de estar muerto, pero en realidad no existen planes concretos en torno a método o modo de suicidio.
- **Ideación suicida activa.** No es solo pensar en ello, sino tener la intención de suicidarse, incluyendo la planificación, método y tiempo de cuando hacerlo. (Fonseca, Inchausti, Perez, Aritio, & Ortuño, 2017)

Basándonos en lo anterior, cabe mencionar que la ideación suicida comprende un campo de pensamiento que puede adquirir varias formas de presentación, estas son:

- **El deseo de morir.** Indica la inconformidad del sujeto con su manera de vivir, y es puerta de entrada a la ideación suicida.
- **La representación suicida.** Consistente en fantasías pasivas de suicidio.

- **La idea suicida sin un método determinado.** Es la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción. En este caso el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde no saberlo.
- **La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún.** Es cuando el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida manifiesta diversas posibilidades, sin mostrar preferencia por alguna en particular.
- **La idea suicida con un método determinado sin planificación.** El sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación.
- **La idea suicida planificada o plan suicida**. El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, y por qué ha de realizar el acto suicida, y toma por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumar el suicidio con éxito. (Bahamón M. , Alarcón, Trejos, & Uribe, 2017)

4.4.5 Factores de riesgo. Las causas de la conducta suicida siempre se han considerado como de origen multifactorial, en el que intervienen múltiples elementos y existen diversas interacciones entre sus factores de riesgo tanto en adolescentes como en cualquier franja de edad. (Londoño & Cañón, 2019)

Así existen factores genéticos, biológicos y familiares que predisponen a una persona a atravesar una conducta suicida en determinados momentos de su vida. La literatura sobre el suicidio señala que existen ciertos factores de riesgo asociados y que han sido estudiados más ampliamente en los adolescentes. (Amaral, y otros, 2020)

4.4.5.1 Problemas emocionales y trastornos afectivos. Los factores de riesgo más frecuentes en el desarrollo de conductas suicidas en los adolescentes son los relacionados con los cambios y problemas emocionales. La depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos en edades comprendidas entre 10 y 19 años. De esta forma, la impulsividad y sintomatología depresiva aumentan nueve veces la posibilidad de que un adolescente presente ideación suicida. Así mismo, se ha señalado que la ansiedad y situaciones estresantes que pueden experimentar los adolescentes durante su etapa, son variables que aumentan el riesgo de padecer conductas suicidas y tienen una alta correlación con intentos de suicidio. (Castellvi-Obiols, Pere, & Piqueras, 2019)

Por otra parte, se ha descrito que los factores psicológicos como la baja autoestima, la desesperanza, trastornos alimenticios, incrementan la posibilidad de desarrollo de conducta suicida en adolescentes.

4.4.5.2 Consumo de sustancias. El consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, relacionado con otros aspectos, es un factor de riesgo prevalente para impulsar la conducta suicida, especialmente en la etapa de la adolescencia. (Faya & Graell, 2021)

4.4.5.3 Relaciones interpersonales e interacciones familiares. Para los adolescentes, la carencia de apoyo de los compañeros presenta asociación con el aumento de riesgo e ideaciones suicidas. Las rupturas amorosas y la orientación sexual suelen ser variables que afectan la estabilidad emocional y se convierten en un elemento de riesgo significativo para el desarrollo de conducta suicida. (Fonseca, Inchausti, Perez, Aritio, & Ortuño, 2017)

Otro aspecto importante es la funcionalidad familiar o los conflictos intrafamiliares, que pueden llevar al adolescente a cometer suicidio, la relación entre la violencia intrafamiliar y el intento suicida se encuentra en aumento y se constituyen aspectos a resaltar en el estudio de los factores predominantes para la ideación y el acto suicida. Un estudio realizado en Cuba identificó como factor con mayor incidencia el conflicto o las malas relaciones con los padres. (Koppman, 2020) (Londoño & Cañón, 2019)

El fracaso escolar en adolescentes cuando está asociado a una fuerte presión académica, a una insatisfacción personal con los resultados obtenidos y a una red de apoyo social insuficiente, sobre todo familiar también se constituye como factor de riesgo. (Cañón & Carmona, 2018)

4.4.5.4 Acoso. Muchos estudiantes se muestran vulnerables ante sus pares, convirtiéndose en víctimas de acoso, convirtiéndose en un factor de riesgo. El bullying es hoy uno de los problemas más frecuentes a los que los adolescentes se encuentran sometidos en su entorno, convirtiéndose en uno de los principales factores de incidencia en conductas suicida e intentos de suicidio.

Otra investigación sobre cyberbullying describe el acoso cibernético como una categoría específica, única y sin precedentes de violencia que puede ser más amplio que el fenómeno bullying ya que se produce en cualquier momento y sin espacio físico circunscrito y limitado. Los estudios demuestran que las víctimas de acoso cibernético pueden ser más propensas a intentar suicidarse y que las personas implicadas se encuentran en mayor riesgo de abuso de sustancias y aparición de síntomas de ansiedad y depresión en comparación con aquéllos que no experimentaron esta forma de agresión entre sus iguales. (Pineda Roa, 2017)

Si observamos cada uno de los factores de riesgo identificados, observamos que muchos de ellos son potencialmente prevenibles y que con una identificación temprana y un tratamiento adecuado se podrían reducir sustancialmente el número de casos de suicidio y mejorar la salud de los individuos que están en riesgo

4.4.6 Factores protectores. Los factores de riesgo para el suicidio solamente explican en parte por qué tantas personas se quitan la vida. El suicidio no es un hecho fácilmente predecible; la gran mayoría de personas con múltiples factores de riesgo, como problemas de salud mental, enfermedades físicas y problemas interpersonales no se suicidan. Esto se suele explicar por los factores protectores, que para la evaluación del riesgo suicida son de igual relevancia que los factores de riesgo. (Organizacion Mundial de la Salud, 2021)

Entre ellos resaltan los factores psicológicos internos, como la capacidad de resiliencia, es decir la capacidad de sobrellevar las dificultades, la habilidad de encontrar razones para vivir y encontrar un sentido de vida, la capacidad de enfrentar problemas, y las habilidades para las relaciones sociales interpersonales, pero también factores culturales, religiosos, laborales y finalmente los recursos sanitarios existentes. (Cuesta, 2017)

4.4.7 Diagnóstico. En general se sugiere estar atento a la posibilidad de ideación suicida en aquellas personas que refieran sentirse más preocupados o irritables que lo habitual, tristes, pesimistas respecto de su futuro, retraídos o más desconectados de su medio habitual y en quienes estos pensamientos o sentimientos interfieren en su vida cotidiana. (Jerónimo, y otros, 2021)

Cuando los profesionales de la salud evalúan a un paciente con signos de intento suicida, se debe realizar en primer lugar un cuidadoso examen físico, en el que se debe transmitir confianza y tranquilidad al paciente, al igual que atenderlo sin prejuicios. En segundo lugar, no se debe descuidar la evaluación biopsicosocial, que dará las primeras pautas sobre un eventual trastorno psiquiátrico o alteración neurológica que puede requerir un tratamiento urgente. (Fonseca, y otros, 2017)

Para pacientes con ideación suicida se recomienda que las preguntas sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual, cálida y empática para conocer los sentimientos del paciente respecto de la vida en general.

Estar atento a ideas del tipo “Si ahora me enfermara no haría nada” o “Si me pasa algo y me muero todo se arregla” esas son las llamadas ideas pasivas de muerte y pueden representar un indicador de suicidalidad. (Lopez & Conejo, 2019)

Luego pueden hacerse preguntas más específicas relativas a la muerte, el suicidio o el daño a uno mismo evitando siempre hacerlas de modo exigente o coercitivo. La primera comunicación del personal de salud con la persona que acaba de intentar suicidarse es decisiva para el tratamiento posterior. Si el personal se comunica empáticamente, el paciente aceptará con mayor facilidad las decisiones terapéuticas a ser tomadas. Antes de tomar decisiones para

contra referir al paciente al primer nivel, o referirlo a un hospital, se debe realizar una buena evaluación del riesgo. (Faya & Graell, 2021)

Hay que subrayar, que no existe ninguna escala que haya probado ser precisa para predecir un suicidio o autolesión posterior. Así, una revisión sobre escalas de riesgo muestra que la mitad de las personas que fallecen por suicidio habían obtenido resultados con puntos bajos y que solamente el 5% de aquellos pacientes con "alto riesgo" fallecen finalmente por suicidio. En este sentido no se recomienda utilizar la escala de evaluación de riesgo para tomar decisiones finales sobre el paciente, pues no pueden reemplazar la entrevista dirigida por un profesional capacitado en salud mental. (Faya & Graell, 2021)

En psiquiatría se cuenta con la entrevista semiestructurada como patrón de oro de diagnóstico; sin embargo, se han diseñado múltiples escalas para definir síntomas y su gravedad, tratando de hacer más objetiva la evaluación del paciente. Estas escalas se han desarrollado para calificar la gravedad de los síntomas en diferentes trastornos mentales, tratando de hacer reproducible la información y estableciendo un pronóstico que permita evaluar la eficacia de los diferentes tratamientos utilizados. (Ministerio de sanidad, política social e igualdad de Galicia, 2020)

