UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE MAGISTER EN TERAPIA FAMILIAR

Clima familiar, apoyo social y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención familiar

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Moncada Moncada Rosa Flor

DIRECTOR: Cuenca Puma Geovanny Eduardo, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

2018

Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es

2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Mgtr.
Geovanny Eduardo Cuenca Puma
DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: Clima Familiar, Apoyo Social y su relación con la Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios Vulnerables: Una Propuesta de Intervención Familiar, realizado por: Rosa Flor Moncada Moncada, Ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, febrero de 2018

f) ……

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Rosa Flor Moncada Moncada, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Clima Familiar, Apoyo Social y su relación con Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios Vulnerables: Una Propuesta de Intervención Familiar, de la Titulación Magister en Psicoterapia Familiar, siendo Geovanny Eduardo Cuenca Puma director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Además, certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 de Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f) ……..

Autora: Rosa Flor Moncada Moncada

C.I: 1103567762

DEDICATORIA

Al Anciano de Días, por él y para él sea la gloria; a mi amado esposo, Rodrigo y a mis tres bellos hijos por regalarme su tiempo y animarme a cumplir mis metas.

AGRADECIMIENTO

Gracias Al Dador de la vida, mi refugio y fortaleza, por sostenerme cuando sentía caer; a mi querido esposo, muchas veces en silencio me decía que puedo llegar; a mi primogénita Abigail, aunque lejos la sentía cerca con sus palabras de ánimo “Usted si puede mamita”; mi hijo Israel, por su cariño y apoyo, haciendo muchas veces lo que yo tenía que hacer y mi pequeña Tabita, aunque niña ha sido mi consejera, mi confidente.

A mi querida Madrecita que todos los días me tenía presente en sus oraciones.

Mi agradecimiento también al Magister Geovanny Cuenca por su tiempo, conocimiento impartido y palabras de ánimo como director de mi trabajo de investigación.

A todas mis amigas y hermanas en Cristo que de una u otra forma contribuyeron para alcanzar una de mis metas.

INDICE DE CONTENIDO

CARATULA……..i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS iii
DEDICATORIA iv
AGRADECIMIENTO v
INDICE DE TABLAS viii
INDICE DE FIGURAS ix
INDICE DE ANEXOS x
RESUMEN 1
ABSTRACT 2
INTRODUCCIÓN 3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO 6
1.1. Suicidio 7
1.1.1. Conceptualización 7
1.1.2. Prevalencia 8
1.1.3. Comorbilidad 12
1.1.4. Factores de riesgo 13
1.2. Familia 14
1.2.1. Ciclo vital familiar 14
1.2.2. Dinámica familiar 18
1.2.3. Apoyo social familiar 19
1.2.4. Relación entre trastornos psicológicos y familia 20
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA 22
2.1. Objetivo general y específicos 23
2.1.1. Objetivo general 23
2.1.2. Objetivos específicos 23
2.2. Variables de estudio 23
2.2.1. Variable dependiente: Ideación suicida. 23
2.2.2. Variables independientes: Clima familiar y apoyo social. 23
2.3. Diseño de investigación 23
2.4. Población y muestra de estudio 24
2.5. Criterios de inclusión y exclusión 24
2.6. Tamaño de la muestra 25
2.7. Instrumentos de evaluación 25
2.7.1. Escala de Clima Social Familiar (FES) 25
2.7.2. Encuesta AD HOC 26

2.7.3. Escala Multidimensional de Apoyo Social 26
2.7.4. Escala de Suicidalidad de Okasha 26
2.7.5. Escala de Intencionalidad de Beck (1996) 26
2.8. Procedimiento 27
CAPÍTULO III. ANALISIS DE DATOS 28
3.1. Descripción de la población 29
3.2. Determinación de ideación suicida..... 30
3.2.1. Escala de suicidalidad de Okasha..... 30
3.2.2. Riesgo de Ideación suicida en los participantes..... 32
3.2.3. Escala de intencionalidad de Beck 33
3.3. Clima familiar: Escala de clima familiar (FES) 35
3.4. Apoyo Social 36
3.5. Factores Psicosociales..... 36
3.5.1. Características Individuales..... 36
3.5.2. Características Académico-Laboral..... 37
3.5.3. Características Familiares 38
3.5.4. Características Psicológicas..... 40
3.6. Relación ideación suicida con clima familiar y apoyo social 41
3.6.1. Relación con Clima Familiar..... 41
3.6.2. Relación con Apoyo Social..... 45
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN 46
CONCLUSIONES..... 53
RECOMENDACIONES..... 55
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR 56
CARACTERISTICAS GENERALES DEL PROGRAMA 57
BIBLIOGRAFIA..... 64
ANEXOS……...77

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje Incremento de suicidio en jóvenes universitarios…….....9
Tabla 2. Factores de riesgo para ideación suicida……14
Tabla 3. Etapas de acuerdo al ciclo familiar (Duvall, 1997) ……16
Tabla 4. Descripción sociodemográfica de los participantes……. 29
Tabla 5. Datos estadísticos Escala de suicidalidad…….. 31
Tabla 6. Descripción Escala de suicidalidad ……31
Tabla 7. Intencionalidad según el sexo……...31
Tabla 8. Número de intentos suicidas según el sexo……... 32
Tabla 9. Estudiantes con riesgo suicida……. 32
Tabla 10. Cuarto Ítem, Escala de suicidalidad……...33
Tabla 11. Participantes con riesgo de ideación suicida……33
Tabla 12. Escala de intencionalidad suicida de Beck……...34
Tabla 13. Estadística de escala Clima Familiar (FES)……. 35
Tabla 14. Descripción de Dimensiones Clima Familiar …….. 35
Tabla 15. Escala de apoyo social percibido……...36
Tabla 16. Datos sociodemográficos participantes con riesgo de ideación……37
Tabla 17. Nivel de satisfacción de vida……...41
Tabla 18. Prueba T entre riesgo de ideación con clima familiar (FES)……. 41
Tabla 19. Prueba T de muestras independientes FES……43
Tabla 20. Prueba T entre riesgo de ideación con apoyo social…….. 45
Tabla 21. Prueba T de muestras independientes Apoyo social Percibido…… 45

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de comportamiento suicida……..8
Figura 2. Gráfico Comparativo de tasas de promedio suicidio……. 11
Figura 3 Número de muertes violentas…… 12
Figura 4 Población universitaria que presentan ideación suicida……36
Figura 5 Características ausentismo en estudiantes……..38
Figura 6 Descripción laboral de participantes……..38
Figura 7 Escolaridad de los padres……... 39
Figura 8 Cohabitación de estudiantes……...40
Figura 9 Percepción de Salud…… 41

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Aprobación Comité de ética “Hospital Eugenio Espejo”……..78
Anexo 2. Consentimiento informado……80
Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico participantes……81
Anexo 4. Escala de Clima Social Familiar (FES)…….. 84
Anexo 5. Escala Multidimensional de Apoyo Percibido……... 87
Anexo 6. Escala de Suicidalidad de Okasha……. 88
Anexo 7. Escala de intencionalidad suicida de Beck……88
Anexo 8. Intervención familiar: Sesión uno: Contrato Terapéutico…… 91
Anexo 9. Sesión Uno: Lineamientos, reglas del grupo……91
Anexo 10. Sesión Dos: Técnica respiración profunda……..92
Anexo 11. Sesión Tres: Técnica de “La Escultura” ……..92
Anexo 12. Sesión Tres: Técnica del “Perdón” …….. 93
Anexo 13. Sesión Cinco: Técnica “Preguntas Circulares” ……..94
Anexo 14. Sesión Seis: Técnica “Silla Vacía” ……...94
Anexo 15. Sesión Siete: “Registro de Conflictos” …… 95
Anexo 16. Sesión Siete: “Lista posibles soluciones” ……... 95
Anexo 17. Sesión Siete: “Solución más acertada, aplicarla” ……. 95
Anexo 18. Sesión Nueve: “Distorsionas cognitivas” …… 96
Anexo 19. Sesión Nueve: Técnicas “Manejo de los pensamientos” ……96
Anexo 20. Sesión Diez: Técnica “Objeto metafórico” ……..97
Anexo 21. Sesión Diez: “Técnica del árbol” ……..98

RESUMEN

El propósito de esta investigación, fue evaluar la ideación suicida en jóvenes universitarios vulnerables y su relación con clima familiar y apoyo social, con la finalidad de crear un programa de intervención familiar. La muestra de estudio fue de 434 estudiantes con edades comprendidas entre 17 a 28 años con beca de apoyo económico. El diseño de investigación es de tipo cuantitativo con alcance correlacional porque evalúa las relaciones entre las variables. Los instrumentos de evaluación utilizados son el cuestionario sociodemográfico, escalas de: clima familiar (FES), Apoyo social, suicidalidad de Okasha y de Intencionalidad de Beck. Los resultados indican que el 13.5% (n=59) de la población presentan mayor riesgo de ideación suicida, el 8% (n=35) presentaron al menos 1 intento, con mayor predominio de las mujeres en riesgo e intencionalidad suicida, 37.2% (n=13) son hombres y 62.8% (n=22) mujeres. Además, refieren una relación significante < 0,05 entre ideación suicida con el clima familiar en la Dimensión de Relación en las subescalas “cohesión” y “conflicto”, igualmente indican relación con la variable de apoyo social.

Palabras claves: suicidio, ideación suicida, jóvenes universitarios, intencionalidad suicida, clima familiar, apoyo social.

ABSTRACT

The purpose of this investigation was to assess suicidal ideation in vulnerable college students and its relationship with family atmosphere and social support, with the aim of creating a family intervention program. The study sample was 434 students aged between 17 to 28 years with economic support scholarship. Design research is quantitative correlational range type because it assesses relations between the variables. The evaluation instruments used are the scales, socio-demographic questionnaire: family climate (FES), social support, suicidalidad Okasha and intentionality of Beck. Results indicate that 13.5% (n = 59) of the population are increased risk of suicidal ideation, 8% (n = 35) presented at least 1 bid, with greater predominance of women in risk and suicidal intention, 37.2% (n = 13) are men and 62.8% (n = 22) women. In addition, concern a significant relationship < 0.05 between suicidal ideation with the family atmosphere in the Dimension of relationship in the subscales "cohesion" and "conflict", also indicate relation with the variable of social support.

Key words: suicide, suicidal ideation, college students, suicidal intent, family climate, social support.

INTRODUCCIÓN

El tema del suicidio es un fenómeno social y contemporáneo de gran importancia a nivel mundial, se lo considera un problema grave de salud pública y mental que requiere especial interés, debido al aumento en los últimos años. El suicidio como tal se refiere al acto que tiene un individuo de quitarse la vida de forma voluntaria (Domínguez, Hermosillo y Vacío, 2016), precediendo la ideación o pensamientos de cómo hacerlo (González, Díaz, Ortiz y González, 2000).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] (2016), lo concibe como un acto deliberado e intencional que provoca una lesión auto infligida que termina con la muerte, es la parte manifiesta de la conducta suicida, con implicaciones personales, familiares y sociales que deben ser consideradas para su prevención. Además, factores psicosociales como: estrés, desesperanza, violencia, fracaso académico-laboral, tensión emocional, relaciones interpersonales, entre otros, puede conducir a los jóvenes a la autodestrucción (González, et al., 2000).

Las mayores tasas de suicidio se sitúan en países tales como Lituania, Federación Rusa, Bielorrusia y Kazaksta, con tasas de 37,02% hasta 26,7% por cada 100 mil habitantes. Corea del Sur, China y Japón sobresalen en el mundo asiático mientras que los países con menor tasa de suicidio se encuentran en América Latina a excepción de Cuba que presenta un alto índice de 13,5% (Betancourt, 2008). La población con mayor prevalencia en un 78% de suicidio son los países con ingresos bajos y medianos, siendo los métodos más comunes la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

En Norteamérica la tasa de suicidio es del 19,7%, en Centroamérica 7,8 %, y Sudamérica con una tasa del 6,2 % (Miranda, Hernández y García, 2016). Es importante mencionar que el género masculino comete más suicidio que el femenino en proporción de 5 a 1, casi en todos los rangos de edad, mientras que las mujeres lo intentan más que los hombres en la misma proporción. Asimismo, las personas de 75 años consuman el suicidio tres veces más que la población joven, no obstante, las tasas de suicidio en los jóvenes entre 15 a 25 años están creciendo alarmantemente (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006).

Según estudios realizados sobre ideación suicida en jóvenes universitarios en algunos países sobre factores de riesgo y de protección, se determina, en el caso de México que los factores de riesgo están relacionados con la desocupación, el haber vivido en la infancia solo con la madre o un familiar, consumo de drogas, acontecimiento catastrófico, haber recibido atención psicológica y bajo nivel socioeconómico (Córdova, Rosales, Caballero y Rosales,

(2007). En Puerto Rico, la ideación y conducta suicida en universitarios se debe a que están en una etapa de mucha ilusión y planificación del futuro, es una etapa de vulnerabilidad (Jiménez, 2008). En Colombia, se relaciona la ideación suicida con el estado depresivo, diagnóstico psiquiátrico, historia de abuso físico en la infancia y acceso a métodos letales (Sánchez, Guzmán y Cáceres, 2005). Por otro lado, en Chile los resultados indican incidencias muy altas en universitarios con antecedentes de fracaso escolar, dificultades socioeconómicas, trastornos de ánimo y ansiedad (Micin, y Bagdali, 2011), En Perú, se concluyó que la ideación suicida en adolescentes y jóvenes universitarios se determina por los niveles de cohesión familiar, indicando que la mayor prevalencia de ideación suicida se da en niveles muy bajos de cohesión familiar (Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales, 2006).

En el Ecuador, según datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], (2014), se presenta una tasa de 6,1 por cada 100 mil habitantes, sin embargo sufre un incremento cada año, a pesar de aquello las tasas siguen siendo inferior con respecto a otros países y el grupo más afectado son los jóvenes de 15 a 29 años, deduciendo que las familias en las que existe un miembro con intento de suicidio, las variables de cohesión, adaptación y comunicación se encuentran en niveles muy bajos indicando un marco de disfuncionalidad familiar (Abad, y Moyano, 2015).

Se concluye por lo anterior y por estudios realizados que los jóvenes universitarios son más vulnerables a tener riesgo suicida, debido a factores sociodemográficos, disfunción familiar y consumo de sustancias (Martínez, Romero, Rey, y Cañón, 2011). Así lo afirma Torres (2015), en un estudio realizado a estudiantes universitarios de la Universidad Técnica Particular de Loja [UTPL], que existen relaciones, aunque poco significativas estadísticamente entre las variables sociodemográficas y suicidalidad concluyendo que expresan mayor riesgo suicida: el género femenino, los jóvenes mayores de 18 años, los solteros y los estudiantes con bajos ingresos económicos. Por lo que se observa que los factores personales, psicosociales, clima social, y apoyo familiar, son factores de riesgo y de protección en todas las sociedades.

La familia al ser el ambiente de desarrollo y formación de personalidad del individuo junto con la sociedad y cultura, representa un enfoque de tratamiento preponderante frente a su actitud. Un aspecto fundamental en la vida del individuo se estima que es el clima familiar positivo, el cual provee un ambiente fundamentado en la cohesión afectiva paterno-filial, el apoyo, confianza, intimidad, y una comunicación abierta y empática, se ha determinado que potencia el ajuste conductual y psicológico de los hijos (Lila y Buelga, 2003; Musitu y García, 2004; Van Aken, Van Lieshout, Schölte y Branje, 1999), citado por Estévez, Murgui, Moreno y Musitu, (2008).

El apoyo social es otro de los aspectos claves a considerarse como factor influyente en la conducta de los individuos. Se refiere a "la percepción o la experiencia de que uno se siente amado y cuidado, estimado y valorado, y es parte de una red social de asistencia mutua y obligaciones" (Mendieta y Castro, 2013).