Las escalas incluyeron variables clínicas y sociales, además, se han desarrollado formatos de auto reporte y se incluyó la información derivada de la evaluación clínica. Actualmente, los instrumentos de evaluación en suicidio se pueden agrupar, según sus características, en varios grupos: los aplicados por clínicos, los autoaplicados, los dirigidos a niños y adolescentes y otros con diferentes objetivos, como el de evaluar la opinión frente al suicidio o las actitudes ante la vida. (Bahamón & Alarcón, 2018)

4.4.7.1 Escala de ideación suicida de Beck (Scale For Suicide Ideation) (SSI). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. (Escobar Valencia, 2019)

Si la puntuación de los reactivos (4) "Deseo de 'intentar suicidarse" y (5) "Intento pasivo de suicidarse", es "0", se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: "No aplicable". Caso contrario, se sigue aplicando. Tiene una consistencia interna fuerte dada por un α de Cronbach=0.89 y buena confiabilidad interevaluador (coeficiente de confiabilidad interevaluador=0.85). En diversos estudios se encontró que pacientes con

puntajes mayores en la SSI tenían conceptos menos favorables de ‘vida’, ‘yo’ y ‘suicidio’; además, halló que la desesperanza era un mejor predictor de riesgo suicida que la depresión como tal. Se ha usado ampliamente y es un instrumento válido y confiable. (Pozo Ayala, 2021)

La escala se diseñó como un instrumento de tamizaje que pretende identificar de la manera más correcta posible los probables casos de ideación suicida, de los que no lo son. En los estudios de detección este tipo de instrumento es muy útil porque permite conocer la magnitud de la problemática abordada en diversos tipos de población. (Escobar Valencia, 2019)

Fue adaptada por Bobadilla en 2004 para la población peruana, contando con una validez de 0,80, y una confiabilidad de 0.81. Consta de 18 ítems con respuesta SI y NO; de las cuales su puntación oscila entre 1 y 2. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que va de acuerdo a la sumatoria de los valores asignados por cada ítem. (Atoche Saavedra & Sanchez, 2017)

En 2016 Verónica Reyes realiza una estandarización de los resultados de la prueba para poder obtener una calificación acorde a la población adolescente evaluada en ese entonces y los puntos de corte son: Bajo: 18 – 22; Medio: 23 – 29; Alto: 30 – 36. (Reyes Montenegro, 2016)

4.4.8 Tratamiento. En medicina general los contextos y factores de riesgo descritos son distintos al de la atención especializada en salud mental y deben ser considerados al momento de elegir una u otra recomendación o conducta. No es lo mismo conversar sobre la idea pasiva de morir en un paciente que acude a un control médico general, a enfrentarse con otro que ha sobrevivido a una conducta suicida o a un paciente con ideación suicida activa. (Abarca, Gheza, Coda, & Elicer, 2018)

Intervención en crisis. Normalmente dividida en dos etapas:

- Una primera etapa que facilita la expresión emocional, permite activar las redes de apoyo, y hace hincapié en no dejar a la persona sola y no permitirle acceso o retirarle aquellos medios con los que pudiera dañarse a sí misma hasta poder establecer su adecuada derivación.
- Una segunda etapa más tardía se encuentra dirigida a la toma de decisiones y el tiempo dedicado a restablecer el equilibrio emocional. Esta etapa se conoce como terapia de crisis y es llevada adelante por profesionales de salud mental. (Cuesta, 2017)

En una crisis suicida es importante:

- Establecer contacto, mostrar interés, ofrecer asistencia y contención.
- Escuchar, prestar atención, evitar interrupciones de teléfono y no restringir la expresión de emociones como rabia o llanto pues son signos de respeto hacia el malestar del otro.
- Negociar las posibles alternativas y estrategias para enfrentarse a la vida, y concentrarse en las razones importantes para elegir la vida sobre la muerte. (Lopez & Conejo, 2019)

Si se trata de un paciente que ha intentado suicidarse recientemente o que tiene ideación suicida actual se recomienda:

- No dejar al paciente solo y evitar que disponga de cualquier elemento potencialmente dañino a su alcance.
- Evaluar si el intento fue planificado o impulsivo, las características del método utilizado, las posibilidades de ser o no rescatado, la reacción ante la sobrevivencia y las características del ambiente en busca de factores precipitantes.
- Evalúe la necesidad de hospitalización o desintoxicación. (Koppman, 2020)

4.4.9 Prevención. Para poder prevenir el suicidio en forma efectiva, existe un consenso generalizado de que hay que implementar prácticas basadas en evidencia. Las intervenciones preventivas en conducta suicida pueden clasificarse en tres niveles, de universales cuando están dirigidas a toda la población, selectivas, cuando se focalizan en grupos de riesgo como por ejemplo en adolescentes, e indicadas, cuando aspiran a prevenir el suicidio en un individuo en particular. La revisión de la literatura sugiere que las mejores intervenciones son las universales. (Socha, Hernadez, Guzmán, Ayala, & Moreno, 2021)

La existencia de intervenciones de prevención para los niveles selectivos y universales son menores, ya sea por falta de políticas públicas dirigidas a la prevención, o por falta de criterios para el diseño de la intervención. (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2021)

Se estima que más del 60% de los adolescentes que requieren atención en salud mental no la reciben, por lo que es de suma importancia su detección precoz en los colegios. Esto ha llevado a que en Estados Unidos se comience a utilizar instrumentos de screening de ideación suicida en los colegios existiendo cierto consenso de que ésta es la alternativa más eficaz para prevenir el suicidio en los adolescentes. (Ministerio de sanidad, política social e igualdad de Galicia, 2020)

5. Metodología

El presente estudio tuvo lugar en el Colegio de Bachillerato “La Tingue”, en la parroquia La Tingue, cantón Olmedo de la provincia de Loja. Se realizó con los estudiantes que cursan el período académico abril 2022 - febrero 2023.

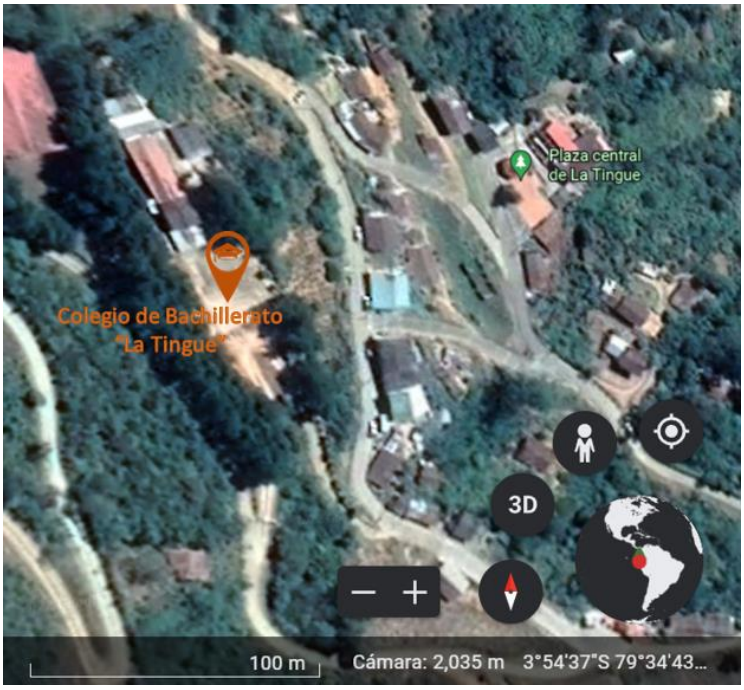

Figura 1. *Colegio de Bachillerato “La Tingue”, Acnelio Granda y 14 de Julio, parroquia La Tingue, cantón Olmedo, Loja, Ecuador. Obtenido de Google Earth el 27 de Julio de 2022.*

5.1 Enfoque

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo.

5.2 Tipo de diseño

Estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

5.3 Período

La investigación tuvo lugar durante los meses de junio y julio de 2022.

5.4 Unidad de estudio

Estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue”, parroquia “La Tingue”, cantón Olmedo, Loja, Ecuador.

5.5 Universo

Conformada por 34 estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue".

5.5 Muestra

Constituida por 32 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

5.6 Criterios de inclusión

- Estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue”, de octavo año de educación básica a tercer año de bachillerato, de ambos sexos.
- Estudiantes legalmente matriculados en el año lectivo 2022-2023, que desearon participar en el estudio y que sus padres firmaron el consentimiento informado.

5.7 Criterios de exclusión

- Estudiantes que no asistieron el día de la recolección de datos.
- Estudiantes que no completaron de manera total las escalas aplicadas.
- Estudiantes que a pesar de encontrarse matriculados no han asistido a clases.

5.8 Técnicas

Se realizó la aplicación del consentimiento informado dirigido hacia los representantes legales de los estudiantes, el asentimiento informado, la escala APGAR familiar y la escala de Ideación suicida de Beck.

5.9 Instrumentos

5.9.1 Consentimiento informado (Anexo 6). En toda investigación con sujetos humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado del presunto sujeto o, en caso de que la persona carezca de capacidad para dar su consentimiento informado, el consentimiento debe ser dado por un representante debidamente autorizado.

En medicina, es la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que las o los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos.

Para fines de la presente investigación, se usó el modelo de consentimiento informado emitido por la Organización Mundial de la Salud, el cual contuvo información relevante de la investigación como: Nombre del estudio, personal involucrado, propósito, beneficios, derecho de confidencialidad, así como datos de contacto, en caso de tener dudas referentes al tema de investigación u otros factores asociados, se aplicó a los representantes legales de los menores participantes en el estudio.

5.9.2 Asentimiento informado (Anexo 7). Por ley, los niños no pueden dar un consentimiento formal real hasta que cumplan los 18 años de edad. Por eso, antes de tomar parte en un estudio se les pide que den su asentimiento. Asentimiento quiere decir que aceptan participar; el proceso de asentimiento no es exigido por ley, pero puede ser requerido para la revisión del estudio, además los menores tienen el derecho de negarse a formar parte del mismo.

El formulario de asentimiento informado utilizado constó de información general sobre el estudio, así como un inciso designado para la colocación de un símbolo que muestre el deseo de cooperar del menor, además se indicó que debe de colocar su nombre al final. En este estudio se ha usó el modelo de asentimiento de la Universidad de la Frontera.

5.9.3 Escala APGAR Familiar (Anexo 8). Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y un instrumento previamente utilizado; posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, es una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la misma.

Para el registro de los datos el APGAR el cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente).

Las preguntas son:

1.- ¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?

2.- ¿Me satisface la forma en que tomamos las decisiones importantes en mi familia, compartiéndola entre todos?

3.- ¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?

4.- ¿Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor?

5.- ¿Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa, el dinero?

6.- ¿Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos?

Se debe marcar solo una casilla en cada pregunta, con un puntaje que va de 0 a 4 puntos (0: Nunca; 1: Casi nunca; 2: Algunas veces; 3: Casi siempre; 4: Siempre). Al realizar la sumatoria,

el puntaje va de 0 a 20 puntos; que nos indicara el nivel de disfunción del paciente en relación a su familia.

- Buena función familiar o normal 18-20
- Disfunción leve 17-14
- Disfunción moderada 13-10
- Disfunción severa ≤9

5.9.4 Escala de ideación suicida de Beck (Anexo 9). Beck, Kovacs y Weissman (1979) elaboraron un instrumento de 21 reactivos para medir el constructo hipotético de ideación suicida, conocido como escala de ideación suicida de Beck, es una escala hetero o autoaplicada, elaborada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; cuantifica el grado de planeación de un intento suicida evaluando dimensiones de pensamientos autodestructivos.

Consta de 19 ítems aplicados en el contexto de una entrevista semiestructurada; las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a actitud ante la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado. Cada ítem se registra en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2 puntos. Las mediciones se suman para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativo de riesgo de suicidio e identifica presencia de ideas suicidas, indicando que, una mayor puntuación corresponde a un más elevado riesgo de suicidio.

Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se considera como indicativo de inexistencia de intencionalidad suicida por lo cual se omiten las secciones siguientes y se suspende la aplicación de la escala, codificando como: “No aplicable”, caso contrario, se sigue aplicando.

En 2004, Bobadilla realizó la adaptación de la escala para la población peruana, y esta ha sido utilizada ampliamente en población adolescente en la región Sudamericana. Consta de 18 reactivos con respuestas dicotómicas de SI o NO, a las cuales les corresponde un valor de 1 o 2 dependiendo el reactivo.

Las preguntas son las siguientes:

1.- ¿Tiene deseos de morir?

2.- ¿Tiene razones para querer morir?

3.- ¿Siente que su vida ha perdido sentido?

4.- ¿Se siente útil en esta vida?

5.- ¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?

6.- ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?

7.- ¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?

8.- ¿Tiene pensamiento suicida con frecuencia?

9.- ¿Logra resistir a esos pensamientos?

10.- ¿Ha pensado en algún método específico?

11.- ¿El método es accesible a usted?

12.- ¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?

13.- ¿Ha realizado algún intento de suicidio?

14.- ¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?

15.- ¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?

16.- ¿Siente que tiene control sobre su vida?

17.- ¿Pierde las esperanzas cuando le pasa algo?

18.- ¿Piensa que su familia rara vez le toma en cuenta?

El puntaje teórico va desde 18 a 36. Verónica Reyes, en 2016 realiza una baremación de los resultados de la prueba para poder obtener una escala estandarizada de los resultados y los puntos de corte son: Bajo: 18 – 22; Medio: 23 – 29; Alto: 30 – 36.

Con respecto a la validez total de la Escala de Ideación Suicida adaptada, el instrumento reportó validez de constructo por análisis factorial que demostró la estructura teórica de tres componentes, asimismo, posee validez concurrente con la escala de intencionalidad suicida de Plutchik, que en combinación comprueba la composición de cuatro factores.

En la validación de Bobadilla se demostró la adecuación de los factores por correlaciones factor-test y con variables de sexo y edad, cuyas relaciones tuvieron una significancia del 99% de confianza ($p<.01$), y validez por análisis factorial con rotación varimax.

La confiabilidad del instrumento se demostró por medio del coeficiente de consistencia interna aplicando el coeficiente de Alfa de Cronbach, cuyo índice es de 0.82.

5.10 Procedimiento

La presente investigación tuvo lugar durante los meses de junio y julio del año 2022. Luego de la revisión exhaustiva de la bibliografía para la construcción del proyecto, se solicitó la aprobación y pertinencia del trabajo de tesis a la dirección de la carrera; una vez aprobado (Anexo 1) y luego de la asignación de un docente tutor (Anexo 2), se pidió la autorización correspondiente para la recolección de datos al rector del Colegio de Bachillerato “La Tingue” (Anexo 3), luego de socializar el proyecto de tesis y obtener el visto bueno, se emitió una

respuesta afirmativa hacia la dirección de la carrera (Anexo 4), y posteriormente durante el mes de junio del año 2022 se procedió a aplicar las escalas.

Antes de realizar la aplicación de las escalas, se envió a cada uno de los estudiantes el consentimiento informado (Anexo 6) para que sus representantes legales lo firmen, luego de recibir los consentimientos debidamente autorizados, se procedió a repartir las hojas de recolección de datos compuestas por: Asentimiento informado (Anexo 7), escala APGAR familiar (Anexo 8) y escala de Ideación Suicida de Beck adaptada por Bobadilla, (Anexo 9) a cada estudiante explicando generalidades y resolviendo posibles dudas.

La información recogida fue tabulada en una base de datos procesada en el programa Excel, donde también se efectuó el análisis estadístico para dar respuesta a los objetivos planteados. Finalmente se redactó el informe final para dar a conocer los resultados y conclusiones obtenidas de la investigación.

5.11 Análisis estadístico

Se utilizó Microsoft Excel para realizar la tabulación de la información obtenida y así organizar una base datos. Para dar respuesta a los objetivos se presentó los resultados en tablas de frecuencia; para luego continuar con el análisis e interpretación de cada variable. También se utilizó el Chi cuadrado, que calcula la diferencia entre una distribución de frecuencias observadas y esperadas de las variables, esta se la utilizó con el fin de determinar la relación entre las dos variables estudiadas.

6. Resultados

La identificación de las características sociodemográficas facilita el análisis e interpretación de los resultados, por ello previo a su presentación es imprescindible exponer las características de la población estudiada.

Tabla 1. ***Estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" por grupos de sexo y edad, año lectivo 2022-2023***

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer			
	f	%	f	%	f	%
10 a 13 años de edad	6	18,75	3	9,38	9	28,13
14 a 16 años de edad	6	18,75	11	34,38	17	53,13
17 a 21 años de edad	3	9,38	3	9,38	6	18,85
Total	**15**	**46,88**	**17**	**53,13**	**32**	**100,00**

Fuente: *Base de datos de estudiantes de Colegio de Bachillerato "La Tingue"*

Elaborado por: *Yajaira Lizbeth Cueva Ruales*

Análisis: 32 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión participaron en la presente investigación. El 46,88% (n=15) fueron hombres y 53,13% (n=17) mujeres. 53,13% (n=17) correspondieron a adolescentes entre los 14 a 16 años de edad, con predominio del 34,38% (n=11) de mujeres y 18,75% (n=6) a hombres.

6.1 Resultados para el primer objetivo

Conocer el grado de funcionalidad familiar de los estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" según sexo y grupo de edad.

Tabla 2. ***Funcionalidad familiar en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" según sexo y grupo de edad, año lectivo 2022-2023***

Funcionalidad familiar	Hombre						Mujer						Total	
	Grupos de edad													
	10-13 años		14-16 años		17-21 años		10-13 años		14-16 años		17-21 años			
	f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Buena función familiar	0	0,00	4	12,50	0	0,00	0	0,00	1	3,13	1	3,13	6	18,75
Disfunción Leve	5	15,63	1	3,13	2	6,25	3	9,38	7	21,88	1	3,13	19	59,38
Disfunción moderada	0	0,00	1	3,13	1	3,13	0	0,00	2	6,25	0	0,00	4'	12,50
Disfunción severa	1	3,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,25	0	0,00	3	9,38
Total	**6**	**18,75**	**6**	**18,75**	**3**	**9,38**	**3**	**9,38**	**12**	**37,50**	**2**	**6,25**	**32**	**100,00**

Fuente: *Escala APGAR Familiar aplicada a estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue"*
Elaborado por: *Yajaira Lizbeth Cueva Ruales*

Análisis: La aplicación de la escala mostró que predomina el grado de disfunción familiar leve con 59,38% (n=19), con 21,88% (n=7) en adolescentes mujeres de 14 a 16 años de edad y 15,63% (n=5) en hombres de 10 a 13 años de edad. Seguido por la buena función familiar con un total de18,75% (n=6), con 12,50% (n=4) correspondiente a hombres de 14 a 16 años de edad.