Por ello, la importancia del presente estudio, cuyo objetivo consistió en identificar la relación entre clima familiar, apoyo social y su incidencia con ideación suicida en estudiantes universitarios vulnerables de la Universidad Técnica Particular de Loja. Mediante la aplicación de instrumentos psicológicos como también la descripción de prevalencias de riesgo de ideación suicida, el clima familiar, apoyo social, además las correlaciones de estas variables, que fueron nuestro pilar en la creación del programa de intervención.

Debido a la problemática explicada anteriormente, es importante por los resultados obtenidos en la población universitaria, la creación de nuestro programa de intervención, orientado a ayudar tanto al joven como a su familia a manejar buenas relaciones interpersonales, solución de conflictos, fortalecerse como red de apoyo significativa y establecer un clima familiar adecuado.

Interviniendo a la familia se pretende disminuir la tasa de riesgo de ideación suicida en los estudiantes, proveyendo la contingencia y el sostenimiento necesario mediante técnicas psicoterapéuticas desde un enfoque sistémico. Así mismo se aportará con datos relevantes para el conocimiento científico-académico.

El presente trabajo está dividido en cuatro capítulos, el primero comprende el marco teórico y abarca el apartado de suicidio que incluye: conceptualización, prevalencia, comorbilidad y factores de riesgo; y el apartado de familia que abarca: ciclo vital familiar, dinámica familiar, apoyo social y la relación entre los trastornos psicológicos y la familia. En el segundo capítulo se presenta la metodología con los siguientes apartados: objetivos general y específicos, variables de estudio (dependiente e independientes), diseño de investigación, población y muestra de estudio, criterios de inclusión y exclusión, tamaño de la muestra; y la descripción de los instrumentos empleados como: escala de clima familiar, encuesta AD DOC, escala multidimensional de apoyo, escala de suicidalidad de Okasha y de intencionalidad de Beck, y finalmente el procedimiento.

En el tercer capítulo se describe el análisis de los datos obtenidos en el presente trabajo de investigación con el respectivo análisis de las distintas variables como: ideación suicida, clima familiar, apoyo social, factores psicosociales y la relación entre ideación suicida con clima familiar y apoyo social; el cuarto capítulo incluye la discusión y finaliza con conclusiones, recomendaciones, el programa de intervención familiar, la bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Suicidio

1.1.1. Conceptualización

El suicidio, desde el inicio de la historia humana ha sido considerado como una cuestión moral que refleja el planteamiento de la iglesia cristiana a finales del siglo XIV (Rojas, 2013, p. 79) si es correcto, aceptable o rechazable es un punto de cuestionamiento que deriva de las ideologías de los grupos sociales. El suicidio toma protagonismo a través de los tiempos porque es el producto de frustraciones, sentimientos de culpa, fanatismo, venganza, manifestación de fe y poder, a esto Dussel (1998), estima una contraposición o paradoja en donde en el suicidio, matar en nombre de la vida no es menos contradictorio que matarse en nombre de la vida. Por ello se resalta que el comportamiento humano dependerá en virtud de sus cogniciones que han sido implantadas por la misma sociedad, de los aciertos o desaciertos, de las experiencias e influencias de sus semejantes para autodefinirse y actuar como victimario o víctima de la muerte.

Etimológicamente la palabra “Suicidio” se deriva del latín sui, que significa “a sí mismo”, y caedere, que significa “matar”, entendiendo al suicidio como “el acto de matarse voluntariamente a sí mismo” (Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007). Es visualizado como un escape a un problema o a una crisis que produce intenso sufrimiento (Betancourt, 2008). También como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo, realizado por la misma víctima (Durkheim, 1994, p.16). Además, añade, que el suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de la sociedad religiosa, doméstica, política (p. 175). Estimado como un acto voluntario en que el individuo intenta ponerle fin a su existencia; la conducta suicida es definida como un conjunto de ideas, afectos y comportamientos que van desde los pensamientos de quitarse la vida hasta la consumación del acto suicida, comprende tanto factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan entre sí (Gómez, 1996) añadiendo, además, los factores sociodemográficos (Martínez, Romero y Cañon, 2010). Se deduce por lo mencionado que el suicidio es el producto del malestar interno e impotencia del individuo para afrontar la vida de forma racional y en resiliencia, le pone fin a su existencia y a la oportunidad de desarrollarse como persona.

Referente a la forma como interviene la ideación para consumar dicho acto, Durkheim, (1994, p.14), considera que: “entre las diversas especies de muerte hay algunas que presenta el rasgo particular de que son obra de la víctima misma, que resultan de un acto cuyo autor es el individuo y que se fundamenta en la ideación”. Se estima como la fase de inicio del proceso del suicidio, se argumenta también como la más importante a ser considerada en la prevención del comportamiento suicida (González, 1998).

El comportamiento suicida pasa por un proceso sistemático según Pérez (2015), inicia desde los pensamientos o ideas sobre la muerte o deseos de morir, conocida como "ideación suicida" cuya finalidad del individuo es terminar con su propia existencia, puede presentarse con planeamiento del lugar, método, tiempo, precauciones que ha de tomar para lograr el propósito. Al contrario, en la ideación sin planeación el individuo expresa deseos de matarse, aunque no sabe cómo, cuándo ni dónde hacerlo. Luego de los pensamientos vienen la "amenaza suicida" que es la expresión verbal o escrita del deseo de matarse o morir, luego el "Intento suicida" acto destructivo, auto infligido, no fatal con el deseo o intención de quitarse la vida, por último, está la "muerte por suicidio o suicidio consumado" que es el acto autodestructivo que conduce a la muerte (Fig. 1). No todos los suicidios consumados han sido antecedidos por la ideación suicida, ya que se pueden presentar de manera impulsiva (Kessler, Borges & Walters, 1999; González, Arana & Jiménez, 2008). Así también, se estima que el comportamiento suicida en la población joven está asociado a diversos trastornos mentales y a estresores psicosociales (Duarte y Lorenzo, 2012).

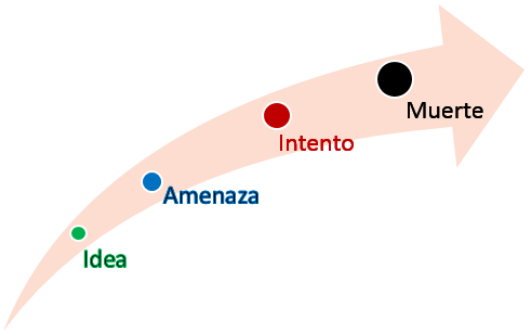

Figura 1. Proceso del comportamiento suicida
Fuente: Pérez (2015).
Elaborado por: Moncada, 2017.

1.1.2. Prevalencia

El suicidio es considerado como un problema de salud a nivel mundial y en la población universitaria es más complejo de entenderlo e identificarlo para intervenir. Se evidencia en virtud de los reportes de las consejerías estudiantiles universitarias por ello la necesidad de tener un plan de contingencia y de orientación del suicidio para jóvenes vulnerables. El departamento de Salud de los Estados Unidos en conjunto con el Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], apoyaron la creación de un documento sobre la salud mental y la prevención en las universidades con el fin de ayudar a los jóvenes. Existe un incremento de suicidio en la población universitaria, especialmente en los hombres (jóvenes entre 20-24 años) marginalmente produciéndose un aumento en los demás rangos de edad hasta jóvenes de 34 años (Tabla 1). Además, se determinan que 1088 suicidios ocurren en el campus universitario durante el año (*Suicide Prevention Resource Center*, 2004).

Tabla 1. Descripción de suicidio en jóvenes universitarios en EEUU. Según rango de edad. Año 2004.

Años	Porcentaje
15-19	7.95%
20-24	11.94%
25-29	12.56%
30-34	12.89%

Fuente: Prevention Resource Center (2004).
Elaborado por: Moncada, 2017.

La ideación suicida al ser las cogniciones del sujeto, es difícil su cuantificación, los intentos suelen ser reportados por los servicios de emergencias y muchos otros quedan fuera de las estadísticas al no hacerlo. Se estima que uno de cada cuatro intentos suicidas es conocido por un profesional (Kienhorst, De Wilde, Van den Bout, Diekstra y Wolters, 1990). En general, la predicción de los actos suicidas no es una tarea fácil, la evaluación de este riesgo es aún difícil en pacientes que acuden manifestando ideación suicida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1996). Además, se estima que el 90% de los suicidas tienen una enfermedad mental importante y el diagnóstico psiquiátrico con mayor frecuencia es la depresión, además de otros como: trastornos de la personalidad, esquizofrenia, al consumo de alcohol y otras sustancias se encuentran relacionados.

En el comportamiento suicida, la ideación es la más frecuente, una población importante de personas reconoce que la han presentado en algún momento de su vida y un tercio de ellas pasarían a planificar un intento; y el 10% de estas lograrían efectivizarlo (Bell & Clark, 1998). Argumentan además que las personas que consuman el suicidio han dado aviso previo de sus intenciones a sus familiares o amigos, pero la mayoría de veces fueron desestimadas. Según la OMS (2002), se suicidaron casi un millón de personas a nivel mundial, por lo que estima que esta cifra podría duplicarse en 20 años; así mismo el 25% de quienes lo intentaron una vez, lo volverán a intentar dentro del año siguiente y un 10% lo volverán a hacer dentro de diez años (OMS, 2004). Se considera que el suicidio en jóvenes de 15 a 25 años está creciendo de forma preocupante (OMS, 2002), y según estudios epidemiológicos refieren que el género masculino comete más suicidios que el femenino, mientras que las mujeres lo intentan más que los hombres, no llegando a consumarlo (Pérez y Calderón, 2012), esta diferencia se centra en el método que utilizan para autolesionarse, los hombres utilizan métodos de alta letalidad como las armas de fuego, ahorcamiento, lanzamiento de alturas, además depende del acceso que tienen a las armas de fuego y la disposición emocional para hacerlo, (Puentes, López y Martínez 2004; Sánchez y Guzmán, 2004) mientras que las

mujeres utilizan métodos menos letales como los insecticidas, ingesta de medicamento y cortes (OMS, 2017).

Además, la OMS (2002), considera que entre el 45% y 70% de quienes lo intentan son personas con trastornos depresivos, rasgos de impulsividad y agresividad, trastornos de personalidad y problemas de alcoholismo. A criterio de Bertolote, Fleischmann, Bolgari, Botega, Tran, Philips, Schiebusch, (2005), la ideación suicida es 1.7 veces más frecuentes en mujeres.

En países como China, Suecia, Australia y Nueva Zelanda, el suicidio constituye la principal causa de mortalidad entre los jóvenes, la tasa de suicidio se cree que es mayor en Norteamérica que en los países Europeos y además es la tercera causa de muerte entre los jóvenes, En México según estudios del Centro de Estadísticas de Intentos de Suicidio [CEIS], (2003), el suicidio se ha incrementado en los últimos años en la población joven, para el año 2002, en promedio se registraron 263 actos suicidas por mes y nueve por día a nivel nacional, así mismo se determina su distribución porcentual de 2615 hombres y 545 mujeres (p.12), se especifica que por cada mujer suicida se identifica cinco hombres suicidas entre 15 y 34 años de edad (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], (2002). En países como Puerto Rico, según datos del Departamento de Salud, un total de 198 jóvenes entre las edades de 15 y 19 años se han suicidado en los últimos años siendo esa la tercera causa en muerte en esta población (González Ramos, 2006).

En Sudamérica países como Colombia el intento de suicidio tiene una prevalencia de las mismas características a la de los otros países, la población con mayor riesgo suicida es los jóvenes entre 16 a 21 años, presenta como factores de riesgo la depresión y la ansiedad (Gómez, Rodríguez, Bohórquez, Díazgranado y Ospina, 2002). Se observa un incremento importante durante los últimos 20 años y se estima entre tres y cinco por cada 100 mil habitantes, especialmente en la ciudad de Bogotá (Ballesteros, Gutiérrez, Sánchez, Herrera Medina, Gómez y Bouquet, 2010). En el caso de Chile en un estudio realizado por la Encuesta Mundial de Salud Escolar (2005), reveló que 20% de los jóvenes chilenos ha considerado seriamente suicidarse, mientras que entre 15,3 y 16,5% de ellos ha hecho planes sobre cómo hacerlo. En la parte noreste del Perú, jóvenes indígenas entre ellos universitarios del pueblo Aw Ajun, son causa de honda preocupación para los padres y madres de familia por la alta incidencia, continuidad y el aparente incremento de los casos e intentos de suicidio (Tuesta, Nuwaka, García y Tobón, 2012).

Así mismo en el Ecuador se presenta una tasa de 6.1 por cada 100 mil habitantes, sin embargo, la tasa crece anualmente, el grupo más vulnerable son los jóvenes de 15 a 29 años (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2014). Cuando se establece la

comparación entre la tasa de suicidio a nivel de Ecuador con los demás países de Latinoamérica y Europa, se determina que la incidencia es muy baja, la tasa más alta se asigna a los países europeos. (Fig. 2).

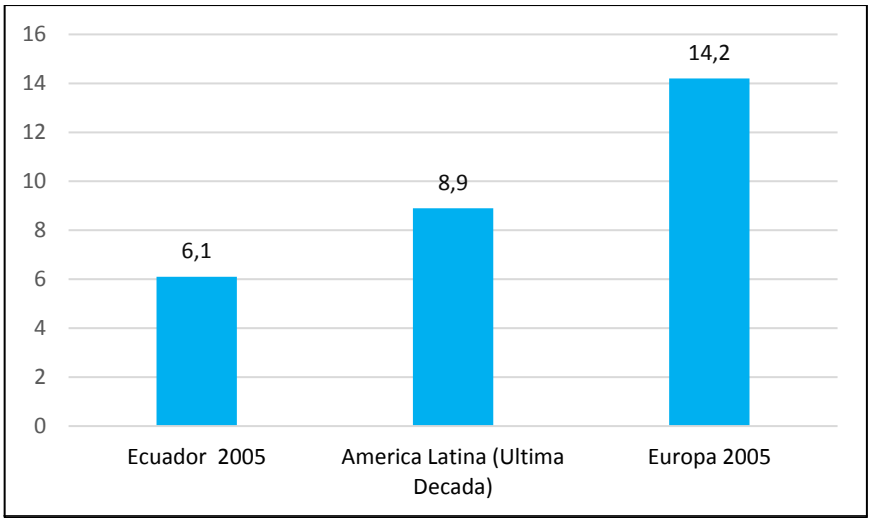

Figura 2. Comparación de tasas de promedio de suicidio.
Fuente*:* INEC (2006) y OMS (2005).
Elaborador por*:* Moncada, 2017.

En el Ecuador se estima que las familias en las que existe un miembro con intento suicida las variables de cohesión, adaptación y comunicación se encuentran en niveles muy bajos, lo cual refiere un marco de disfuncionalidad familiar (Abad y Moyano, 2015). En la provincia de Loja se estima entre los meses de enero a agosto se han registrado 13 suicidios, de los cuales once son hombres y dos mujeres, por problemas sentimentales, económicos y mentales, el mayor número es de la población urbana (Diario Crónica de la tarde, 2017). Se puede establecer que la población rural tiene menos incidencia que la urbana (Durkheim, 1994, p. 174), confirmando de esta forma los casos mencionados. Se estima que hay más de 1,000 suicidios por año en las universidades (American Association of Suicidology, 2006).

Es notorio que el porcentaje de suicidio en el Ecuador es inferior a otros países de América Latina, pero a pesar de ello se observa un incremento de forma particular en la población juvenil, en el cual el sexo masculino es muy prominente en casos de suicidios consumados mientras que las mujeres presentan más intentos. Esto lo confirman las estadísticas del INEC (2017), en cuanto al número de muertes violentas por sexo a nivel nacional durante el año 2016, el suicidio se ubica en un tercer lugar con 1.219, de los cuales 953 son hombres y 266 mujeres. De esta forma se deduce la mayor prevalencia de suicidio en el género masculino que el femenino (Fig. 3).