6.2 Resultados para el segundo objetivo

Identificar el nivel de ideación suicida de los estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" según sexo y grupo de edad.

Tabla 3. ***Ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" según sexo y grupo de edad, año lectivo 2022-2023***

Ideación suicida	Hombre						Mujer						Total	
	Edades													
	10-13 años		14-16 años		17-21 años		10-13 años		14-16 años		17-21 años			
	f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Nivel bajo	3	9,38	5	15,63	2	6,25	3	9,38	4	12,50	3	9,38	20	62,50
Nivel medio	3	9,38	1	3,13	1	3,13	0	0,00	5	15,63	0	0,00	10	31,25
Nivel alto	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,25	0	0,00	2	6,25
Total	**6**	**18,75**	**6**	**18,75**	**3**	**9,38**	**3**	**9,38**	**11**	**34,38**	**3**	**9,38**	**32**	**100,00**

Fuente: *Escala de Ideación suicida de Beck adaptada por Bobadilla aplicada a estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue"*
Elaborado por: *Yajaira Lizbeth Cueva Ruales*

Análisis: Los resultados arrojaron que prevalecen los niveles bajos de ideación suicida con 62,50% (n=20), correspondiendo a hombres entre los 14 a 16 años de edad un 15,63% (n=5) y 12,50% (n=4) a mujeres del mismo grupo etario. Solo el 6,25% (n=2) de la población mostró niveles altos de ideas suicidas.

6.3 Resultados para el tercer objetivo

Establecer la relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida en los estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue".

Tabla 4. ***Relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida en los estudiantes del Colegio del Bachillerato "La Tingue, año lectivo 2022-2023.***

Funcionalidad familiar	**Ideación suicida**						**Total**	
	Nivel bajo		Nivel medio		Nivel alto			
	f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Buena función familiar	5	15,63	1	3,12	0	0,00	6	18,75
Disfunción leve	13	40,63	6	18,75	0	0,00	19	59,38
Disfunción moderada	2	6,25	2	6,25	0	0,00	4	12,50
Disfunción severa	0	0,00	1	3,12	2	6,25	3	9,38
Total	**20**	**62,50**	**10**	**31,25**	**2**	**6,25**	**32**	**100**

Fuente: *Escala de APGAR familiar e Ideación suicida de Beck adaptada por Bobadilla aplicada a estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue"*
Elaborado por: *Yajaira Lizbeth Cueva Ruales*

Análisis: La disfunción familiar leve con 59,38% (n=19) presentó 40,63% (n=13) de niveles bajos de ideas suicidas, caso similar a la buena función familiar donde, del 18,75% (n=6) de casos el 15,63% (n=5) mostró niveles bajos de ideación. Por otro lado, la disfunción familiar severa con 9,38% (n=3) le correspondió 6,25% (n=2) de niveles altos de ideación suicida.

Tabla 5. ***Relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida según Chi cuadrado y V de Cramér, en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", año lectivo 2022-2023.***

Chi cuadrado	22,69
Grado de libertad	6
Grado de significancia (α)	0,01
Valor crítico	16,81
Coeficiente de asociación V de Crámer	*0,60

*Asociación moderada entre variables

Fuente: *Base de datos de resultados de escalas Apgar Familiar e Ideación suicida de Beck aplicadas a estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue".*
Elaborado por: *Yajaira Lizbeth Cueva Ruales*

Análisis: Mediante el estadístico de prueba chi cuadrado se obtuvo un valor de 22,69 mayor al valor crítico 16,81 lo que demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la ideación suicida. Luego, al calcular el coeficiente de asociación V de Crámer se estableció un grado de asociación moderada con 0,60.

7. Discusión

La identificación temprana de los factores de riesgo que llevan a una persona hacia el suicidio es crucial para la aplicación de medidas de prevención en favor de proteger la vida. Según varios autores, el funcionamiento de la familia tiene gran influencia en el desarrollo de los pensamientos suicidas, en especial en los adolescentes, grupo con gran vulnerabilidad física y psicosocial durante esta etapa de la vida.

Los resultados obtenidos respecto al funcionamiento familiar, muestran predominio de disfunción familiar leve con 59,38%, resultados que se asemejan con el estudio realizado por Huamaní y otros (2020) en estudiantes peruanos de secundaria, en donde se puede apreciar un 34% de disfunción leve y menor predominio de la funcionalidad familiar normal, mientras que en la presente investigación el grado de funcionalidad con menor prevalencia es la disfunción severa con 9,38%. Esto último similar a lo obtenido por Velasco (2018) en estudiantes universitarios, en el cual el 0.5% de la población presentó una familia severamente disfuncional, el 12.1% familia disfuncional, el 56% familia moderadamente funcional y el 31.3% una familia funcional. En cuanto a la variable sexo, se puede apreciar que el grupo donde mayormente se observan grados de disfuncionalidad severa, es en las mujeres, en particular las adolescentes entre los 14 a 16 años, hallazgos semejantes al estudio de Núñez y otros (2020) en donde la población femenina es la que evidencia niveles más altos de disfuncionalidad familiar frente a los hombres.

En relación a la ideación suicida, en este estudio priman niveles bajos de pensamientos autolíticos con 62,50%, siendo los hombres de 14 a 16 años los que presentan un 15,63%. Los niveles medios y altos de pensamientos suicidas se observan mayormente en las mujeres, en especial en las adolescentes de 14 a 16 años. Datos similares podemos encontrar en el estudio de Núñez y otros (2020) donde se observa en el género femenino un 69,7%, y un 30,3% asociado al género masculino. Además, se describe que aproximadamente el 58,5% de los sujetos de género masculino evaluados en ese estudio puntuaron ausencia de ideación suicida.

Una mayor exposición a factores de riesgo por parte de la población femenina puede explicar la mayor presencia de ideación suicida en ellas. Sin embargo, otros estudios han encontrado que los hombres tienen más probabilidades de intentar suicidarse, ya que adoptan medios más letales y, a menudo, más violentos que las mujeres. (Núñez, y otros, 2020)

El análisis de la relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida arrojó que las familias funcionales o levemente disfuncionales presentaron 50.26% de niveles bajos de ideación suicida, por el contrario, del 9,38% de adolescentes con disfunción familiar severa, el

6,25% mostraron niveles altos de pensamientos suicidas, y el porcentaje restante niveles moderados. La evaluación de la relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida mediante la utilización de la prueba Chi cuadrado obtuvo un puntaje de 22,69 que refleja la existencia de relación entre las variables, resultados que coinciden con Velasco (2018) en donde se consiguió una significancia de 0,034. Otros estudios como el de Núñez (2020) manifiestan la relación directa que se da entre la funcionalidad familiar y la presencia de ideas suicidas, teniendo que, a mayor grado de disfunción familiar existen mayores niveles de ideas de suicidio. Huamaní y otros (2020) según el estadístico Rho de Spearman encuentra por el contrario correlación negativa altamente significativa entre el funcionamiento familiar e ideación suicida e identificó un patrón creciente, es decir que a mayor presencia de una buena funcionalidad familiar habrá menos ideación suicida. Todos estos estudios coinciden en que existe relación significativa entre las variables estudiadas, sin embargo, los análisis estadísticos utilizados varían dependiendo de la perspectiva desde donde son estudiados.

Se debe tener en cuenta que el funcionamiento familiar pese a ser un factor de riesgo de gran impacto no es el único predictor para el desarrollo de conductas suicidas. Más bien se debe tomar un enfoque integral en cada uno de las situaciones que atraviesan y aspectos que conforman el entorno del adolescente y que lo hacen proclive de atentar contra su vida.

8. Conclusiones

En cuanto a la funcionalidad familiar más de la mitad de los adolescentes presentaron disfunción familiar leve, predominando en mujeres entre los 14 a 16 años de edad.

En la población predominó el nivel bajo de ideación suicida con características similares tanto en hombres como mujeres, siendo mayor en el grupo etario de 14 a 16 años.

Se encontró relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la ideación suicida.

9. Recomendaciones

Al Ministerio de Educación se sugiere la creación y el fortalecimiento de normativas dirigidas a la identificación temprana de factores de riesgo, prevención y promoción de la salud mental, aplicables en las instituciones educativas públicas y privadas de nuestro país.

Al Colegio de Bachillerato "La Tingue" se recomienda la implementación, entre sus colaboradores, de un profesional en salud mental que brinde asesoría y apoyo a los adolescentes en las distintas fases de su desarrollo.

A las familias se sugiere concientizar respecto de la asociación existente entre una familia disfuncional y la aparición de conductas de riesgo, garantizar un ambiente adecuado que permita el desarrollo integral del adolescente, y buscar apoyo en momentos de conflictos, con el fin de evitar impactos negativos en sus miembros.

Se recomienda a los adolescentes buscar ayuda en situaciones críticas o de estrés importante que ameriten de apoyo inmediato, ya sea profesional o de una persona de su confianza, cercana al entorno.

10. Bibliografía

Abarca, C., Gheza, C., Coda, C., & Elicer, B. (2018). Revisión de literatura para identificar escalas estandarizadas de evaluación del riesgo suicida en adultos usuarios de atención primaria de salud. *Medwave*, 1-16.

Amaral, A., Uchoa, J., Ney, F., Santos, M., Fernandes, R., & Milanes, L. (2020). Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enfermería Global*, 1-12.

Atoche Saavedra, M., & Sanchez, M. (2017). Ideación suicida y dimensiones del clima social familiar en estudiantes de una institución educativa pública, Chiclayo, 2017. *Universidad Señor de Sipán - Facultad de Humanidades*, 1-100.

Bahamón, M., & Alarcón, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el riesgo suicida en adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica*.

Bahamón, M., Alarcón, L., Trejos, A., & Uribe, I. (2017). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 50-61.

Barón, P. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*, 48-69.

Cañón, S., & Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 387-395.

Castellvi-Obiols, Pere, & Piqueras, J. (2019). El suicidio en la adolescencia. En *Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes* (págs. 45-59). España: Injuve.

Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y representaciones*, 49-78.

Castro, R., Maldonado, N., & Pilar, C. (2020). Propuesta de un modelo de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Colombia: un estudio de simulación. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 17-24.

Checa, V., Orben, M., & Zoller, M. (2019). Funcionalidad familiar y desarrollo de los vínculos afectivos en niños con problemas conductuales de la Fundación Nurtac en Guayaquil, Ecuador. *ACADEMO Revista de investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 149-163.

Cuesta, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista mexicana de pediatría*, 72-77.

Cusihuamán, A., Vert, V., Medina, J., Ávalos, D., & Ferreria, M. (2018). La disfunción familiar y su repercusión en el adolescente. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.*, 22-29.

Delfín, C., Cano, R., & Peña, E. (2020). Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. *Revista de Ciencias Sociales*, 42-53.

Distintas latitudes. (10 de Mayo de 2018). *Suicidio en América Latina: esta es la situación en siete países de la región*. Obtenido de https://distintaslatitudes.net/explicadores/suicidio-jovenes-en-america-latina#:~:text=Seg%C3%BAn%20los%20datos%20m%C3%A1s%20recientes,unas%2065%20mil%20muertes%20anuales.

El Universo. (12 de Mayo de 2022). Intentos de suicidio al alza preocupan en Loja; hospital Isidro Ayora atiende cuatro casos semanalmente. Loja, Loja, Ecuador.

Escobar Valencia, F. X. (2019). La funcionalidad familiar y su relación con la intencionalidad suicida. *Alternativas en Psicología*, 16-25.

Escobar, M., & Dejo, M. (2017). Disfunción familiar en adolescentes de un colegio privado en el distrito de Molina. *Universidad de Lima*, 18-32.

Faya, M., & Graell, M. (2021). La atención a la salud mental de la infancia y adolescencia en España. Un camino recorrido y un largo camino aún por recorrer. *Anales de pediatría*, 1-3.

Fondo de las naciones unidas para la infancia. (16 de 07 de 2021). *Adolescencia*. Obtenido de unicef: https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia

Fonseca, E., Inchausti, F., Perez, L., Aritio, R., & Ortuño, J. e. (2017). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de psiquitaría y salud mental*, 1-10.

Fonseca, E., Inchausti, F., Pérez, L., Aritio, R., Ortuño, J., Sánchez, M., & Lucas, B. (2017). Ideaci{on en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 1-10.

Forero, I., Siabato, E., & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 431-442.

García, C., & Parada, D. (2018). Construcción de adolescencia, una concepción histórica y social. *Universidad Humanística*, 347-373.

Gerstner, R., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffe, S., & Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jovenes de Ecuador. *Revista panamericana de salud pública*, 1-7.

Girard, G. (2017). El suicidio en la adolescencia y en la juventud. *ADOLESCERE- Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 22-31.

Gómez, A., Núñez, C., Agudelo, M., & Grisales, A. (2019). Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 147-163.

Graber, E. G. (Febrero de 2019). *Desarrollo del adolescente.* Obtenido de Manual MSD Versión para profesionales: https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/crecimiento-y-desarrollo/desarrollo-del-adolescente#

Guarnizo, A., & Romero, N. (2021). Estadística epidemiológica del suicidio adolescente durante el confinamiento por pandemia de Covid-19 en Ecuador. *Metro Ciencia*, 48-54.

Guemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M., & Hidalgo Vicario, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 233-244.

Guilbert, W., & Torres, N. (2001). Intento de suicidio y funcionamiento familiar. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 452-460.

Guzman, L. (2017). *La adolescencia, principales características.* Ciudad de México: Dirección general del Colegio de Ciencias y humanidades.

Huamaní, S., Márquez, R., Saavedra, M., Calle, X., & Hernández, R. (2021). Funcionamiento familiar e ideación suicida en estudiantes peruanos. *Revista Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapeútica*, 734-738.

Jerónimo, M., Piñar, S., Samos, P., Gonzalez, A., Bellsola, M., Agnes, S., . . . Córcoles, D. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 1-7.

Koppman, A. (2020). Aspectos generales del riesgo suicida en el médico general. *Revista médica clínica de las condes*, 163-168.

Londoño, V., & Cañón, S. (2019). Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: Revisión de tema. *Archivos de medicina*, 472-480.

Lopez, B., & Conejo, J. (2019). Protocolo diagnóstico y terapeútico del paciente con riesgo de suicidio. *Medicine-Protocolos de práctica asitencial*, 4962-4965.

Maldonado, R., Suarez, R., Rojas, A., & Gavilanes, Y. (11 de Julio de 2017). *La funcionalidad familiar: una determinante de la conducta de los adolescentes.* Obtenido de Revista electrónica de portales médicos - Medicina familiar: https://www.revista-

portalesmedicos.com/revista-medica/funcionalidad-familiar-conducta-de-los-adolescentes/

Mayorga, C., Gallardo, L., & Galvez, J. (2019). Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Revista Médica Chile*, 1283-1290.

Membrillo, A., Fernandez, M., Quiroz, J., & Rodriguez, J. (14 de Marzo de 2017). *Capítulo 10 Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar.* Obtenido de Medicina Familiar: https://www.medicosfamiliares.com/familia/instrumentos-de-evaluacion-de-la-funcionalidad-familiar.html

Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2021). *Lineamientos operativos para la atención a personas con intención y/o intentos suicidas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.* Quito: Subsecretaría Nacional de Provisión de los Servicios de Salud.

Ministerio de sanidad, política social e igualdad de Galicia. (2020). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.* Galicia: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia.

Morales, D., & Reyes, G. (2017). Construcción de identidad personal en adolescentes de 12 a 18 años que presentan problemáticas en identidad personal. *Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales*, 13-18.

Moreno, J., & Chauta, L. (2012). Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Investigación formativa*, 155-166.

Núñez, A., Reyes, L., Sanchez, M., Carmona, F., Acosta, J., & Moya, E. (2020). Ideacion suicida y funcionalidad en adolescentes del caribe colombiano. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapeútica*, 80-92.

Ordoñez, A., & Larriva, A. (2017). Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en adolescentes del bachillerato de la zona 7 del Ecuador 2016. *Repositoria Digital de la Universidad Nacional de Loja*, 6-15.

Organización mundial de la Salud. (18 de Enero de 2021). *Salud del adolescente*. Obtenido de Organización mundial de la Salud: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Organizacion Mundial de la Salud. (18 de Enero de 2021). *Salud del adolescente y del joven adulto*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions

Organizacion Mundial de la Salud. (17 de Junio de 2021). *Suicidio*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Ortega, M. (2021). Instrumentos de la atención familiar para la práctica familiar. *Revista Portales Médicos*.

Pineda Roa, C. A. (2017). Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales. *Revisa Colombiana de Psiquiatría*, 1-8.

Pineda, S., & Aliño, M. (1999). El concepto de la adolescencia. En M. d. Cuba, *Manual de prácticas clínicas para la atención en la adolescencia* (págs. 15-23). La Habana: MINSAP.

Pozo Ayala, J. M. (2021). Ideación suicida y estilos de afrontamiento . *Universidad autónoma de ICA*, 21-30.

Pugliese, S. (2019). Vínculos familiares disfuncionales asociado al riesgo suicida en la adolescencia. *Subjetividad y procesos cognitivos - Redalyc*, 17-31.

Quezada, N., Hernández, G., Hernández, B., Martinez, L., & Guerrero, N. (2021). Funcionamiento familiar relacionado con el riesgo suicida en adolescentes de una secundaria en Aguascalientes. *Lux Médica*.

Reyes Montenegro, V. (2016). Efectos de un programa cognitivo conductual en la depresión e ideación suicida en adolescentes de un hospital de Ferreñafe. *Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Facultad de ciencias histórico sociales y educación*, 1-111.

Rodriguez Molinero, L. (2017). El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios. *Pediatría Integral*, 261-269.

Rodriguez Molinero, L. (2021). Cambios psicológicos y emocionales durante la adolescencia. *Recoletas: Red hospitalaria - Medicina General*.

Román, V., & Abud, C. (2017). *Suicidio - Comunicación, infancia y adolescencia - Guía para periodistas.* Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Romano, M., & Pedernera, C. (2022). *Acces Medicina.* Obtenido de Fisiología Humana - Capítulo 76: Glándulas suprarrenales: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1858&sectionid=134369896

Ruiz Lázaro, P. (2013). Psicología del adolescente y su entorno. *Formación continuada*, 2-7.