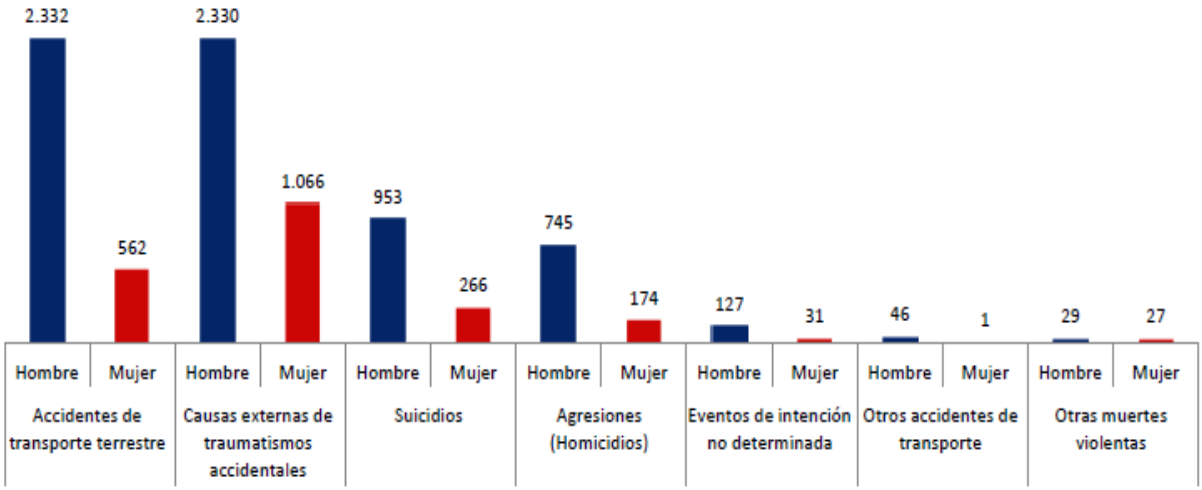

Figura 3. Número de muertes violentas
Fuente: INEC (2017).
Elaborado por: Moncada, 2017.

1.1.3. Comorbilidad

Al hablar de la comorbilidad del suicidio, establecemos la correlación entre el comportamiento suicida y los trastornos de personalidad y psiquiátricos; el DSM-5 (2014), estima que el comportamiento suicida está presente en los trastornos mentales como: el depresivo mayor, ansiedad, esquizofrenia, esquizoafectivo de pánico, estrés postraumático, abuso de sustancias, de personalidad, antisocial de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de adaptación. Se estima que en la población juvenil más del 90% presentan algún trastorno mental en el momento de llevar a cabo el acto suicida, y el 50% presentan un trastorno mental en los dos años previos al intento suicida (Torres, 2015).

Se recalca a si mismo que los desórdenes de ánimo y el uso de sustancias es la combinación de diagnósticos más común en las personas que se suicidan. Además, refiere que existe una correlación entre los desórdenes del ánimo con el uso de sustancias es el diagnóstico más común entre los individuos que se suicidan (Duarte, Lorenzo y Rosello, 2012). Otros estudios han encontrado que los trastornos mentales y las adicciones son los factores de riesgos con mayor influencia para el comportamiento o conducta suicida en todos los grupos humanos. También se estima que los estudiantes que han presentado ideación suicida están más vulnerables al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales (Jiménez, 2008).

La comorbilidad depresión- ansiedad forma uno de los factores con mayor riesgo de conducta suicida (Baca & Aroca, 2014). Como también factores afectivos, de personalidad y su fuerte relación con el abuso de sustancias. El riesgo de conducta y comportamiento suicida en una persona alcoholizada representa entre el 10% y 15%, los que mueren por suicidio entre el 5% y 25%, el 75% de 100 alcohólicos con trastorno del estado de ánimo consuman el suicidio.

El alcohol al ser considerado como un depresor y desinhibidor del sistema nervioso central, aumenta el riesgo suicida tanto en personas dependientes del alcohol y las que no los son (Roy y Linnoila, 1986). El suicidio supone un incremento de entre un 20% y un 30% en la tasa de muerte de personas con un problema de alcoholismo en comparación con la población general (Rossow y Amundsen, 1995). Los adolescentes que hacen uso de sustancias adictivas están en mayor riesgo de presentar síntomas depresivos, ideación suicida severa, e intentos suicidas. Así mismo, en los jóvenes la depresión se asocia tanto a la ideación como a la conducta suicida, ocasionando de esta forma el aumento de riesgo tanta para ambos sexos (Evans, Hawton & Rodham, 2004; Vander et al., 2011). Así mismo, la distimia y los trastornos de ansiedad presentan una comorbilidad alta con riesgo de intentos suicidas (Steele & Doey, 2007). Por lo mencionado se observa que los factores psico sociodemográficos repercuten de forma directa en la ideación y conducta suicida en el individuo y de su manifestación depende la resiliencia con la que enfrente a dichos factores.

1.1.4. Factores de riesgo

Se considera que el suicidio al ser definido como un problema universal y multicausal, intervienen muchos factores como el sexo, la cultura, el grupo étnico, historia familiar, trastornos emocionales, violencia, maltrato infantil, condiciones socioeconómicas, que además pueden convertirse en factores protectores para el individuo (Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología [INHEM], 2016).

Se determina que las tendencias de las conductas suicidas pueden verse afectadas por factores psicosociales como cambios en el estilo de vida especialmente en la población joven lo que llevaría a una relación con los trastornos depresivos, problemas académicos, desempleo, uso y abuso de alcohol o de otras sustancias, como también un pobre acceso a tratamientos específicos y un fácil acceso a métodos más letales de suicidio (Ballesteros et al., 2010). Además, los síntomas de depresión específicamente, la desesperanza conduce a los jóvenes universitarios a la ideación suicida o conducta suicida (Gutiérrez, Osman, Kopper, Barrios & Bagge, 2000; Heisel, Flett & Hewitt, 2003; Konick & Gutiérrez, 2005).

Estudios como los realizados en la Universidad de Puerto Rico, se han encontrado que los trastornos mentales y de adicción son los factores de riesgo más poderosos para la conducta e ideación suicida en todos los grupos de edades y están presentes en sobre el 90% de los suicidios completados, que además por los problemas mentales registrados acuden a centros de consejería por ayuda. Así lo indican estudios realizados con jóvenes que se suicidaron, el 60% indicó un trastorno depresivo en el momento de su muerte, además, otros estudios mostraron otros constructos asociados con la ideación y conducta suicida como: la impulsividad- agresión, ansiedad, desvinculación social/autoconciencia (Jiménez, 2008). En

este sentido, se tiene datos estadísticos en una encuesta que se realizó a universitarios de cuatro universidades de Estados Unidos sobre sus experiencias en cuanto al suicidio las razones citadas con mayor frecuencia fueron la desesperanza (49%), sentimientos de soledad (47%), impotencia (37%), problemas de pareja (27%), problemas económicos (26%), otros en menor porcentaje (Furr, McConnell, Westefeld, & Jenkins, 2001).

Sin embargo, según la OMS, (2002), considera que otro de los factores es el acceso del individuo a los medios para quitarse la vida (armas, medicamentos, venenos agrícolas) es un importante factor de riesgo en sí mismo y un determinante significativo del éxito o el fracaso de los intentos, como también las enfermedades somáticas, sobre todo las dolorosas, incapacitantes o terminales.

En cuando a los factores de riesgo no se ha encontrado estudios que afirmen una predisposición genética o hereditaria del suicidio, como lo afirma Durkheim, (1971): “lo que se hereda no es la tendencia al suicidio, sino que lo que se trasmite es un cierto temperamento general que puede llegado el caso, predisponer a los sujetos al suicidio”. Al no ser el suicidio trasmitido genéticamente, se evidencia que el contexto de desarrollo personal, familiar y ambiental determina la predisposición del individuo a quitarse la vida o a padecer ideación e intentos suicidas (ver Tabla 2).

En las últimas décadas se ha visto un alza nacional en los estudiantes que presentan problemas de salud mental severos y que buscan ayuda en los centros de consejería (Haas, Hendin & Mann, 2003; Kitzrow, 2003). Se estima que hay más de 1,000 suicidios por año en las universidades (American Association of Suicidology, 2006).

Tabla 2. Factores de riesgo para la ideación y comportamiento suicida.

❖ Trastornos depresivos y ansiedad
❖ Problemas psiquiátricos (esquizofrenia)
❖ Sentimientos de soledad y desesperanza
❖ Consumo de alcohol u otras sustancias
❖ Problemas familiares (problemas de pareja)
❖ Problemas académicos
❖ Problemas económicos
❖ Estresores sociales (desempleo, pobre acceso a tratamientos específicos, presión social, desvinculación social, agresión, maltrato).

Fuente: OMS (2002).
Elaborado por: Moncada, 2017.

1.2. Familia

1.2.1. Ciclo vital familiar

En la actualidad, la familia sigue siendo la unidad relacional básica de la sociedad, es un sistema abierto donde sus miembros interactúan entre sí, se desarrollan, ejercen una influencia muy estrecha, donde se brinda protección, cuidado, valores, tradiciones, hábitos y

costumbres para que se desarrollen como seres humanos integrales. Así mismo, Rodrigo y Palacios (1998), consideran que la familia actúa también como una red de apoyo en las distintas transiciones o también como fuente de apoyo ante los problemas y conflictos surgidos dentro y fuera del ámbito familiar. Desde un enfoque estructuralista Minuchin y Fishman (1985), describen a la familia como:

Grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución […] ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de ésta.

Al estimarse a la familia como un sistema abierto que pasa por un proceso de transformaciones propias de cada uno de los miembros, se presencia el ciclo vital familiar, entendido como el conjunto de factores de cambio que establecen una etapa de adaptación y relación intra y extrafamiliar que repercute para bien o para mal en cada uno de sus miembros (García y Estremero, 2003). Además, consideran que este ciclo vital explica de forma secuencial o sistemática a la familia y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros; la Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS, (2003) describen que la salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; por lo que debe brindar a cada miembro e integrante de la misma de un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los miembros.

Cuando se habla del suicidio dentro del círculo familiar, se enfoca la muerte desde otra particularidad, el sentimiento de pérdida va acompañado de sentimientos de vergüenza, miedo, rechazo, culpa y enfado, provocando de esta forma que el duelo o el afrontamiento de la familia sea más intenso o dure más tiempo (Garciandía, 2013). Por ello la necesidad de enfocarnos en la dinámica que se dan en la familia para determinar cómo repercuten las distintas etapas del ciclo vital de la familia en los miembros.

Minuchin (1986), percibe que la familia se desarrolla en función de cuatro etapas de las cuales el sistema a familiar sufre variaciones, las distintas etapas o periodos pueden producir transformaciones al sistema de una etapa a la otra, muchas de las veces trayendo complicaciones severas. Además, argumenta que cada etapa requiere de reglas interna como externas para relacionarse y que cuando se produce un estancamiento en alguna etapa del ciclo vital se “puede llevar a la disfuncionalidad familiar y manifestaciones sintomáticas”.

El ciclo vital de la familia pasa por un proceso de etapas con características específicas según Duvall, (1977), la familia pasa por un proceso de evolución donde la edad del primer hijo y el número de hijos determinarán dicho esquema. A cada etapa le corresponde funciones o tareas específicas donde cada uno de los miembros deben cumplirlo, el

incumplimiento de estas asignaciones ocasiona que la dinámica y funcionalidad de la familia sufra alteraciones y los miembros más vulnerables se incomodan (Tabla 3). Al respecto, García y Estremero (2003), se refieren a las características de cada una de las etapas del ciclo vital de la familia con características relevantes, se tiene en primera instancia la conformación de la pareja, etapa que se caracteriza por la formación de un nuevo sistema, el cual da origen a una nueva familia, con características nuevas y propias, con creencias, valores y expectativas que se traen de la familia.

Tabla 3. Etapas de acuerdo al ciclo Familiar (Duvall, 1977).

Etapas	**Tarea fundamental**
1. Formación de la pareja	Mantenimiento físico
2. Crianza inicial de los hijos	Asignación de recursos
3. Familias con niños pre-escolares	División de labores
4. Familia con niños escolares	Socialización de los miembros
5. Familia con hijos adolescentes	Reproducción, reclutamiento.
6. Familia plataforma de lanzamiento	Mantenimiento del orden
7. Familia de edad media	Máxima integración de los miembros.
8. Familia anciana	Mantenimiento de la motivación y la moral.

Fuente*:* Duvall (1997).
Elaborado por: Moncada, 2017.

Otra de las etapas que marca la vida de la pareja, es la llegada del primer hijo, el nacimiento del primer hijo produce muchos cambios en la relación de la pareja como en el contexto de la familia, se crean nuevos roles y funciones a ser cumplidos por ambos padres como por los miembros de la familia de origen: abuelos, tíos, primos. Las funciones paternales se encaminan a brindarle al recién nacido la atención y cuidados que requiere; en la madre se ligará con su hijo atendiendo todas las demandas de cuidado y alimentación y el padre el rol de protector y proveedor. Por lo tanto “la incorporación de un hijo en la familia provoca inevitablemente mucha tensión en la pareja, son frecuentes la depresión, los reproches, cansancio de ambos padres, dificultad para ponerse de acuerdo” (García y Estremero 2003).

Cuando han crecido los hijos se entra a la etapa de escolaridad, donde la pareja pierde en parte la privacidad, existe agotamiento físico y psicológico, se involucran a la comunidad escolar donde se presentan nuevas exigencias y responsabilidades. Se la considera una etapa difícil por el desprendimiento del niño del seno familiar, se separa de este para unirse con otros niños y maestros para cumplir funciones extrahogar; la red social del niño se amplia y se pone a prueba todo lo aprendido. Así mismo, en términos de García y Estremero (2003), estas nuevas experiencias pueden ser trasmitidas al niño como algo bueno donde el

crecimiento tiene una connotación positiva o también ser vividas como una pérdida o abandono donde el niño se encontrará en una situación conflictiva.

Por lo general en esta etapa existe ausencia de conductas suicidas, en el DSM-5 se afirma que el trastorno del comportamiento suicida podría ocurrir en cualquier momento, pero muy raramente en menores de cinco años (APA, 2014); pero no es del todo descartable porque podría haber casos que no han sido reportados o posiblemente ser tratados como accidentes. Los factores de riesgo de esta población poco percibida se encuentran en el contexto familiar, desde si fue un niño deseado o no determinara manifestaciones de rechazo desde su lógica infantil (Pérez, 1999). Además, los niños con tendencias suicidas pueden ser poco tolerantes, incapaces de prorrogar sus deseos, demandante de atención y afecto, rencorosos, celosos, entre otras. La etapa con hijos adolescentes es una de las más difíciles por todos los cambios biológicos, psicológicos y hormonales que sufre el adolescente. La adolescencia es concebida como una transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Algunos estudios estiman que los adolescentes que maduran temprano son más seguros, relajados y dispuestos, menos impulsivos, posibilidad de ejercer liderazgo que aquellos que no lo hacen; los estudios estiman que quienes maduran temprano están a la cabeza en desarrollo cognoscitivo, bien centrados en la adolescencia y edad adulta, (Gross & Duke, 1980; Jones, 1957; Tanner, 1978), no así los que han mantenido un proceso normal o retardo en el desarrollo, añadiendo a esto que factores como los socioeconómicos como la pobreza y determinan el estilo de vida y comportamiento de los adolescentes al igual que su salud, al respecto Newacheck (1989), estima que los adolescentes de familias pobres tienen el triple de probabilidad de tener una salud apenas aceptable o deficiente, con la probabilidad también de padecer enfermedades crónica e incapacitantes.

Es posible por lo mencionado que la adolescencia sea una etapa crítica para la mayoría de las personas y la dinámica de la familia sea inestable, el adolescente sufre una crisis de identidad, se altera la relación con sus padres, la imposición y rebeldía son rasgos principales, quieren tener autonomía en sus horas de salida y de llegada al hogar, pueden llegar al consumo de drogas, por lo que es una etapa muy vulnerable para ideación y comportamiento suicida.