Ruiz, A., & Rivas, A. (2017). Disfunción familiar en pacientes con intento de suicidio en el área de urgencias pediátricas. *Salud Pública de México*, 209-210.

Sanchez, J., Villalta, M., & Gonzalo, M. (2013). Ideación suicida. Madrid: Universidad de Valencia.

Silva, I. (2007). *La adolescencia y su interrelación con el entorno.* Madrid: Injuve.

Socha, M., Hernadez, E., Guzmán, Y., Ayala, A., & Moreno, M. (2021). Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes en atención primaria. *Archivos de Medicina*, 150-167.

Suarez, M., & Alcalá, M. (2014). APGAR familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 53-57.

SWI SWI swissinfo.ch. (10 de Septiembre de 2021). *Los suicidios aumentaron un 17 % entre enero y agosto de 2021 en Ecuador*. Obtenido de Sección internacional de la Sociedad Suiza de Radiotelevisión: https://www.swissinfo.ch/spa/ecuador-suicidio_los-suicidios-aumentaron-un-17---entre-enero-y-agosto-de-2021-en-ecuador/46939106

Trujillo, A., Vera, I., Salazar, N., & Romero, A. (2019). Función paterna y la subjetividad de los adolescentes. *Revista San Gregorio*, 49-68.

Universidad Técnica Particular de Loja. (26 de Marzo de 2021). *El suicidio em Ecuador*. Obtenido de https://noticias.utpl.edu.ec/el-suicidio-en-ecuador-como-identificarlo-y-prev

Urgilés, S., & Fernández, N. (2018). Adolescencia y disfuncionalidad familiar: análisis desde la migración de los padres. *Revista Killkana Sociales*, 197-202.

Valencia, A., López, G., Cardona, D., Segura, Á., Muñoz, D., Rojas, D., & Segura, A. (2021). Análisis Rasch de la escuela APGAR-familiar en adultos mayores de Colombia. *Hacia la promoción de la Salud*, 102-114.

Vera, F. (2018). Puntos claves sobre el APGAR familiar. *Medicina clínica y social*, 99-101.

Villarreal, D., & Paz, Á. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Proposición y representaciones*, 21-64.

Zamora Calvo, P. (1995). *Jóvenes de éxito. El camino del éxito. Programa de superación. Biografías que inspiran.* Ibalpe Editores.

Zumba, D. (2017). Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la fundación Proyecto Don Bosco. *Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, 11-55.

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación y pertinencia del trabajo de titulación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 1235-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 13 de Junio de 2022

Srta. Yajaira Lizbeth Cueva Ruales
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: "Ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", año lectivo 2022-2023", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita el 10 de Junio de 2022, por la Md. Mgs. Sandra Mejía, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido, considera aprobado y pertinente, quedando el tema aprobado de la siguiente manera: Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", año lectivo 2022-2023", puede continuar con el trámite respectivo.

Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, procede autorizar la modificación del tema, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

TANIA VERONICA CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Director.
TVCP/NOT

Anexo 2. Designación de director del trabajo de titulación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 1249-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 14 de Junio de 2022

Md. Mgs. Sandra Mejía
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", año lectivo 2022-2023", autoría de la Srta. Yajaira Lizbeth Cueva Ruales.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

TANIA VERONICA CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

Anexo 3. Autorización de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 1279-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 20 de Junio de 2022

Lcdo. Walter Cueva Rojas
RECTOR DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "LA TINGUE"
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones. Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa se digne conceder su autorización a la **Srta. Yajaira Lizbeth Cueva Ruales,** estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para poder aplicar dos cuestionarios a los estudiantes de Octavo año a Tercero de Bachillerato un Test a los usuarios de la Clínica Hospital Municipal, previo consentimiento informado; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación denominado: **Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", año lectivo 2022-2023**; trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la Md. Mgs. Sandra Mejía, Catedrática de nuestra Carrera.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

TANIA VERONICA CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
Contacto del Estudiante: celular: correo: yajaira.cueva@unl.edu.ec
C.c.- Archivo.
TVCP/NOT

Anexo 4. Autorización de recolección de datos por parte del Colegio de Bachillerato "La Tingue"

COLEGIO DE BACHILLERATO
"LA TINGUE"

Loja, 20 de junio de 2022

Dra. Tania Verónica Cabrera Parra
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
La Tingue. -

De mi consideración:

Por medio de la presente me permito informar a su autoridad que luego de revisar el Proyecto de Investigación titulado "FUNCIONALIDAD FAMILIAR E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "LA TINGUE", AÑO LECTIVO 2022-2023", autorizo a la Sra. Yajaira Lizbeth Cueva Ruales, estudiante de la carrera de Medicina para que proceda con la recolección de datos en la institución, así mismo se comunicará con el personal institucional para que se presten las facilidades necesarias para su realización.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente

COLEGIO DE BACHILLERATO "LA TINGUE" RECTORADO La Tingue - Chaguarpamba Loja - Ecuador

Lcdo, Walter Emigdio Cueva Rojas
RECTOR DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "LA TINGUE"
CI: 1102859749

COLEGIO DE BACHILLERATO
"LA TINGUE"

Loja, 20 de junio de 2022

Sra. Yajaira Lizbeth Cueva Ruales
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
La Tingue. -

De mi consideración:

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "FUNCIONALIDAD FAMILIAR E IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "LA TINGUE", AÑO LECTIVO 2022-2023", la autorizo para que proceda con la recolección de datos en la institución, así mismo se comunicará con el personal institucional para que se presten las facilidades necesarias para su realización.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente

COLEGIO DE BACHILLERATO "LA TINGUE" RECTORADO La Tingue - Loja

Lcdo, Walter Emigdio Cueva Rojas
RECTOR DEL COLEGIO DE BACHILLERATO "LA TINGUE"
CI: 1102859749

Anexo 5. Certificación Resumen en inglés

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN AL IDIOMA INGLÉS

Loja, 28 de julio de 2022

Lic. José Indalecio Cueva Rojas
LICENCIADO EN IDIOMA INGLÉS

CERTIFICO:

Que he realizado la traducción de español a inglés del **RESUMEN** derivado de la tesis titulada **"Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", año lectivo 2022-2023"** de autoría de **Yajaira Lizbeth Cueva Ruales,** con cédula de identidad 1150210399, egresada de la carrera de Medicina Humana de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo dirección de la Md. Mgs. Sandra Mejía, previo a la obtención del título de Médica General.

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer de uso de la presente en lo que creyera conveniente.

Lic. José Indalecio Cueva Rojas
Docente de Inglés de la Unidad Educativa Fiscomisional "Juan XXIII"

Anexo 6. Certificación de correcciones

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 25 de agosto de 2022

En calidad del tribunal calificador del trabajo de titulación denominado **Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", año lectivo 2022-2023**, de la autoría de la Sra. Yajaira Lizbeth Cueva Ruales portadora de la cédula de identidad 1150210399, previo a la obtención de título de Médico General, certificamos que se han incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal durante la sesión privada. Por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de titulación de grado, y autorizamos la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO

CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA
BANCO CENTRAL DEL ECUADOR
Firmado Digitalmente por: NATASHA IVANOVA SAMANIEGO LUNA
Hora oficial Ecuador: 25/08/2022 17:01

Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
YADIRA PATRICIA GAVILANES CUEVA

Dra. Yadira Patricia Gavilanes Cueva
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
MARIA SUSANA GONZALEZ GARCIA

Dra. Maria Susana González Cueva
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Anexo 7. Consentimiento informado

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

El consentimiento informado se puede definir como la autorización que hace una persona con plenas facultades físicas y mentales para que las o los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos. Contiene información que permite al paciente tener más información al momento de decidir si conceder o no el consentimiento

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a todos los estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", a quienes se los invita a participar en el estudio denominado: "**Ideación suicida y funcionalidad familiar en los estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue, año lectivo 2022-2023**"

Investigador: Yajaira Lizbeth Cueva Ruales

Director de tesis: Dra. Sandra Mejía

Introducción

Yo, Yajaira Lizbeth Cueva Ruales, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro realizando un estudio que busca determinar relación entre ideación suicida y funcionalidad familiar en los estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" a continuación, le pongo a su disposición la información y a su vez le invito a participar de este estudio. Si tiene alguna duda responderé a cada una de ellas.

Propósito: Conocer la relación entre ideación suicida y funcionalidad familiar de los estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue" del cantón Olmedo, Loja, Ecuador.

Tipo de intervención de la investigación: Esta investigación incluirá, la aplicación de dos formularios, el primero denominado "Escala de ideación suicida de Beck adaptada por Bonilla", utilizada para conocer el nivel de pensamientos o ideas suicidas; el segundo denominada APGAR Familiar, dedicada a valorar la funcionalidad de los sistemas familiares, cabe mencionar que la encuesta se encuentra validada, y su confiabilidad es aceptable.

Selección de participantes: Las personas seleccionadas para participar en el estudio son todos los estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue".

Participación voluntaria: La participación de su hijo en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir autorizarlo o no hacerlo. Usted puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio, aun cuando haya aceptado antes.

Beneficios: La realización de este estudio nos ayudará a recolectar y proveer información tanto a los estudiantes de la carrera de Medicina, a la Facultad de Salud Humana de la

Universidad Nacional de Loja, así como a la población en general sobre relación entre ideas suicidas funcionalidad familiar en los adolescentes; dichos datos podrán ser utilizados para estudios posteriores, siendo una base de datos para realizar comparaciones o como ejemplo para un estudio en una población de mayor número.