Para el adolescente es importante la presencia de los límites firmes, con espacio para que ellos experimenten y se equivoquen, y cuando se equivocan manejan la posibilidad de recurrir a sus padres, esto les provee seguridad, mientras que la ausencia de límites hace que el adolescente se sienta solo, desamparado y da lugar a que aparezcan conductas de riesgo:

violencia, adiciones, consumo de alcohol, drogas, embarazos no deseados, suicidio entre otros (García y Estremero 2003). Se debe en esta etapa estimar que además de los factores de riesgo antes mencionados otros de mayor impacto para el adolescente que ha sufrido abandono antes de los 15 años, familiares suicidas, antecedentes depresivos o familiares alcohólicos, convivencia con algún miembro con enfermedad mental, problemas socioeconómicos, conductas antisociales, acoso escolar, violencia, entre otras (Pérez, 1999). Por lo tanto, se establece que la población joven enfrenta toda una serie de eventos traumáticos, desde lo biológico, psicológico y social, que lo hace proclive a ideación y comportamiento suicida, por lo que se debe manejar con cautela para proveer bienestar psicológico a esta población vulnerable.

La etapa del desprendimiento, empieza con la salida del primer hijo del hogar y finaliza con la salida del último hijo, es una oportunidad para reforzar o reestablecer la relación conyugal. La etapa del Nido Vacío, es una etapa de soledad, existen sentimientos de pérdida, confusión de los roles, se puede dar el reencuentro de la pareja, es una etapa conciliadora, donde se dan cuenta que empezaron los dos y terminan los dos. Por último, tenemos la ancianidad, una etapa igualmente conflictiva, ¿quién quiere llegar a viejo?, posiblemente nadie, se presentan deterioro en la salud general, cambios en la intimidad sexual, muerte de uno de los cónyuges, en esta etapa puede surgir el abandono de los hijos y falta de apoyo social.

De lo expresado se estima que el ciclo vital es único y especifico en cada sistema familiar, no necesariamente lo que experimenta una familia lo vivirá la otra, la dirección que tendrá el ciclo vital, dependerá en gran medida de las características individuales, estructura, funcionalidad y la interrelación de la familia con su contexto social y cultural. Se debe educar y formar a sus miembros para actuar con resiliencia frente a los conflictos para que la conducta y comportamiento suicida no sea una opción, debe existir un enfoque psicoeducativo familiar.

1.2.2. Dinámica familiar

La familia al ser el centro de desarrollo y formación del individuo es relevante como se establecen las relaciones dentro de ella, estas relaciones son una de las áreas críticas para el desarrollo de la personalidad del adolescente, buscar su independencia crea cierto grado de conflicto que altera la dinámica de la familia. Por lo mencionado, el Instituto de Salud Pública de México [ISPM] (2017), estima que la familia puede convertirse en un factor determinante para el desarrollo psicológico e individual del joven, mediante la práctica de estilos o prácticas educativas, de las relaciones e interacciones y presiones del sistema familiar que crean situaciones que pueden relacionarse directamente con el intento suicida en esta población.

En un estudio realizado por ISPM a adolescentes y jóvenes de 12 a 24 años de ambos sexos se determinó en cinco dimensiones: dinámica de la pareja, presencia de conflictos, comunicación y expresiones de afecto, establecimiento de normas al interior de la familia y dificultades financieras en sus tres rangos: leve, moderado y severo, llegaron a las siguientes conclusiones: presencia de antecedentes de intento suicida en un 1.95%, la quinta parte reportaron que la separación y divorcio fue lo más sobresaliente, se encontró en cuanto a la estructura de la familia que los jóvenes conviven en familias extensa incompletas, ensambladas, con padrastro o madrastra, lo que dificulta la interacción e incide en la conducta suicida (Amezcua, 2003).

Así mismo, se presentaron antecedentes de suicidio entre los familiares en un 6.12% y un 11.37% presencia de un enfermo mental en la familia, manifestándose en la figura del tío. Otras de las dimensiones consideradas y que mantienen una relación con el intento suicida son las dificultades económicas, el bajo nivel de escolaridad de los padres igual repercute: “tanto la ocupación de los padres como su nivel académico ha sido considerado en algunos estudios como un recurso de la familia asociado a mejores posibilidades para afrontar los problemas” (Gould, et al., 1998). No así la exposición a desventajas socioeconómicas o educativas incrementa la posibilidad de los jóvenes a las conductas suicidas OPS y OMS (1996). Otros factores importantes a considerarse es el control, presión y dominio de los padres sobre los hijos como además los conflictos de familia y de pareja pueden conducir a los jóvenes a ideación y comportamientos suicidas.

Como sabemos la familia al ser el primer medio de socialización y de apego de cada uno de los miembros determinará en gran grado su adherencia a la misma, sentimiento de pertenencia, de seguridad que conducen a un buen desarrollo como persona, las desavenencias y conflictos vividos en el interior de la familia conducen a que los jóvenes busquen otro tipo de soluciones entre ellos el suicidio. Por ello: “Una familia mal estructurada y conflictiva con un ambiente familiar frustrante es un punto débil que expone a uno de sus miembros a correr el riesgo de buscar soluciones equivocadas” (ISPM, 2017). Con los resultados podemos afirmar que la dinámica y funcionamiento de la familia tienen mucho que ver con el intento suicida de los adolescentes y jóvenes, por ello la importancia de proveer un soporte familiar abierto que modifique la dinámica familiar.

1.2.3. Apoyo social familiar

El apoyo social es un término utilizado con la finalidad de expresar la ayuda que recibe el individuo de otros en situaciones adversas (Gonzales y Restrepo, 2010) que va de las manos con las redes sociales de tipo informal que mantienen contactos personales induciendo que la persona mantiene su identidad social, apoyo emocional, espiritual como

también económico (Hernández, Carrasco y Rosell, 2010). La familia al ser el primer recurso del individuo es la base del apoyo que puede recibir, es allí donde se produce y se fortalece su valía, seguridad, autoestima y autovaloración; por ello la necesidad de considerar en la población joven el apoyo social, pues se convierte en un factor de protección sobre toda conducta y comportamiento suicida y también puede ser un factor de riesgo cuando este apoyo no está presente o es deficiente.

En el caso de familias disfuncionales con escases de comunicación y relaciones interpersonales escasas, se estima según estudios realizados en la Habana, que una relación directa entre la influencia de la capacidad de adaptativo familiar y el apoyo social percibido, repercute directamente en el comportamiento suicida, además se comprobó un aumento en los recursos adaptativos en la medida en el apoyo social recibido fue mayor (Herrera, 1997). Por lo tanto, se observa que la interacción de los miembros de la familia sea lo mejor posible, se debe trabajar en la unidad del sistema para enfrentar las crisis, en la demostración de afecto, en la comunicación asertiva, para producir el desarrollo o crecimiento individual esperado. Al respecto Aranda y Pando (2013), describen que “la comunicación deberá ser clara y directa, las funciones de sus miembros estarán bien establecidas, así como sus responsabilidades y predominará la flexibilidad del sistema”.

Por lo tanto, hacer énfasis en el apoyo social en las familias orientan a un mejor estilo de vida familiar que será expresado en las respuestas del joven frente a las adversidades, se encuentra equipado para contrarrestar los problemas que son propios de su edad con madurez y autonomía; además su nivel de afrontamiento será mucho mayor porque sabe que tiene una familia que vela por su bienestar.

1.2.4. Relación entre trastornos psicológicos y familia

Los trastornos psicológicos, conocidos también como trastornos mentales, se caracterizan según la OMS (2017) por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, emociones, conducta y las relaciones con los demás como: la depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, discapacidades intelectuales, trastornos del desarrollo, entre muchos más. Estos trastornos pasan por un proceso de evaluación, diagnóstico para proceder a la intervención, según la OMS, (2017), existen tratamientos eficaces para controlar y aliviar el sufrimiento e instituciones públicas y privadas encargadas de brindar la atención médica y psicológica añadiendo a esto el apoyo social que deben tener estos pacientes.

Frente al incremento de personas con trastornos psicológicos a nivel mundial, El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, certifica que la salud mental es esencial para el bienestar de todas las personas, cuyo plan engloba objetivos claros de lo que se quiere intervenir y logros a alcanzar como: formar profesionales eficientes en la salud

mental, proporcionar servicios de asistencia social completos y presentar promociones y programas de prevención que ayuden a los pacientes.

En estudios realizados se estima que la prevalencia de una enfermedad mental asociada al suicidio corresponde al 43.2%, para los trastornos afectivos, el 25.7%, para el trastorno por consumo de sustancia, el 16.2% para los trastornos de personalidad y 9.2% para la esquizofrenia (Torres, 2015). Asimismo, de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia se estima que alrededor de un 10% comete acto suicida (Caldwell & Gottesman, 1990), además si estos trastornos se presentan en la adolescencia tardía, el riesgo de suicidio aumenta (Waldman & Slutske, 2000), otros casos de riesgo suicida son los trastornos alimenticios como la anorexia es mucho mayor que los pacientes con bulimia (Harris & Barraclough 1997). Frente a la situación la familia sigue cumpliendo su rol protagónico como agente de prevención e identificación para ayudar al miembro con trastornos mentales, la familia es el centro de evitación para el desarrollo del trastorno o comportamiento, porque del contexto, la dinámica, estructura y funcionalidad llevará en gran parte al desenlace de los trastornos antes mencionados el fin es prevenir ideación y comportamiento suicida en alguno de los miembros.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Objetivo general y específicos

2.1.1. Objetivo general

- Identificar la relación entre clima familiar, apoyo social y su incidencia con ideación suicida en estudiantes universitarios vulnerables de la Universidad Técnica Particular de Loja.

2.1.2. Objetivos específicos

- Identificar ideación suicida en los estudiantes universitarios vulnerables.
- Identificar el clima familiar y el apoyo social de los estudiantes universitarios evaluados.
- Determinar factores psicosociales asociados a ideación suicida en la población estudiada.
- Establecer la relación entre ideación suicida con apoyo social y el clima familiar de los estudiantes universitarios vulnerables.

2.2. Variables de estudio

Se consideran dos tipos de variables en la presente investigación: variables dependientes y variables independientes las mismas que son de tipo ordinal.

2.2.1. Variable dependiente: Ideación suicida.

2.2.2. Variables independientes: Clima familiar y apoyo social.

Además, se ha propuesto las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida en estudiantes universitarios vulnerables?
2. ¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en la ideación suicida de los estudiantes universitarios?
3. ¿Existe relación entre clima familiar y apoyo social con características de ideación suicida en los jóvenes universitarios?
4. ¿Existen programas de intervención familiar para atender a la comunidad de estudiantes universitarios vulnerables que padecen este desorden?

2.3. Diseño de investigación

El diseño del presente estudio es **no experimental** debido a que el investigador observa los fenómenos tal como ocurren sin su intervención en el desarrollo, es decir, se observa la realidad de los hechos no se los construye, se observa la ya existente (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). El tipo de estudio es **cuantitativo** en vista que se centra en la medición de

variables que reflejan aspectos de la vida real y la relación con otros factores, mediante la aplicación de cuestionarios y escalas individuales orientados a examinar las distintas variables y su relación. Además, se pretende recoger información objetiva, libre de influencias y se apoya fundamentalmente en la recogida de datos empíricos susceptible de análisis para llegar a conclusiones que puedan ser generalizadas (Real, 2016).

Es **transversal**, porque la recolección de datos se da en un momento y tiempo único con el fin de describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2014). Se utilizaron cuestionarios y escalas que nos permitieron llegar a conclusiones. En cuanto a la temporalidad es de característica prospectivo debido a que los eventos de interés de estudio ocurren después que la investigación se inicia y los datos obtenidos han sido el producto de las mediciones o registros que se hicieron. El alcance de la investigación es **exploratorio** porque se examina la temática que ha sido poco o nada estudiada de la cual se tienen muchas dudas o no han sido abordadas o publicadas. También es **descriptivo** debido a que describe fenómenos, situaciones, contextos y sucesos. Y por último es **correlacional** porque pretende evaluar el grado de relación o asociación que existe entre las variables objeto de estudio (Hernández et al., 2014).

2.4. Población y muestra de estudio

La población considerada en la presente investigación corresponde a N=768 estudiantes, de los cuales se consideró una muestra de n=434 universitarios vulnerables de los cuales el 61.1% (n=265) son del sexo femenino y 38.9% (n=169), matriculados en el periodo académico octubre 2017- febrero 2018, que reciben beca económica. El tipo de muestreo **es *no probabilístico*** *o "dirigido*", es decir, depende de las causas relacionadas con las características o propósitos de la investigación, apertura y voluntad del estudiante y su aceptación mediante el consentimiento informado (Hernández et al., 2014).

2.5. Criterios de inclusión y exclusión

Los **criterios de inclusión** de la muestra son los siguientes:

- Estar matriculado en una de las carreras de la UTPL, Modalidad Presencial.
- Recibir la beca de apoyo económico de la UTPL
- Firmar el consentimiento informado.

Los **criterios de exclusión** considerados son los siguientes:

- Estudiantes que tienen otro tipo de beca en la UTPL.
- Que sean estudiantes de Modalidad abierta o a Distancia de la UTPL.
- Estudiantes que no firmen el consentimiento informado.

2.6. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se consideró en función de la fórmula matemática para muestra finita que se detalla a continuación:

$$n = \frac{z^{2*} p^* q^* N}{e^{2*} \ N - 1 \ + z^{2*} p^* q}$$

Fuente: Gabaldón (1980).

Donde:

n = Tamaño total de la muestra

N = Tamaño de la población que corresponde a 768 estudiantes universitarios de entre 17 y 28 años de edad.

k = nivel de confianza para este estudio es de 95,5% (k=2)

e = error considerado en el diseño 3,5%

p = desviación estándar de la población que corresponde un 0.5

q = 0.5

Muestra anticipada corresponde al total de 396 estudiantes, sin embargo, para evitar la pérdida de información se amplió la muestra un 439.

Muestra aceptante: Una vez ampliada la muestra el total de estudiantes a evaluar fue de 439.

Muestra productora de datos: De las evaluaciones realizadas el número de instrumentos que brindaban la información correspondiente es de 434.

2.7. Instrumentos de evaluación

Los participantes de la investigación fueron evaluados con cinco instrumentos o escalas los cuales nos permitieron obtener información con respecto a la situación sociodemográfica, el clima social familiar, el apoyo social, ideación e intencionalidad suicida. Las características fundamentales de estos instrumentos los presentamos a continuación:

2.7.1. Escala de Clima Social Familiar (FES)

Esta Escala evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica" (Moos, Moos y Trickett, 1989), Estructurada por 90 ítems que describen tres dimensiones:

- <u>DIMENSIÓN DE RELACIONES:</u> Cohesión (CO), Expresividad (EX) y Conflicto (CT). Evalúa el grado comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

- DIMENSIÓN DE DESARROLLO: Autonomía (AU), Actuación (AC), Intelectual-Cultural (IC), Social-Recreativo (SR) y Moralidad-Religiosidad (MR). Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común.

- DIMENSIÓN DE ESTABILIDAD: Organización (OR) y Control (CN). Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros (Cassullo, Álvarez y Pasman, 1998).

2.7.2. Encuesta AD HOC

La encuesta tiene como propósito recolectar algunos datos importantes para su ficha personal desde tres fuentes: Datos generales (sexo, edad, estado civil, entre otras)) Información socioeconómica, académica y salud mental. Se compone de 21 ítems en los cuales se debe indicar los datos según correspondan (Cuenca, Montesinos y Jiménez 2017).

2.7.3. Escala Multidimensional de Apoyo Social

Esta escala tiene como finalidad medir el apoyo percibido desde tres fuentes: La familia, amigos y pareja u otras personas que sean significativas. Está compuesta por 12 ítems, cuatro por cada fuente de apoyo, el modo de respuesta es mediante una escala tipo Likert de 7 puntos que va de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo), mientras mayor sea la puntuación se considera mayor percepción de apoyo social. (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley 1988).

2.7.4. Escala de Suicidalidad de Okasha

Esta escala evalúa el riesgo, sin necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico, se utilizó en esta investigación la versión en español de Salvo, Melipillán, y Castro (2009) los tres primeros ítems evalúan ideación suicida, con cuatro opciones de respuestas (nada, casi nunca, algunas veces, muchas veces) el cuarto ítem refiere a intento o intentos de suicidio (ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más). Autoadministrado de tipo Likert, nos permite diferenciar entre aquellos que han llevado a cabo intento o intentos de suicidio entre aquellos que lo han pensado (Salvo, Melipillán, y Castro, 2009).

2.7.5. Escala de Intencionalidad de Beck (1996)

La escala evalúa características de la tentativa suicida, se compone de 20 ítems valorados en una escala formada por tres partes: la objetiva (ítems del 1 al 8), la parte subjetiva (ítems de 9 al 15) y otros aspectos (ítems del 16 al 20). Además, describe las circunstancias en que se produjo, actitud ante la vida y la muerte, pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otras circunstancias relacionadas. Se trabajará

únicamente con los ítems de la parte subjetiva mismos que corresponden a las expectativas durante la tentativa de suicidio.

2.8. Procedimiento

Se destaca la importancia de que todos los estudiantes participaron en el estudio voluntariamente, luego de ser informados sobre los objetivos del trabajo, del procedimiento que se iba a seguir y comunicación del carácter confidencial y anónimo de la información que ello proporcionaban.

El proceso se describe a continuación:

- Se presentó el proyecto al Comité de Ética del Hospital “Eugenio Espejo” de la ciudad de Quito, el cual fue aprobado por el comité para su ejecución (ver Anexo 1).
- Se solicitó la autorización a la Dirección General de Misiones Universitarias, una vez obtenida mediante el Departamento de Bienestar Estudiantil se procedió a realizar la convocatoria y a través de las direcciones de email a los estudiantes, se envió los instrumentos para su aplicación con las debidas explicaciones con previa presentación del consentimiento informado para su aceptación o rechazo.
- En virtud de la poca acogida de la muestra se procedió a convocar a cada estudiante vía telefónica para realizarla presencialmente. Se procedió con la explicación sobre los instrumentos de evaluación como también entregar el consentimiento informado, se contó con la participación activa de los participantes
- Luego de la recolección de los datos se realizó el ingreso de los mismos al programa de Excel para posteriormente realizar los análisis en el paquete estadístico SPSS v 24.0.
- Con los resultados se procedió a elaborar la propuesta de intervención familiar considerando a los estudiantes vulnerables y a sus familias.

CAPÍTULO III. ANALISIS DE DATOS

3.1. Descripción de la población

Los datos fueron recopilados mediante un cuestionario sociodemográfico. De acuerdo a la variable “sexo” el 61.1% (n=265) corresponde a mujeres y el 38.9% (n=169) hombres. En cuanto a la variable “edad” la edad media comprende 21.8 años, con un mínimo de edad de 17 y un máximo de 28 años.

En cuanto al “estado civil” el 95.4% (n=414) refieren ser solteros, el 3.0% (n=13) casados mientras que el 1.6 % (n=7) corresponden a unión libre. Así mismo, en la variable “hijos” el 91.1% (n=395) indican no tenerlos mientras que el 8.9 (n=39) sostienen lo contrario. En la variable “lugar de origen” el 68.2% (n=296) indica pertenecer a Loja y el 31.8% (138) no pertenecen a esta ciudad.

En lo referente a la variable “trabaja actualmente” el 89% (n=387) indican no trabajar frente al 10.8% (n=47) que indican hacerlo, esto corrobora con la variable “cohabitación “en la cual se determina una dependencia familiar. Así mismo, al referirse al nivel de “escolaridad de la madre”, los niveles con mayor puntuación son secundaria con 43.5% (n=189) seguido por universitaria con 28.1% (n=122), primaria con el 20.7% (n=90). En lo que refiere al nivel de “escolaridad del padre” secundaria obtiene el 40.6 (n=176) luego el nivel universitario con 25.1% (n=109) y primaria 22.1% (n=96). En la variable que indica “Cohabitación” el 81.7% (n=355) manifiesta cohabitar dentro del núcleo familiar primario, es decir, padres y hermanos, el 10.0% (n=43) expresan vivir con amigos, tíos y abuelos, y un 8.3% (n=36) indican vivir solos.

En cuanto a la variable de “ausentismo” los participantes indican 71.0% (n=308) no presentarla mientras que el 29.0% (n=126) indican que si se han ausentado a sus labores académicas. En lo que refiere a la variable sobre la “percepción de la salud” el 57.6% (n=250) perciben su salud como normal, el 35.7% (n=155) que es buena y el 6.7% (n=29) la perciben como mala. En lo referente a la “satisfacción de la vida “presenta una media de 7.8/10. Indicando un nivel de satisfacción muy bueno. En la variable “nivel socioeconómico” el 51.8% (n=225) manifiesta pertenecer en un a un nivel económico medio bajo, seguido por el 32.3% (n=140) que indican un nivel medio, el 14.5% (n=63) refieren un nivel bajo y finalmente el 1.4% (n=6) en el nivel medio alto.

Tabla 4. Descripción sociodemográfica de los participantes

Variable	Frecuencia *n*=434	Total %
SEXO		
Hombre	169	38.9
Mujer	265	61.1
EDAD		
<= 21	191	44
>= 22	243	56

Tabla 4.
(continuación)

ESTADO CIVIL		
Soltero (a)	414	95.4
Casado (a)	13	3.0
Unión libre	7	1.6
NUMERO DE HIJOS		
Si	39	8.9
No	395	91.1
LUGAR DE ORIGEN		
Loja	296	68.2
Otro	138	31.8
TRABAJO ACTUAL		
Si	47	10.8
No	387	89.2
ESCOLARIDAD MADRE		
Ninguna	16	3.7
Primaria	90	20.7
Secundaria	189	43.5
Universitaria	122	28.1
ESCOLARIDAD PADRE		
Ninguna	43	9.9
Primaria	96	22.1
Secundaria	176	40.6
Universitaria	109	25.1
Postgrado	10	2.3
CON QUIEN VIVE		
Núcleo primario	355	81.7
Solo	36	8.3
Otros	43	10.0
AUSENTISMO		
No presentan	308	71.0
Presentan	126	29.0
PERCEPCIÓN SALUD		
Mala	29	6.7
Normal	250	57.6
Buena	155	35.7
SATISFACCIÓN VIDA		
Media	7.8	
NIVEL SOCIOECONOM.		
Bajo	63	14.5
Medio Bajo	225	51.8
Medio	140	32.3
Medio Alto	6	1.4

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico.
Elaborado por: Moncada, 2017.

3.2. Determinación de ideación suicida

3.2.1. Escala de suicidalidad de Okasha

Se obtuvo una puntuación media de 0.465 y mediana de 0.25, en cuánto a la comprobación de la fiabilidad del instrumento, se utilizó el Alfa de Cronbach, que índica el grado de consistencia interna y la fiabilidad del instrumento (Ledesma, Molina y Valero, 2002). El coeficiente Alfa es .775 lo que establece un grado de fiabilidad aceptable (ver Tabla 5).

Tabla 5. Datos estadísticos. Escala de Suicidalidad

ESCALA DE SUICIDALIDAD	MEDIA	MEDIANA	ALFA DE CRONBACH
	0.465	0.25	.775

Fuente: Escala de suicidalidad de Okasha.
Elaborado por: Moncada, 2017.

Mediante la escala de suicidalidad de Okasha se determinó que la población participante, indican en el ítem 1 ¿Ha pensado algunas veces que la vida no vale la pena?, "Nunca" 47.5% (n=206), "Casi nunca" el 34.1% (n=148) "mientras que el 15.4% (n=67) señala la opción "Algunas veces" y finalmente el 3.0% (n=13) manifiesta que "Muchas veces". En cuanto al ítem 2 ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?, el 52.1%(n=226) indican "Nunca", el 30.4% (n=132) expresan "Casi nunca", mientras que el 14.3% (n=62) señalan "Algunas veces" y un 3.2% (n=14) señalan "Muchas veces" en el cuarto ítem ¿Ha pensado alguna vez terminar con su vida? el 71.1% (n=326) refieren "Nunca", el 16.6% (n=72) expresan "casi nunca", mientras que el 6.7% (n=29) indican "Algunas veces" y "Muchas veces" el 1.6% (n=7) (ver Tabla 6).

Tabla 6. Descripción. Escala de suicidalidad según el porcentaje de participantes

FRECUENCIA= (n=434)								
	NUNCA		CASI NUNCA		ALGUNAS VECES		MUCHAS VECES	
Ítems	n	%	n	%	n	%	n	%
1. ¿Ha pensado algunas veces que la vida no vale la pena?	206	47.5	148	34.1	67	15.4	13	3.0
2. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?	226	52.1	132	30.4	62	14.3	14	3.2
3. ¿Ha pensado alguna vez terminar con su vida?	326	71.1	72	16.6	29	6.7	7	1.6

Fuente: Escala de suicidalidad de Okasha.
Elaborado por: Moncada, 2017.

En lo que corresponde al cuarto ítem sobre la intencionalidad suicida se encontró que el 8% (n=35) de la totalidad de la muestra n=434, han experimentado al menos un intento suicida, existiendo una diferencia considerable entre hombres y mujeres, los hombres indican un 37.2% frente a las mujeres con un 62.8%. (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Intencionalidad según el sexo (n=434)

INTENTOS	FRECUENCIA	TOTAL %
Hombres	13	37.2
Mujeres	22	62.8
Total	35	100.0

Fuente: Escala de suicidalidad de Okasha.
Elaborado por: Moncada, 2017.

En cuanto a la frecuencia, esta tiene mayor prevalencia en las mujeres, con un intento 81.8% (n=18), con dos intentos el 13.6% (n=3) y con tres o más intentos 4.6% (n=1). En el caso de los hombres refieren un intento 84.6% (n=11) y el 15.4% (n=2) con dos intentos (ver Tabla 8).

Tabla 8. Número de intentos en los participantes con riesgo suicida

Variables	Un intento		Dos intentos		Tres intentos	
	n	%	n	%	N	%
Hombres	11	84.6	2	15.4	0	0.0
Mujeres	18	81.8	3	13.6	1	4.6

Fuente: Escala de suicidalidad de Okasha.
Elaborado por: Moncada, 2017.

3.2.2. Riesgo de Ideación suicida en los participantes

Mediante la escala de suicidalidad de Okasha se determinó que el 32.2% (n=59) de la población tuvieron un puntaje mayor de 5, lo cual indica que presentan mayor riesgo de ideación suicida, “a mayor puntuación mayor gravedad”. En el ítem 1 ¿Ha pensado algunas veces que la vida no vale la pena?, la mayoría de la población selecciona la opción “Algunas veces” 66% (n=39), “Muchas veces” el 20.3% (n=12) y “Casi nunca” 13,5% (n=8). En cuanto al ítem 2. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto? El 62.7% (n=37) indica que lo ha deseado “Algunas veces”, mientras que el 23.7% (n=%14) señala la opción “Muchas veces” y finalmente el 13,5% (n=8) manifiesta que “Casi nunca”. En cuanto al ítem 3 ¿Ha pensado alguna vez terminar con su vida?, los participantes refieren el 42.3% (n=25) “algunas veces” el 37.2% (n=22) indican “Casi nunca” el 11.8% (n=7) refieren “Muchas veces” y finalmente el 8.4% (n=5) “Nunca” (ver Tabla 9).

Tabla 9. Estudiantes con riesgo suicida

Ítems	FRECUENCIA n=59							
	NUNCA		CASI NUNCA		ALGUNAS VECES		MUCHAS VECES	
	n	%	n	%	N	%	n	%
1. ¿Ha pensado algunas veces que la vida no vale la pena?	0	0.0	8	13.5	39	66	12	20.3
2. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?	0	0.0	8	13.5	37	62.7	14	23.7
3. ¿Ha pensado alguna vez terminar con su vida?	5	8.4	22	37.2	25	42.3	7	11.8

Fuente: Escala de suicidalidad de Okasha.
Elaborado por: Moncada, 2017.

Tomando en cuenta a la población que presenta mayor riesgo de ideación suicida con respecto a la variable sexo la misma se encuentra distribuida en el caso de los hombres 28.8%

n=17 y en el caso de las mujeres 71,2% n=42, de esta población únicamente el 32.2% (n=19) indica haber realizado al menos un intento, distribuidos con un intento 22% (n=13), dos intentos 8.4% (n=5) y 1.6% (n=1) refieren tres intentos (ver Tabla 10). Indicando que existe mayor riesgo suicida en las mujeres que en los hombres, además del total de la muestra n=434, indicaron intencionalidad suicida al menos un intento el 15.1% (n=35) entre hombres y mujeres sobresaliendo igualmente la población femenina.

Tabla 10. Descripción cuarta ítem de escala de suicidalidad

	FRECUENCIA n=59							
	NING. INT.		UN INTENTO		DOS INTENTOS		TRES O MAS INT.	
Ítems	n	%	N	%	n	%	n	%
4. ¿Ha intentado suicidarse?	40	67.7	13	22	5	8.4	1	1.6

Fuente: Cuarto ítem de Escala de suicidalidad de Okasha.
Elaborado por: Moncada, 2017.

Para identificar la intencionalidad en ambos sexos se encontró una diferencia significativa en el número de intentos realizados por las mujeres en comparación con los hombres (ver Tabla 11) las mujeres indican un intento 69.2% (n=9), dos intentos 23% (n=3) y con tres intentos el 7.6% (n=1), mientras que en el caso de los hombres los valores son, con un intento 66.6% (n=4) y con dos intentos 33.3% (n=2).

Tabla 11. Descripción según el sexo, estudiantes con riesgo e intención suicida

VARIABLES	Un intento		Dos intentos		Tres intentos	
	n	%	n	%	n	%
Hombres	4	66.6	2	33.3	0	0.0
Mujeres	9	69.2	3	23.0	1	7.6

Fuente: Escala de suicidalidad de Okasha.
Elaborado por: Moncada, 2017.

3.2.3. Escala de intencionalidad de Beck

Mediante esta escala se midió el grado de intencionalidad suicida de los participantes que respondieron de forma afirmativa al cuarto ítem de ideación suicida n=35 se obtuvo una puntuación media de 1.73, mediana de 1.57 y con un grado de fiabilidad según el Alfa de Cronbach de .628 (ver Tabla 12).

En cuanto a las características para la tentativa suicida de los participantes, en lo que se refiere a “propósito para el supuesto intento” el 71.4% indican que lo hicieron con el fin de escapar de la vida, finalizar de forma absoluta y buscar solución a los problemas, en el ítem sobre “expectativas sobre la probabilidad de la muerte” el 48.6% consideraban que era posible pero no probable la muerte. En el ítem referido a la “concepción de la letalidad del método” el

62.9% consideran que hizo menos el efecto de lo que pensaban que sería letal, así mismo en cuanto a “la seriedad del intento” refieren en un 45.7% que no intentaron seriamente ponerle fin a su vida, los participantes refieren en cuanto a su “actitud hacia el vivir/morir” el 54.3% no quería morir, el mismo porcentaje indica para el ítem “concepción de la capacidad de intervención médica” pensaron que la muerte sería improbable por la atención médica, finalmente sobre el “Grado de premeditación” el 71.4% refiere que fue impulsivo, indicando de esta forma que la tentativa dependía de las situaciones inmediatas de los participantes.