Confidencialidad: Toda la información obtenida de los participantes será manejada con absoluta confidencialidad por parte de los investigadores. Los datos de filiación serán utilizados exclusivamente para garantizar la veracidad de los mismos y a estos tendrán acceso solamente los investigadores y los organismos de evaluación de la Universidad Nacional de Loja.

Compartiendo los resultados: La información que se obtenga al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. No se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse: Si ha leído el presente documento y ha decidido participar en el presente estudio, entiéndase que su participación es voluntaria y que usted tiene derecho de abstenerse o retirarse del estudio en cualquier momento del mismo sin ningún tipo de penalidad. Tiene del mismo modo derecho a no contestar alguna pregunta en particular, si así, lo considera.

A quién contactar: Si tiene alguna inquietud puede comunicarla en este momento, o cuando usted crea conveniente, para ello puede hacerlo al siguiente correo electrónico yajaira.cueva@unl.edu.ec, o al número telefónico 0982836172.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha (Día/mes/año) _____

Anexo 8. Asentimiento informado

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

ASENTIMIENTO INFORMADO

Ideación suicida y funcionalidad familiar en los estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue, año lectivo 2022-2023

Hola mi nombre es Yajaira Lizbeth Cueva Ruales y soy estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Actualmente me encuentro realizando un estudio para conocer acerca de la relación que existe entre ideación suicida y funcionalidad familiar y para ello quiero pedirte que me apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en responder tomando en cuenta como tú te sientes en este momento, las escalas que te adjuntaré a este documento**.** Tu colaboración es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que me proporciones a las preguntas que se encuentran redactadas me ayudarán a conocer la situación que viven los adolescentes de la institución respecto a cómo se sienten sobre sí mismos, y sobre su entorno, y facilitará el poder ayudar a evitar situaciones peligrosas que se pueden presentar en un futuro. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrito de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

SÍ QUIERO PARTICIPAR ( )

Nombre: _____

Fecha: _____

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 9. Escala APGAR Familiar

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

ESCALA APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la misma.

Marque con (X) la opción que usted considere adecuada, y que represente su situación en este momento, respecto a los sentimientos hacia el funcionamiento de su familia.

PREGUNTAS	NUNCA (0)	CASI NUNCA (1)	ALGUNAS VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?					
¿Me satisface la forma en que tomamos las decisiones importantes en mi familia, compartiéndola entre todos?					
¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades?					
¿Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor?					
¿Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa, el dinero?					
¿Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos?					

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo 10. Escala de ideación suicida de Beck adaptada por Bobadilla

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

(Adaptación por Bonilla, 2004)

EDAD: _____ **SEXO: _____**

Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos o deseos. *Los siguientes ítems contienen una lista de preguntas las cuales tendrá que leer detenidamente y marcar con **(X)** la alternativa que crea conveniente. Trate de ser lo más honesto y serio al momento de responder las interrogantes. Recuerde contestar todas las preguntas*.

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Tiene deseos de morir?		
2. ¿Tiene razones para querer morir?		
3. ¿Siente que su vida ha perdido sentido?		
4. ¿Se siente útil en esta vida?		
5. ¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos?		
6. ¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?		
7. ¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?		
8. ¿Tiene pensamiento suicida con frecuencia?		
9. ¿Logra resistir a esos pensamientos?		
10. ¿Ha pensado en algún método específico?		
11. ¿El método es accesible a usted?		
12. ¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?		
13. ¿Ha realizado algún intento de suicidio?		
14. ¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?		
15. ¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?		
16. ¿Siente que tiene control sobre su vida?		
17. ¿Pierde las esperanzas cuando le pasa algo?		
18. ¿Piensa que su familia rara vez le toma en cuenta?		

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 11. Resultados Escala Apgar Familiar

			PREGUNTAS						
NÚMERO ASIGNADO	**SEXO**	**EDAD**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**TOTAL**	**INTERPRETACIÓN**
1	Mujer	16	1	1	0	2	0	4	Disfunción severa
2	Mujer	14	2	4	4	3	2	15	Disfunción leve
3	Hombre	17	4	3	3	2	3	15	Disfunción leve
4	Hombre	12	3	3	4	2	2	14	Disfunción leve
5	Hombre	12	4	2	3	4	4	17	Disfunción leve
6	Mujer	12	2	3	4	4	4	17	Disfunción leve
7	Mujer	14	3	3	2	2	2	12	Disfunción moderada
8	Mujer	14	4	3	4	4	4	19	Buena función familiar
9	Mujer	16	4	3	2	2	3	14	Disfunción leve
10	Hombre	11	0	1	0	1	0	2	Disfunción severa
11	Hombre	16	4	3	4	2	3	16	Disfunción leve
12	Hombre	13	4	2	4	2	4	16	Disfunción leve
13	Hombre	15	3	4	4	3	4	18	Buena función familiar
14	Mujer	13	4	4	4	2	2	16	Disfunción leve
15	Mujer	14	3	3	3	3	4	16	Disfunción leve
16	Hombre	16	3	4	4	3	4	18	Buena función familiar
17	-	-	-	-	-	-	-	0	-
18	Mujer	12	4	2	4	3	4	17	Disfunción leve
19	Mujer	16	0	0	0	0	1	1	Disfunción severa
20	Hombre	14	4	4	4	3	4	19	Buena función familiar
21	Mujer	16	4	3	2	3	4	16	Disfunción leve
22	Mujer	18	4	4	4	4	4	20	Buena función familiar
23	Mujer	14	4	3	3	1	3	14	Disfunción leve
24	Mujer	14	4	4	2	3	2	15	Disfunción leve
25	-	-	-	-	-	-	-	0	-
26	Mujer	17	3	2	3	1	2	11	Disfunción moderada
27	Hombre	13	3	3	3	3	3	15	Disfunción leve
28	Hombre	16	3	2	3	1	3	12	Disfunción moderada
29	Hombre	14	4	4	4	4	4	20	Buena función familiar
30	Hombre	17	3	2	4	4	3	16	Disfunción leve
31	Hombre	12	4	2	4	3	4	17	Disfunción leve
32	Mujer	15	4	4	4	2	3	17	Disfunción leve
33	Mujer	17	3	4	4	2	2	15	Disfunción leve
34	Hombre	17	2	3	3	2	2	12	Disfunción moderada

Anexo 12. Resultados Escala Ideación Suicida de Beck adaptada por Bobadilla

	PREGUNTAS																			
N	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**TOTAL**	**INTERPRETACIÓN**
1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	31	Alto nivel
2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	22	Bajo nivel
3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	22	Bajo nivel
4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Bajo nivel
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	20	Bajo nivel
6	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	21	Bajo nivel
7	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	25	Medio nivel
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Bajo nivel
9	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	23	Medio nivel
10	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	23	Medio nivel
11	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	20	Bajo nivel
12	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	28	Medio nivel
13	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	21	Bajo nivel
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Bajo nivel
15	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	Medio nivel
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	19	Bajo nivel
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
18	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	21	Bajo nivel
19	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	31	Alto nivel
20	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	27	Medio nivel
21	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	23	Medio nivel
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Bajo nivel
23	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Bajo nivel
24	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	20	Bajo nivel
25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-
26	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	22	Bajo nivel
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	19	Bajo nivel
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Bajo nivel
29	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	20	Bajo nivel
30	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	21	Bajo nivel
31	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	24	Medio nivel
32	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	23	Medio nivel
33	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	20	Bajo nivel
34	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	23	Medio nivel

Anexo 13. Proyecto de Trabajo de titulación

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud
Medicina Humana

Proyecto de Tesis

Título

Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato "La Tingue", año lectivo 2022-2023

Autor: Yajaira Lizbeth Cueva Ruales

Loja – Ecuador

Año

2022

1. Título

Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue”, año lectivo 2022-2023

2. Problematización

La funcionalidad familiar se define como la capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros, adaptarse y enfrentar las situaciones de cambio y proveer de un ambiente seguro. Una familia funcional es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus integrantes, solucionar conflictos evitando que lleguen a afectar la satisfacción de sus necesidades, así como propiciar un estado de salud favorable. (Quezada, Hernández, Hernández, Martinez, & Guerrero, 2021)

En la adolescencia, el rol de la familia es fundamental, ya que en esta etapa se adquieren los principales modelos de conducta, normas de convivencia, se establecen las relaciones interpersonales e interacciones con la sociedad. Es así que, una familia funcional constituye la base para el desarrollo adecuado del adolescente, desde el punto de vista psicológico como social. (Huamaní, Márquez, Saavedra, Calle, & Hernández, 2021)

Por el contrario, si la familia es disfuncional, con un vínculo inadecuado entre sus miembros, existen mayores probabilidades de que el adolescente tenga dificultades para desenvolverse en su entorno, interactuar con sus pares e incluso predisponer la aparición de un desequilibrio a nivel psíquico abriendo paso a pensamientos que pueden culminar en conductas de riesgo como el suicidio. (Ruiz & Rivas, 2017)

El suicidio se define como el acto con resultado letal ejecutado por la propia víctima, con el objetivo de producir la muerte. Todo empieza con la ideación suicida, un marcador de vulnerabilidad, que es el pensamiento acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación y que puede desencadenar en un intento de suicidio. (Cañón & Carmona, 2018)