Tabla 12. Descripción Escala de Intencionalidad suicida de Beck

VARIABLE	FRECUENCIA (n)	TOTAL %
PROPÓSITO DEL INTENTO		
1.Manipulación y control	6	17.1
2.Componente 1 y 2	4	11.4
3.Escapar de la vida	25	71.4
EXPECTATIVAS SOBRE LA MUERTE		
1.Improbable	11	31.4
2.Posible pero no improbable	17	48.6
3.Probable o cierta	7	48.6
CONCEPCIÓN LETALIDAD METODO		
1.Hizo menos el efecto de lo que pensaba	22	62.9
2.No estaba seguro de la letalidad	13	37.1
3.Igualó o excedió de lo que pensaba que sería mortal	0	0.0
SERIEDAD DEL INTENTO		
1.Intento no serio	16	45.7
2. Inseguro	12	34.3
3.Seriamente poner fin a su vida	7	20.0
ACTITUD HACIA EL VIVIR/MORIR		
1.No quería morir	19	54.3
2.Componentes 1 y 2	10	28.6
3.Quería morir	6	17.1
CONCEPCION DE CAPACIDAD DE ATENCIÓN		
1.Pensó que muerte sería improbable por atención médica	19	54.3
2.Inseguridadsi la muerte era impedida por atención médica	10	28.6
3. Seguro de morir aun con atención médica.	6	17.1
GRADO DE PREMEDITACIÓN		
1.Ninguno, impulsivo	25	71.4
2.Suicidio contempladores horas antes de intento	8	22.9
3.Suicidio contemplado por más de tres horas del intento	2	5.7

Fuente: Escala de intencionalidad de Beck.
Elaborado por: Moncada, 2017.

3.3. Clima familiar: Escala de clima familiar (FES)

En el análisis de la escala se indica en sus tres dimensiones una Media de 53.3, con una Desviación estándar de 10.58 (DT), y con un grado de fiabilidad de la escala de 0.73 (Alfa de Cronbach) (ver Tabla 13).

Tabla 13. Datos estadísticos de la Escala Clima Social Familiar (FES)

	M	DT	ALFA DE CRONBACH
DIMENSIONES	53.3	10.58	0.73

Fuente: Escala de clima familiar (FES).
Elaborado por: Moncada, 2017.

Los resultados que se obtuvieron en la Dimensión 1 "Relación" indican una Media de 15.03 con una DT=2.99 ubicándose de esta manera dentro del rango "Medio" (ver Tabla 14). Estos resultados nos permiten identificar un clima familiar adecuado en cuanto a la interacción que existe entre los miembros, el grado de comunicación, de apoyo, la libre expresión de sentimientos y el grado de conflicto en el contexto de familia de los estudiantes.

En la dimensión 2 "Desarrollo" se obtiene una Media de 26.93 y una DT= 4.89 (ver Tabla 14), ubicándose dentro del rango "Medio" lo que refiere que la importancia que tienen ciertos procesos de desarrollo como el grado de seguridad que conduce a la toma de decisiones, el fomento competitivo, actividades de entretenimiento como la práctica de valores y principios espirituales dentro del contexto familia, lo que sostiene que es está siendo adecuada medianamente lo cual podría conducir a conflictos intra e interpersonales en los estudiantes.

Por último, tenemos la dimensión 3 "Estabilidad", la cual determina en los participantes una Media 11.34 y una DT=2.70 (ver Tabla 14) refieren un clima familiar de interacción en criterios medio en función del grado de importancia a tareas cotidianas como la planificación y asignación de responsabilidades entre los miembros de la familia, así mismo, nos indica el grado de control mediante las reglas establecidas, que ejercen los miembros entre sí. Por lo tanto, es notable como la dinámica desarrollada en las familias contribuye al desarrollo personal de sus miembros.

Tabla 14. Descripción de Dimensiones Clima Familiar

	Relación		Desarrollo		Estabilidad	
Rango	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Muy Bajo						
Bajo						
Medio	15.03	2.99	26.93	4.89	11.34	2.70
Medio alto						
Alto						

Fuente: Escala de clima familiar (FES).
Elaborado por: Moncada, 2017.

3.4. Apoyo Social

Se utilizó la *Escala multidimensional de apoyo social percibido*, en la cual se obtuvo una media de 66.5 (DT= 12.9) y con un Alfa de Cronbach de .893. El 70.5% *(n=306)* de los estudiantes indican que poseen un apoyo social alto, mientras que el 21% *(n=91*) (ver tabla 15) señalan un apoyo social medio alto. Lo cual nos indica que todas aquellas relaciones familiares y sociales cercanas al participante le proveen de herramientas para afrontar problemas de estrés y de salud (Barra, 2004). Por lo cual se determina que mientras mayor sea el apoyo de la familia, amigos y otros significativos existirá menor riesgo suicida (Salve y Melipillán, 2008).

Tabla 15. Descripción Escala de Apoyo Social Percibido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	1	0,2	0,2	0,2
	Medio bajo	4	0,9	0,9	1,2
	Medio	32	7,4	7,4	8,5
	Medio alto	91	21,0	21,0	29,5
	Alto	306	70,5	70,5	100,0
	Total	434	100,0	100,0	

Fuente: Escala de Escala de Apoyo Social Percibido.
Elaborado por: Moncada, 2017.

3.5. Factores Psicosociales

3.5.1. Características Individuales

Se describen las características individuales de la población que presenta mayor riesgo de ideación suicida (n=59) de los cuales 29% (n=17) son hombres y el 72% (n=42) mujeres, cuyas edades oscilan entre 17 a 26 años. Cabe señalar que el 32.2% (n=19) de estudiantes han realizado al menos un intento suicida, de los cuales el 32% (n=6) son hombres y 68% (n=13) son mujeres (ver Fig. 4).

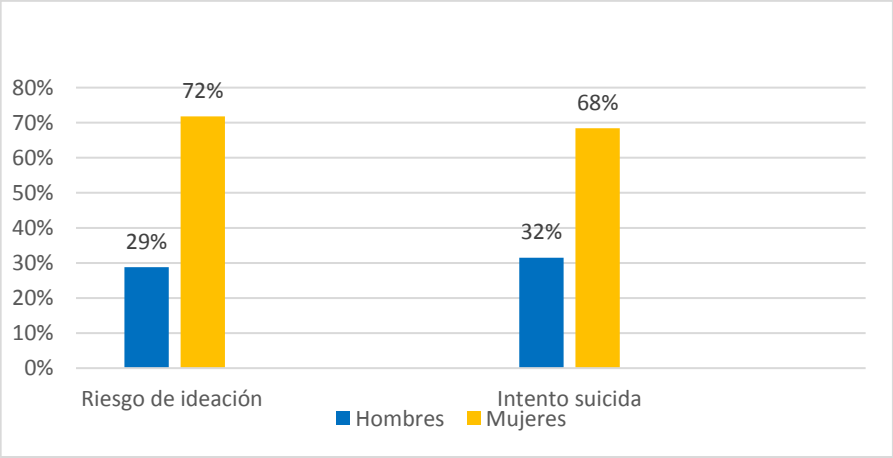

Figura 4. Población universitaria que presentan intentos suicidas.
Fuente: Escala de intencionalidad suicida de Beck.
Elaborado por: Moncada, 2017.

Los estudiantes que presentan riesgo suicida indican en cuanto al estado civil, el 100% (n=17) de los hombres son solteros mientras que las mujeres el 70.6 % (n=41) solteras y el 13.7% (n=1) son casadas. En la variable a los hijos, el 100 % (n=17) de los hombres indican no tenerlos, en el caso de las mujeres el 88% (n=37) indican no tener hijos frente al 12% (n=5) indican tenerlos. En cuanto al lugar de origen los hombres pertenecer a Loja el 70.6. % (n=12) y a otro lugar el 29.4. % (n=5), las mujeres refieren a Loja el 57.1% (n=24) y el 42.9% (n=18) manifiestan pertenecer a otro lugar.

En cuanto al nivel socioeconómico de los participantes determinan en el caso de los hombres el 53% (n=9) pertenecer al nivel medio bajo, 29.4% (n=5) nivel medio y el 17.6% (n=3) para el nivel bajo. Las mujeres refieren el 59.5% (n=25) el nivel medio bajo, el 24% (n=10) el nivel económico medio, el 14.2% (n=6) indican el nivel medio y el 2.3% (n=1) pertenece al medio alto (ver Tabla 16).

Tabla 16. Descripción sociodemográfica participantes con riesgo suicida

	HOMBRES n=17		MUJERES n=42	
VARIABLE	**n**	**%**	**N**	**%**
EDAD				
< = 21	11	36.6	19	63.3
> = 22	6	20.6	23	79.3
ESTADO CIVIL				
Casado(a)	0	0.0	1	13.7
Soltero (a)	17	100.0	41	70.6
HIJOS				
Si	0	0.0	5	12.0
No	17	100.0	37	88.0
ORIGEN				
Loja	12	70.6	24	57.1
Otro	5	29.4	18	42.9
NIVEL SOCIOECONO.				
Bajo	3	17.6	6	14.2
Medio Bajo	9	53.0	25	59.5
Medio	5	29.4	10	24.0
Medio Alto	0	0.0	1	2.3

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Moncada, 2017.

3.5.2. Características Académico-Laboral

En lo corresponde al ausentismo a clases de los estudiantes, existe una diferencia significativa entre los hombres y mujeres, los hombres presentan ausentismo un 17.7% (n=3) mientras que las mujeres lo indican en un 40.4% (n=17), consideran que no ha existido ausentismo en los hombres 82.3% (n=14) frente al 59.6. % (n=25) en las mujeres. Estos resultados podrían indicar que el grado de ausentismo en las mujeres estaría relacionado con la ideación e intentos de suicidio realizados (ver Fig. 5).

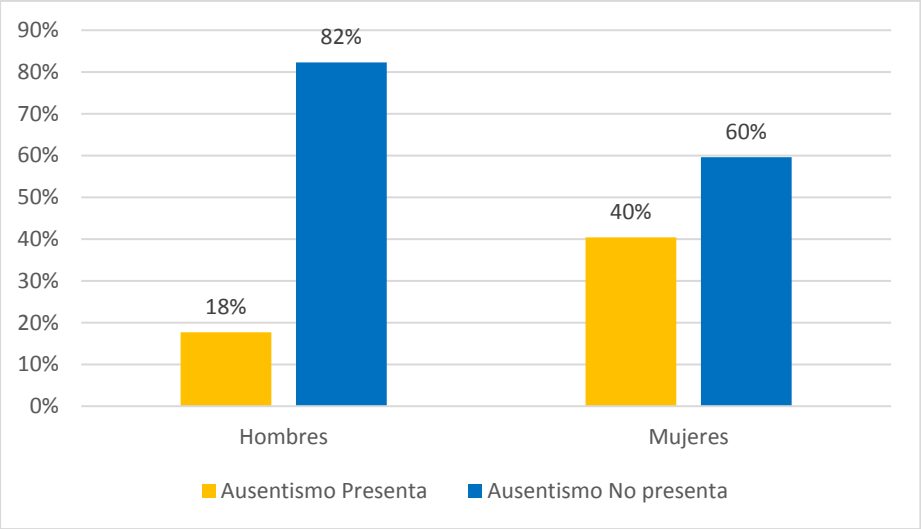

Figura 5. Características de ausentismo en los estudiantes.
Fuente: Cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Moncada, 2017.

En la variable de trabajo actual, se determina en el caso de los hombres que el 82.4% (n=14) no trabaja frente al 17.6% (n=3) que si lo hace; en las participantes mujeres 85.8% (n=36) no trabaja frente al 14.2% (n=6) que si lo hacen (ver Fig. 6). Estos resultados nos llevan a considerar que el contexto laboral de los participantes en donde la mayor parte no trabaja le conduce a una dependencia económica familiar y bajo las circunstancias del bajo nivel socioeconómico de esta población los podría conducir a un mal manejo del estrés familiar y social que pueden contribuir como un factor de riesgo en los estudiantes.

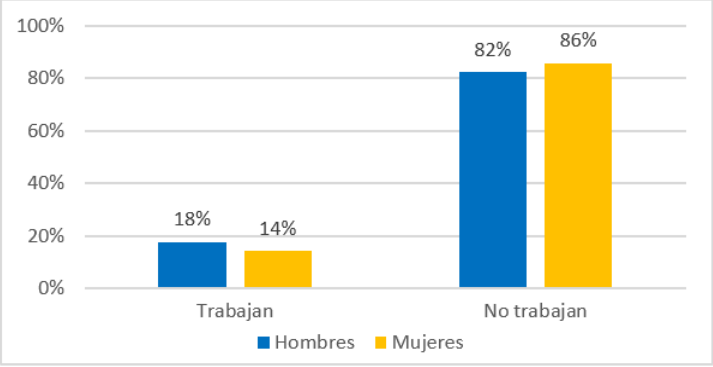

Figura 6. Descripción laboral de los participantes con ideación e intentos suicidas.
Fuente: Cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Moncada, 2017.

3.5.3. Características Familiares

En los hombres en lo que refiere a la formación académica del padre, el nivel universitario alcanza 35.2% (n=6), seguido de la formación primaria y secundaria ambas con 23.6% (n=4). En el caso del nivel de escolaridad del padre en las mujeres predomina el nivel secundario

con 38% (n=16), luego el universitario con 26% (n=11), siguiendo la primaria con 19% (n=8) y con ningún nivel de escolaridad el 17% (n=7).

Al analizar el nivel académico de la madre la que predominó en los hombres es la secundaria con el 41.1% (n=7) seguido por la primaria con 29.4. % (n=5) y el 17.7. % (n=3) indican formación universitaria. Entre tanto la escolaridad de la madre, en las mujeres indica el 35.9% (n=15) secundaria, el 26% (n=11) primaria, el 19% (n=8) universitaria y 4.8% (n=2) indican formación de postgrado (ver Fig. 7).

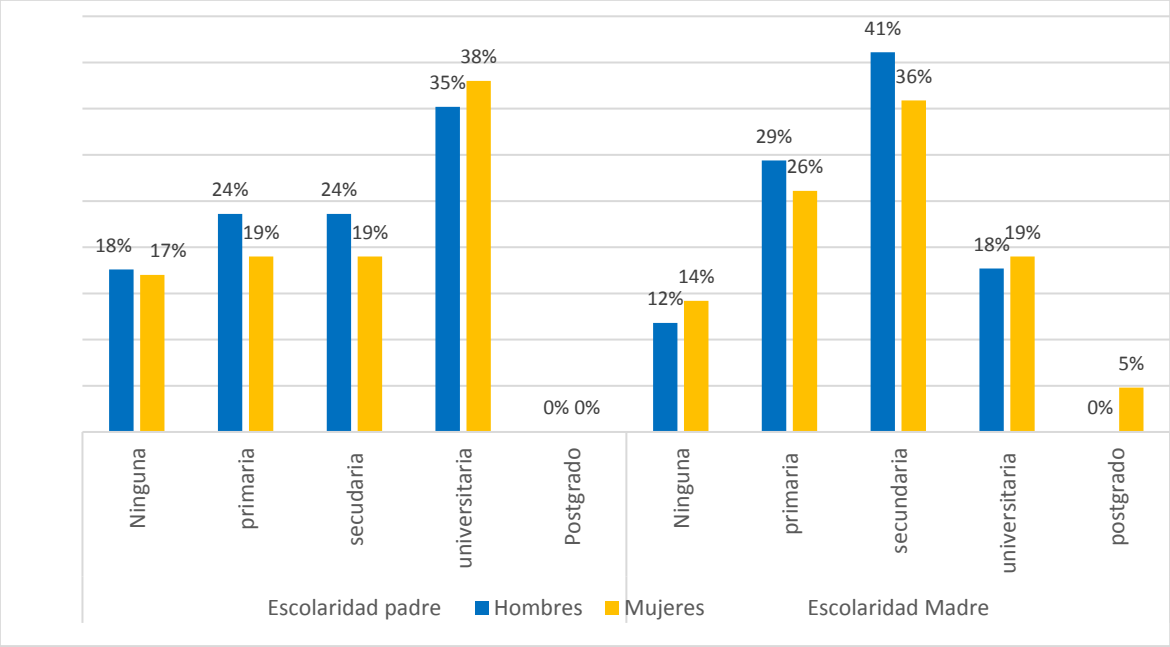

Figura 7. Escolaridad de los padres de los estudiantes con riesgo suicida.
Fuente: Cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Moncada, 2017.

En la variable que comprende “con quien vives”, la mayoría de los hombres 76.4% (n=13) indican que habitan dentro del núcleo primario, mientras que el resto indica que vive sólo o con otras personas en un porcentaje similar 7.1% (n=3); en el caso de las mujeres el 78.6% (n=33) cohabitan dentro del núcleo primario, el 14.2% (n=6) refieren vivir con otras personas y un 7.1% (n=3) indican vivir solas (ver Fig. 8).

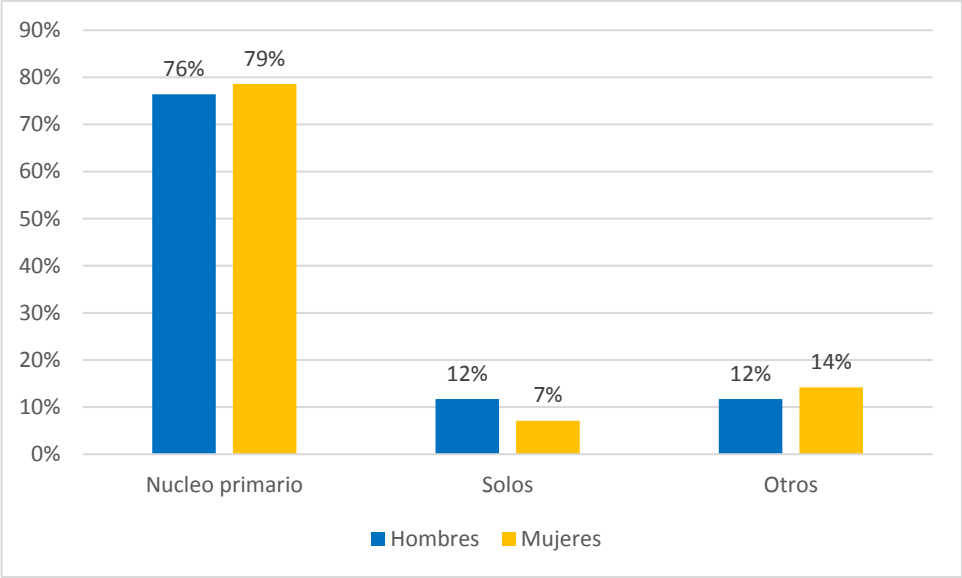

Figura 8. Descripción de con quien viven los estudiantes
Fuente: Cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Moncada, 2017.

Las variables de formación académica de los padres y con quien vive el estudiante nos permite conocer su estructura familiar y funcionalidad, apreciar los estilos de crianza y paternidad nos indica que la familia puede actuar como factor de protección o de riesgo, vivir bajo la supervisión de un adulto y establecer una relación de apego y apoyo significativo disminuye los riesgos suicidas. Mientras si se experimenta lo contrario como vivir con uno de los padres, solo con los hermanos por la ausencia de ambos padres, se establecen relaciones que puede desencadenar en eventos traumáticos como el abuso de sustancias, alcoholismo, mal manejo del estrés familiar y social, riesgos suicidas.

3.5.4. Características Psicológicas

En cuanto a la percepción de salud de los participantes, el 58.8% (n=10) de los hombres refieren que es normal, mientras que el 29.4% (n=5) que es “buena”, y finalmente el 11.8% (n=2) indican que su salud es “mala”. Por su parte las mujeres, señalan 64.2% (n=10) que su salud es “normal”, el 16.8% (n=7) refiere tener una salud “buena” y 19% (n=8) refieren como “mala” (ver Fig. 9). En esta variable se encuentra una diferencia poco significativa entre hombres y mujeres, los hombres la perciben como normal seguida como buena mientras que en las mujeres la consideran en su orden: normal, mala y buena, posiblemente la condicionante de salud como mala en las mujeres puede incidir como un factor de riesgo para tener mayor ideación e intentos suicida que en los hombres.

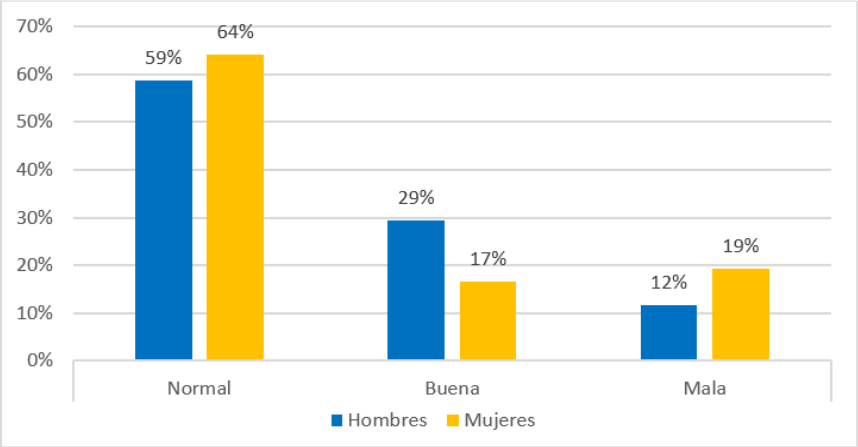

Figura 9. Percepción de la salud
Fuente: Cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Moncada, 2017.

En el nivel de satisfacción vital, el 64.8% (n=11) se encuentra "satisfecho", mientras que el 35.2% (n=6) se describe como "medianamente satisfecho", en cuanto a la población femenina el 50% (n=21) indica estar "satisfecha", mientras que el 47.7% (n=20) indica estar "medianamente satisfechas", finalmente un 2.3% (n=1) refiere estar insatisfechas (ver Tabla 17).

Tabla 17. Nivel de satisfacción de vida

Satisfacción	Insatisfecho (0-3)	Medianamente satisfecho (4-6)	Satisfecho (7-10)
Hombres	0	35.2	64.8
Mujeres	2.3	47.7	50.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Moncada, 2017.

3.6. Relación ideación suicida con clima familiar y apoyo social

3.6.1. Relación con Clima Familiar

Con la Escala de Clima Familiar en sus tres dimensiones: Relación, Desarrollo y Estabilidad, se observa que la Media en la Dimensión 1 "Relación" es de 14,06 y con una desviación Estándar de 3,65; En la Dimensión 2 "Desarrollo" posee una Media de 25,32 y una Desviación Estándar de 5,05 y la Dimensión 3 "Estabilidad", presenta una Media de 10,79 y una Desviación Estándar de 2,82 (ver Tabla 18).

Tabla 18. Prueba T Riesgo ideación suicida con clima familiar

	Suicidio	N	Media	Desviación estándar
Cohesión	riesgo	59	5,7119	2,65259
	sin riesgo	375	7,2213	1,77673
Expresividad	riesgo	59	4,6780	1,89774
	sin riesgo	375	5,4427	1,83586

Tabla 18.
(continuación)

Conflicto	riesgo	59	3,6780	1,98651
	sin riesgo	375	2,5227	1,50361
D1 Relación	riesgo	59	14,0678	3,65242
	sin riesgo	375	15,1867	2,85146
Autonomía	riesgo	59	4,8644	1,41978
	sin riesgo	375	5,0347	1,58582
Actuación	riesgo	59	6,6949	1,42942
	sin riesgo	375	6,4880	1,42897
Intercultural	riesgo	59	4,6780	2,02944
	sin riesgo	375	5,4880	1,84977
SocialRec	riesgo	59	3,4746	1,78457
	sin riesgo	375	4,1493	1,58505
MoRel	riesgo	59	5,6102	1,79094
	sin riesgo	375	6,0187	1,71410
D2 Desarrollo	riesgo	59	25,3220	5,05637
	sin riesgo	375	27,1787	4,81837
Organización	riesgo	59	5,8136	2,14536
	sin riesgo	375	6,6053	1,89680
Control	riesgo	59	4,9831	1,59191
	sin riesgo	375	4,8160	1,56696
D3 Estabilidad	riesgo	59	10,7966	2,82098
	sin riesgo	375	11,4213	2,66861

Fuente: Escala de clima familiar (FES).
Elaborado por: Moncada, 2017.

Mediante la Prueba de Levene se encontró significancia con la Dimensión 1 “Relación” con ,007<0,05 y con las subdimensiones con las que tiene mayor significancia son las de “Cohesión” y “Conflicto”. En la subescala de “Cohesión” encontramos que la significancia es de 0.000 <0,05 y con una Prueba T de student para la igualdad de Medias de 0.000 valor inferior a 0,05, indicando una relación significante entre el riesgo de ideación suicida y la subescala de “Cohesión” de la misma manera se encontró que la subescala de “Conflicto” indica una relación según la prueba de Levene de 0.002<0,05 y la prueba T refiere una significancia de 0.000<0,05 (ver Tabla 19). Los resultados nos permiten observar que existe una relación de significancia entre las variables de riesgo de ideación suicida con las subescalas de cohesión y conflicto.

Los resultados nos permiten orientar el programa de intervención familiar hacia las áreas de cohesión y conflicto, características importantes para mantener un clima familiar adecuado y minimizar el riesgo de ideación suicida, entendiendo que minimizar el riesgo a un comportamiento suicida, entendiendo que a mayor “Cohesión“ familiar menor riesgo de ideación suicida, al igual al enfatizar en “Conflicto” se encuentra que a mayor conflictos interfamiliares mayor será el riesgo de ideación suicida, mediante técnicas psicoterapéuticas se establecer ayuda a la población enfocándonos especialmente en estas áreas.

Tabla 19. Prueba de Muestras Independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Cohesión	Se asumen varianzas iguales	27,124	,000	-5,620	432	,000	-1,50947	,26859	-2,03737	-,98157
	No se asumen varianzas iguales			-4,224	66,426	,000	-1,50947	,35732	-2,22279	-,79615
Expresividad	Se asumen varianzas iguales	,140	,708	-2,960	432	,003	-,76470	,25830	-1,27239	-,25701
	No se asumen varianzas iguales			-2,890	76,081	,005	-,76470	,26463	-1,29175	-,23766
Conflicto	Se asumen varianzas iguales	10,155	,002	5,230	432	,000	1,15530	,22088	,72117	1,58943
	No se asumen varianzas iguales			4,278	68,841	,000	1,15530	,27003	,61659	1,69401
D1	Se asumen varianzas iguales	8,475	,004	-2,688	432	,007	-1,11887	,41619	-1,93687	-,30087
	No se asumen varianzas iguales			-2,248	69,558	,028	-1,11887	,49778	-2,11178	-,12597
Autonomia	Se asumen varianzas iguales	2,454	,118	-,777	432	,438	-,17026	,21913	-,60095	,26043
	No se asumen varianzas iguales			-,842	82,511	,402	-,17026	,20217	-,57240	,23188
Actuacion	Se asumen varianzas iguales	,211	,646	1,034	432	,302	,20692	,20015	-,18646	,60030
	No se asumen varianzas iguales			1,034	77,376	,305	,20692	,20019	-,19169	,60552
Intercultural	Se asumen varianzas iguales	1,565	,212	-3,085	432	,002	-,81003	,26259	-1,32615	-,29392
	No se asumen varianzas iguales			-2,883	73,957	,005	-,81003	,28095	-1,36984	-,25023
SocialRec	Se asumen varianzas iguales	,891	,346	-2,986	432	,003	-,67476	,22595	-1,11885	-,23066
	No se asumen varianzas iguales			-2,739	73,117	,008	-,67476	,24633	-1,16567	-,18384
MoRel	Se asumen varianzas iguales	,269	,604	-1,691	432	,092	-,40850	,24154	-,88325	,06625
	No se asumen varianzas iguales			-1,638	75,679	,106	-,40850	,24940	-,90525	,08826
D2	Se asumen varianzas iguales	,003	,960	-2,733	432	,007	-1,85663	,67941	-3,19200	-,52126
	No se asumen varianzas iguales			-2,638	75,518	,010	-1,85663	,70374	-3,25840	-,45487

Tabla 19.
(continuación)

Organización	Se asumen varianzas iguales	2,087	,149	-2,926	432	,004	-,79177	,27059	-1,32362	-,25993
	No se asumen varianzas iguales			-2,675	72,973	,009	-,79177	,29598	-1,38166	-,20188
Control	Se asumen varianzas iguales	,064	,801	,760	432	,448	,16705	,21994	-,26523	,59933
	No se asumen varianzas iguales			,751	76,754	,455	,16705	,22249	-,27600	,61010
D3	Se asumen varianzas iguales	,091	,763	-1,658	432	,098	-,62472	,37669	-1,36510	,11565
	No se asumen varianzas iguales			-1,593	75,251	,115	-,62472	,39226	-1,40611	,15666

Fuente: Escala de clima familiar (FES).
Elaborado por: Moncada, 2017.

3.6.2. Relación con Apoyo Social

En la Escala de Apoyo social en relación a la población con mayor riesgo suicida se encontró una Media 59.06 y una Desviación Estándar de 14.57 (ver Tabla 20).

Tabla 20. Riesgo de ideación suicida con Apoyo Social

	Ideación Suicida	N	Media	Desviación estándar
Apoyo Social	Riesgo	59	59,0678	14,57663
	Sin riesgo	375	67,6747	12,26646

Fuente: Escala de Apoyo Social Percibido.
Elaborado por: Moncada, 2017.

En la tabla 21 podemos observar que con respecto al supuesto de homogeneidad de varianzas la prueba de Levene indica que no se cumple en estas poblaciones (F=6,293; p<0,05). La prueba T para muestras independientes indica que se acepta la hipótesis nula, es decir, existe significancia entre la ideación suicida y el apoyo social (t= -4,877; gl:432; p<,05), esto quiere decir que los jóvenes universitarios al mantener redes de apoyo cercanas y significativas, le permiten mantenerse alejados o son menos vulnerables a pensamientos de ideación suicida.

Tabla 21. Prueba de muestras Independientes Apoyo social

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
									95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Apoyo Social	Se asumen varianzas iguales	6,293	,012	-4,877	432	,000	-8,60687	1,76489	-12,07571	-5,13803
	No se asumen varianzas iguales			-4,302	71,50	,000	-8,60687	2,00064	-12,59555	-4,61819

Fuente: Escala de Apoyo Social Percibido.
Elaborado por: Moncada, 2017.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio, fue identificar la relación entre clima familiar, apoyo social y su incidencia con ideación suicida la muestra de investigación fue de 434 estudiantes vulnerables cuyas edades oscilan entre 17 a 28 años de edad. Hemos centrado nuestra investigación en esta población por ser uno de los grupos más propensos a comportamientos y conductas suicidas. Estudios previos han demostrado que los jóvenes al estar en una etapa de crisis como es la juventud, deben enfrentarse ante problemas intrafamiliares, dificultades socioeconómicas, dificultades de tipo académico-laboral y social, que podrían encaminarlos al suicidio como mecanismo de escape (Betancourt, 2008), así también, aquellos eventos vitales estresantes, intentos suicidas previos como los trastornos de ánimo actúan como potentes factores de riesgo en esta etapa (Pacheco y Peralta, 2015). A nivel mundial la OMS (2013), argumenta que en el año 2012 se registraron 804 mil muertes por suicidio con una tasa anual de 11.4 por 100 mil habitantes, estimándola como la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años de edad, datos que se relacionan con los cambios físicos, psicológicos y emocionales como cambios familiares y sociales.

El primer y tercer objetivo específico fue determinar la ideación suicida y los factores psicosociales asociados con ideación en los estudiantes universitarios, indican los resultados que es significativamente mayor en el género femenino con el 72% (n=42) que el masculino 29% (n=17), cuyas edades oscilan entre 17 a 26 años de edad. Datos que corroboran lo expuesto por estudios anteriores, en los cuales se otorga a las mujeres jóvenes, mayor prevalencia de pensamientos suicidas en algún momento de su vida (Torres de Galvis, Posada, Mejía, Bareño, Sierra, et al. 2012); como también el número de intentos suicidas es mayor que en los hombres (Roos, 1998).