En el mundo cerca de 703 000 personas se quitan la vida cada año; en 2019 el suicidio se situó como la cuarta causa de defunción en la población de 15 a 29 años. En el continente americano, se estima que la tasa de suicidios en 2015 fue de 9.8 por cada 100 mil habitantes, aproximadamente 65 mil muertes anuales. En Ecuador también es un problema importante, pues cada año más de mil ecuatorianos se quitan la vida, correspondiendo aproximadamente la mitad de los suicidios a adolescentes y jóvenes menores de 30 años, así, nuestro país se encuentra entre los 10 países con mayor incidencia de muertes autoinfligidas en jóvenes a nivel mundial. (Organizacion Mundial de la Salud, 2021) (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2021)

En adolescentes de 12 a 19 años el suicidio radica como la segunda causa más frecuente de mortalidad. En 2020, la base de datos de muertes violentas de Ecuador, reporta que, desde el 17 de marzo hasta el 13 de septiembre de ese año, se presentaron un total de 97 muertes de

etiología suicida en adolescentes, de las cuales 30 casos corresponden a adolescentes de 10 a 14 años, y 67 a adolescentes de 15 a 19 años. (Guarnizo & Romero, 2021)

Los pensamientos suicidas son frecuentes en la adolescencia, especialmente cuando existe un factor estresante importante, la mayoría de las veces son transitorios, sin embargo, cuando estos pensamientos son intensos y prolongados aumentan el riesgo de presentar una conducta suicida. La presencia de ideas suicidas se asocia con un mayor riesgo de futuros intentos de suicidio y es, en sí, un signo importante de angustia psicológica y requiere atención adicional. (Amaral, y otros, 2020)

Los factores de riesgo asociados con la ideación suicida en la adolescencia son multifacéticos e incluyen trastornos mentales, características personales, problemas de comportamiento del adolescente, dificultades en su grupo de pares y disfuncionalidad familiar. Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir en la descompensación de la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud socioemocional del adolescente (Castro, Maldonado, & Pilar, 2020)

El conocimiento de las características personales y familiares de los menores que intentan suicidarse aporta elementos importantes para el análisis de los mecanismos involucrados en este problema, con todo lo mencionado se plantean las siguientes interrogantes:

Pregunta General:

¿Cuál es la relación existente entre funcionalidad familiar e ideación suicida en los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue” en el año lectivo 2022-2023?

Preguntas Específicas:

- ¿En qué grado de funcionalidad familiar según sexo y grupo de edad se encuentran los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue” en el año lectivo 2022-2023?
- ¿Qué nivel de ideación suicida presentan los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue” en el año lectivo 2022-2023, según sexo y grupo de edad?
- ¿Cómo se relaciona el grado de funcionalidad familiar e ideación suicida en los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue?

3. Justificación

La funcionalidad familiar es un determinante fundamental en la adolescencia, ya que son las bases para un adecuado desarrollo y una acertada interacción con el entorno y con sus pares. Un adecuado clima familiar con relaciones afectivas sólidas, aumentará los niveles de seguridad, confianza y autoestima, favoreciendo las destrezas sociales, cognitivas y emocionales. Por el contrario, un ambiente familiar con relaciones disfuncionales entre sus miembros aumenta las probabilidades de que el adolescente presente conductas peligrosas como la ideación suicida que ponen en riesgo su vida.

Los estudios respecto a la asociación entre la funcionalidad familiar y la presencia de ideas suicidas en los adolescentes son escasos en nuestro medio, más aún en nuestra provincia, donde cada vez es mayor el número de adolescentes víctimas de suicidio.

La presente investigación se enmarca en la segunda línea de investigación de la carrera de Medicina: Salud enfermedad del niño y adolescente de la región sur del Ecuador o Zona 7, considerando que la principal finalidad de este estudio es contribuir con la detección temprana de conductas peligrosas que pueden culminar con un desenlace fatal, teniendo en cuenta que, los resultados brindarán una perspectiva general de la situación de los adolescentes que conforman la institución a la cual está dirigido, y permitirá una intervención oportuna así como la aplicación de medidas de prevención en caso de encontrar hallazgos relevantes, además servirá como precursor para estudios futuros ya sea para la aplicación en un grupo poblacional más extenso o para cotejar con otras investigaciones.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Determinar la relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida en los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue”, año lectivo 2022-2023.

4.2 Objetivos específicos

- Conocer el grado de funcionalidad familiar de los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue” según sexo y grupo de edad.
- Identificar el nivel de ideación suicida de los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue” según sexo y grupo de edad.
- Establecer la relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida en los estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue”.

5.Esquema de Marco Teórico

5.1 Adolescencia

5.1.1 Definición

5.1.2 Etapas

5.1.2.1 Adolescencia temprana

5.1.2.2 Adolescencia intermedia

5.1.2.3 Adolescencia tardía

5.1.3 Cambios durante la adolescencia

5.1.3.1 Desarrollo hormonal

5.1.3.2 Desarrollo físico

5.1.3.3 Desarrollo psicológico

5.1.3.3.1 Desarrollo cognitivo

5.1.3.3.2 Desarrollo de la identidad

5.1.3.4 Desarrollo social

5.1.4 Factores de riesgo

5.1.5 Factores de protección

5.1.6 Distinguir lo normal de lo patológico

5.2 Funcionalidad familiar

5.2.1 Definición

5.2.2 Parámetros básicos de la funcionalidad familiar

5.2.3 Familia funcional

5.2.4 Familia disfuncional

5.2.5 Evaluación de la funcionalidad familiar

5.2.5.1 Escala APGAR familiar

5.2.6 Funcionalidad familiar como factor de riesgo de suicidio

5.3 Proceso suicida

5.3.1 Momentos del proceso suicida

5.4 Ideación Suicida

5.4.1 Definición

5.4.3 Epidemiología

5.4.4 Clasificación

5.4.5 Factores de riesgo

5.4.5.1 Problemas emocionales y trastornos afectivos

5.4.5.2 Consumo de sustancias

5.4.5.3 Relaciones interpersonales e interacciones familiares

5.4.5.4 Acoso

5.4.6 Factores protectores

5.4.7 Diagnóstico

5.4.7.1 Escala de ideación suicida de Beck

5.4.8 Tratamiento

5.4.9 Prevención

6. Metodología

6.1 Área de estudio

Colegio de Bachillerato “La Tingue”, 14 de Julio y Acnelio Granda, Parroquia La Tingue, Olmedo, Loja, Ecuador.

6.2 Tipo de estudio

Se realizará un estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo, transversal y prospectivo.

6.3 Período

El estudio se llevará a cabo en el período lectivo abril 2022 – febrero 2023

6.4 Universo

Estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue".

6.5 Muestra

Quedará constituido por todos los estudiantes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

6.6 Criterios de inclusión

Estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue”, de octavo año de educación básica a tercer año de bachillerato.

Estudiantes legalmente matriculados en el año lectivo 2022-2023, que deseen participar en el estudio y que sus padres hayan firmado el consentimiento informado.

6.7 Criterios de exclusión

Estudiantes que no asistan el día de la recolección de datos.

Estudiantes que no completen de manera total las escalas aplicadas.

6.8 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el momento de nacimiento de una persona, hasta una fecha en concreto.	Biológica	Número de años cumplidos al momento de la recolección de datos.	10 – 13 años (Adolescencia temprana) 14 – 16 años (Adolescencia intermedia) 17 a 21 años (Adolescencia tardía)

Sexo	Características fenotípicas, biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Biológica	Fenotipo de órganos sexuales	Hombre Mujer
Funcionalidad familiar	Conjunto de atributos que caracterizan a la familia como un sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma como el sistema familiar opera, evalúa o se comporta.	Social	Puntajes obtenidos de la aplicación de la escala de APGAR familiar.	17-20= Funcionalidad normal 16-13= Disfunción leve 12-10= Disfunción moderada ≤9=Disfunción severa
Ideación suicida	Son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.	Psicológica	Puntaje obtenido de la aplicación de la escala de ideación suicida de Beck adaptada por Bobadilla a la población peruana en 2004.	18-22=Nivel bajo 23-29= Nivel medio 30-36=Nivel alto

7. Cronograma

Tiempo	**2022**																							
	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
Actividad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto																								
Revisión bibliográfica																								
Aprobación del proyecto																								
Recolección de datos																								
Organización de la información																								
Tabulación y análisis de datos																								
Revisión y corrección del informe final																								
Presentación del informe final																								

8. Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo total (USD)
Movilización (Transporte público)	Pasaje de bus	30	8,00	240,00
Movilización (Taxis)	Carrera de taxi	100	2,50	250,00
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	Resma de papel bond	8	4,00	32,00
Esferos y lápices	Un esfero Un lápiz	50	1,00	50,00
Impresiones a blanco/negro	Una hoja impresa	1500	0,05	75,00
Impresiones a colores	Una hoja impresa	300	0,15	45,00
CD en blanco	Un CD	4	1,00	4,00
Internet	Mes de servicio de internet	5	40,00	200,00
Anillados	Unidad del anillado	4	3,00	12,00
Empastados	Unidad del empastado	2	20,00	40,00
SUBTOTAL				948,00
IMPREVISTOS (20%)				189,60
TOTAL				1 137,60