En contraste con la ideación e intencionalidad suicida en las mujeres que se encontró en esta investigación, Pérez y Calderón, (2012) destacan que el género masculino consuma el suicidio con mayor frecuencia que el femenino, considerando según Pérez, Rivera, Atienzo, Castro Leiva y Chávez, (2010) que la idea de hacerse daño y presentar conductas violentas se manifiestan más en los hombres que en las mujeres. Al respecto, estudios confirman los resultados mientras que los otros los contrastan; como en el caso de algunos estudios realizados en España, China, en los cuales existe mayor prevalencia de ideación e intencionalidad suicida en los hombres, posiblemente se deba a elementos culturales y características personales (Pérez, et al., 2010). A nivel de Sudamérica, en Perú existe una tasa ligeramente mayor de suicidios en las mujeres frente a los hombres (Torres, 2015).

La población universitaria en estudio n=434, el 8.0% (n=35) refieren haber experimentado al menos un intento suicida, y el 13.5% (n=59), indican un alto riesgo de ideación suicida, así mismo el 32.2% (n=19) de la población universitaria presentan al menos un intento suicida; al respecto se encontró que los altos riesgos de ideación suicida no determina que el estudiante cometa intentos suicidas, en contraste a estos resultados, en estudios realizados a estudiantes universitarios Mexicanos, sobre la relación de ideación e intentos suicidas, concluyeron que a mayor número de síntomas de ideación suicida mayor será la probabilidad de llevar a cabo nuevos intentos (Pérez, et al. 2010), mientras que para Paladino y Bario (2008), no existe garantía lineal entre la relación de ideación con intento suicida, lo cual concuerda con los resultados de la investigación.

Otras investigaciones señalan que la experiencia de intentos de suicidio son uno de los mayores predictores de riesgo suicida, aumentando la probabilidad cuando se identifica con un par cercano, los pensamientos suicidas se incrementan en un 2.8 y 3.8 respectivamente (Sánchez, Guzmán y Cáceres, 2005). Para Gonzales y Jiménez (2010), el mejor predictor del suicidio es el intento. En el presente estudio se identifica según los resultados, que el riesgo de ideación no determina el intento suicida en la población universitaria.

Así mismo los resultados encontrados en el presente estudio, indican mayor prevalencia y riesgo de ideación e intencionalidad: los solteros, sin hijos y con un nivel socioeconómico medio-bajo, bajo nivel académico de los padres y pertenecer a familias nucleares disfuncionales o monoparentales (solo con la madre o padre, solo con hermanos, separaciones, divorcios y abandono) son características de una estructura y dinámica familiar que podría incidir a mayor predisposición de ideación suicida e intento suicida.

Los resultados coinciden con la literatura científica, al afirmar que los estudiantes universitarios al encontrarse en un estado de soledad y sentimientos de tristeza, los hace más proclives, como también, los escases de recursos económicos para solventar sus necesidades básicas (Martínez, et al 2011), Resultados que se contrastan con otros estudios citados anteriormente, en los cuales estas características psicosociales se relacionan significativamente con ideación e intencionalidad suicida (Baca, et al. 2014).

Así mismo según el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención de la conducta suicida [GTGPCP], (2012), el desempleo y su relación con la pobreza se asocia con mayor riesgo suicida, como además el género femenino y la edad están asociados a la suicidalidad, (Salve, L. y Milipillán, R. 2008).Tanto el nivel de escolaridad como la ocupación de los padres es considerado por algunos, como un recurso que tiene la familia

de afrontamiento, no así la baja escolaridad especialmente de la madre, el control parental perturbador como los estilos de crianza y de paternidad (Valadez, Roque, y Gonzales, 2005).

Aquellos factores que se halló relación con las variables de ideación suicida son percepción de la salud, nivel de satisfacción de la vida y el nivel de ausentismo de los estudiantes, los cuales indican mayor relación con el sexo femenino; en cuanto a la percepción sobre la salud, indican, normal, buena y mala, en la variable de satisfacción de la vida, sobresale medianamente satisfechas e insatisfechas, así mismo en cuanto a la variable ausentismo el sexo femenino alcanza 40.4% (n=17) frente al masculino, con 17.7% (n=3) resultados que nos permiten identificar características de posibles sentimientos de desesperanza, desmotivación, estrés personal y social que podrían incidir en la población femenina para que exista mayor riesgo de ideación suicida y también mayores intentos de suicido, que han sido revelados en el presente trabajo, además estudios anteriores han indicado al respecto, que la interacción entre las características personales y contextuales pueden ayudar en el desarrollo de conductas suicidas (Blandón, Cormona, Mendoza y Medina, 2015).

Investigaciones realizadas sostienen que factores individuales como el estrés, la desesperanza, depresión, al relacionarse con condicionantes como conflicto familiar, deficiente cohesión familiar, abuso de los padres, problemas económicos podrían predisponer al joven a conductas suicidas (Rodríguez & Oduber, 2015). Como también la baja autoestima, soledad, problemas relacionales, preocupaciones financieras y ajuste a la vida universitaria (Paladino y Minton, 2008).

En lo que refiere al segundo y cuarto objetivo que consiste en establecer y determinar la relación entre ideación suicida con Clima familiar y Apoyo Social. Se identificó en la dimensión “Relación” una Media de 15.03 con una Desviación Estándar 2.99, ubicándose en un nivel medio lo que indica un clima familiar adecuado, La Dimensión “Desarrollo” con una Media de 26.93 y la Dimensión “Estabilidad “con una Media de 11.34, expresando un nivel adecuado medianamente.

La familia es considerada como un pilar de sostén para cada uno de sus miembros, es un sistema dinámico e interdependiente en el que las acciones de los unos repercuten en las acciones de los otros (Gómez, 2004), por ello el tipo de relaciones que se establezcan dentro de ella, actuará como factor de protección o de riesgo para el joven universitario; se destaca que al ser la familia la célula básica de la sociedad debe ser una entidad socializadora por excelencia (Florenzano, 1995; Gubbins, 2009, Eguiluz, 2011), en

la cual sus miembros puedan sentirse amados, protegidos y cuidados, analizar el funcionamiento familiar como la estructura son factores que deben considerarse para evaluar el clima de la familia.

Igualmente es necesario en los jóvenes el apoyo social, es decir aquellas relaciones de soporte integral o redes de apoyo especialmente la familia y los amigos cercanos que son los más significativos; Barrón y Sánchez, (2001), el apoyo social ejerce efectos positivos sobre la salud y bienestar mental de los individuos o puede darse lo contrario. Se encontró que el 70.5% (n=306) poseen un apoyo social alto, seguido por el 21% (n=91) señalando un apoyo social medio alto, lo que indica que las redes de apoyo actúan como factor de protección frente a la ideación suicida; se establece que el apoyo social puede actuar como factor de protección o de riesgo: “Mayor apoyo social menor riesgo de comportamiento suicida, menor apoyo social mayor riesgo suicida”

Se identificó una asociación significativa con respecto a las variables ideación suicida, clima familiar y apoyo social. Con respecto al clima familiar, el análisis en la dimensión “Relación” (,007<0,05) mostró una asociación significativa con respecto a las subdimensiones “Cohesión” (0,000 <0,05) y “Conflicto” (0,002 < 0,05). La primera variable nos permite afirmar que, a mayor cohesión, menor riesgo de ideación suicida en los estudiantes universitarios. Se destaca que la cohesión familiar determina la funcionalidad de la familia, corroborando de esta manera con estudios previos, que uno de los factores de riesgo en las familias ecuatorianas es el nivel bajo de cohesión familiar (Abad, 2015), aspecto que debe ser considerado en el programa de intervención familiar.

Otros estudios sostienen, que la baja cohesión es considerada como un factor familiar de riesgo que predisponen al suicidio (Gibert y Torres, 2015). A sí mismo en un estudio realizado a estudiantes mexicanos, se encontró una fuerte asociación entre las dimensiones de familia con el intento suicida, la presencia de una comunicación no adecuada, ausencia de manifestaciones de afecto como el manejo de conflictos deficientes, agresividad, conducen a padecer ideación suicida (Valadez, Amezcua, Quintanilla y Gonzales, 2005).

Con respecto a la variable “Conflicto”. estudios indican que los conflictos entre los miembros de la familia, limita su grado de interacción y comunicación, por lo que predispone a la familia a un clima familiar negativo con manifestaciones de frecuentes conflictos, carencia de cohesión afectiva y apoyo parental (Ramírez, Hernández y Hernández, 2013); y puede orientar a los estudiantes universitarios a padecer ideación o tentativa de suicidio.

Otras investigaciones sobre clima familiar, refieren que las buenas relaciones con los padres y hermanos actúan como factor protector, igualmente encontraron que al no tener una buena relación con el padre aumenta 2.7 veces la posibilidad de desarrollar ideación suicida (Baca, et. al 2014), a sí mismo, la buena relación entre los padres, los estilos de crianza como las buenas relaciones entre los hermanos, evitan ideación suicida (Florenzano, Valdés, Cáceres, Santander, Aspillaga y Musalem, 2011), de la misma forma confirman Salvo y Melipillán, (2008), que la cohesión y el apoyo de los padres, previene los pensamientos suicidas en estudiantes universitarios. Por lo que se deduce que estos aspectos son importantes para mantener un clima familiar adecuado y minimizar de esta forma el riesgo de ideación suicida, se pretende que a mayor "Cohesión "familiar menor riesgo de ideación suicida, al igual al enfatizar en "Conflicto" se encuentra que a mayores conflictos interfamiliares mayor será el riesgo de ideación suicida. De lo mencionado se puede argumentar que a mayor nivel de clima familiar en el área de cohesión y bajo nivel de conflicto existirá menor riesgo a ideación suicida.

En cuanto al apoyo social se encontró una relación significativa de 0.000<0.05, tomando en cuenta que el apoyo social comprende aquellas relaciones cercanas del individuo, que repercute de forma positiva sobre el bienestar y salud mental de las personas (Barrón y Sánchez, 2001). En la población universitaria del estudio, refieren un alto grado de apoyo social, lo cual indica que poseen estabilidad y control que los orientan a sentirse mejor y ver la vida de manera distinta frente a las circunstancias adversas. En investigaciones antes mencionadas sobre apoyo social, el sexo femenino indicó mayor ideación cuando enfrentan problemas con su familia y con los mejores amigos, en el caso del sexo masculino indican ideación suicida por problemas de pareja (Serrano y Flores, 2005). Otras investigaciones, destacaron que las ideaciones suicidas podrían aumentar cuando el estudiante posee una falta de apoyo real y en estas condiciones queda vulnerable ante sentimiento de soledad (Paladino y Bario, 2008).

Para Serrano y Flores, (2005), las principales fuentes de apoyo identificados son la familia y los amigos cercanos, además indican que la pareja cumple una función importante para desarrollar estrés e ideación suicida ante la presencia de conflictos. Determinando con nuestro estudio que a mayor apoyo social que tenga la población universitaria, menor será el riesgo de padecer ideación suicida, mientras que la ausencia de apoyo social y familiar el riesgo de ideación suicida en los jóvenes es mayor.

Con el presente análisis se ha dado respuestas a las preguntas de investigación planteadas sobre la prevalencia de ideación suicida, la relación existente entre clima familiar y apoyo social con características de ideación suicida, los factores psicosociales que inciden en la

ideación suicida de los estudiantes universitarios de nuestro estudio, para terminar con la necesidad de implementar programas de intervención tanto para estudiantes y sus familias con riesgo de ideación e intencionalidad suicida, en virtud que en el Ecuador no existen programas para ayudar a esta población vulnerable. Así mismo se pretende aportar en el campo de la salud mental, educativo, social, familiar y personal del estudiante universitario, mediante un programa de intervención o propuesta de intervención familiar para estudiantes universitarios con riesgo de ideación suicida; considerando como referencia los datos encontrados.

CONCLUSIONES

- Concluimos que la ideación suicida es significativamente mayor en el sexo femenino, la juventud al ser considerada una etapa crítica del ciclo vital, los estudiantes de manera especial las mujeres, pueden enfrentar situaciones de índole personal, familiar, dificultades económicas, problemas académico-laborales, eventos vitales estresantes y desajuste social, que pueden influir como factores de riesgo para padecer ideación o intento suicida más que los hombres. Igualmente se encontró que los riesgos altos de ideación no determinan el intento suicida en la población universitaria de estudio.

- Se detectó que el clima familiar y apoyo social son predictores o factores de protección para el comportamiento suicida en los jóvenes universitarios, se determinó que el apoyo social recibido por la población de estudiantes universitarios es alto, por lo que indica que a mayor apoyo social menor riesgo de ideación suicida.

- En cuanto a la correlación entre ideación suicida y clima familiar se halló un grado de significancia en la dimensión de "Relación" específicamente las subescalas de cohesión y conflicto, lo que establece que a mayor cohesión menor riesgo de ideación suicida y a mayor conflicto mayor presencia de ideación suicida. Por lo tanto, los resultados nos guían a implementar en el programa de intervención técnicas psicoterapéuticas que ayuden a fomentar la funcionalidad y dinámica de las familias en el área de cohesión y solución de conflictos, a la vez orientar a la familia para que se convierta en la principal red de apoyo en donde las figuras de base, padre, madre y hermanos, sean importantes en la formación y soporte emocional de los jóvenes universitarios, brindando apoyo para que afronten los problemas de la vida y se relacionen mejor con su contexto familiar y social.

- En lo referente a factores psicosociales asociados con ideación suicida indican mayor prevalencia las mujeres, solteros, sin hijos, bajo nivel académico de los progenitores, nivel socioeconómico medio bajo, pertenecer a familias monoparentales y familias nucleares disfuncionales, características sociodemográficas que podrían predisponer a los estudiantes a riesgo de ideación suicida.

- En relación a la percepción de la salud, nivel de satisfacción de la vida y el nivel de ausentismo de los estudiantes, se establece que al encontrase en un nivel de inconformidad de su salud, de la vida, puede desencadenar la ausencia a las labores académicas, de manera especial en la población femenina, nos permite asumir que pueden experimentar sentimientos de desesperanza, desmotivación, estrés personal y

social que podrían incidir para que exista en las mujeres mayor riesgo de ideación y de intentos suicidas.

RECOMENDACIONES

- Por la mayor prevalencia de ideación e intentos suicidas en las mujeres, se recomienda crear un programa específico para esta población con ideación suicida, tanto en las universidades como en instituciones gubernamentales, en virtud a las características individuales, que, según los resultados en distintos estudios realizados sobre el tema, las mujeres son las más vulnerables.
- Mediante la Unidad de Bienestar Estudiantil se intervenga para estimular la capacidad de resiliencia, resignificación y de manera especial que en las consejerías estudiantiles existan profesionales de la salud mental para que se ayude a los jóvenes con comportamiento suicida.
- Cada centro universitario debe elaborar estrategias para prevenir, promover y brindar psicoeducación a los estudiantes vulnerables.
- Los docentes deberían ser capacitados para identificar posibles riesgos de comportamiento suicida, informar a la población estudiantil y docentes universitarios en caso de emergencia que oficinas de ayuda existen en el centro universitario.
- Informar al personal de la universidad como enfrentar una situación de crisis y dar charlas a los estudiantes sobre el suicidio para que identifiquen los riesgos y busquen la ayuda temprana.
- Mediante las técnicas educativas(psicoeducación) y técnicas terapéuticas se debe ayudar a las familias a elaborar cambios dentro de su estructura y funcionalidad, que se orienten a conocer, aceptar y asimilar los cambios propios de los adolescentes y jóvenes con el fin de mejorar la dinámica familiar.
- Las terapias serán encaminadas en el Programa de Intervención a las familias y jóvenes con ideación suicida y cuando sea necesario se llevarán psicoterapias individuales en el caso que algún miembro de la familia lo solicite o se considere necesario.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR PARA JOVENES UNIVERSITARIOS CON IDEACIÓN SUICIDA, DESDE EL ENFOQUE DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

La familia desde el enfoque sistémico es considerada como un sistema abierto formada por sus partes con patrones de interacción que determinan sus relaciones (Minuchin, 1974), como también un sistema vivo, que atraviesa por un proceso evolutivo, lo que indica que la intervención en jóvenes con ideación o intención suicida debe partir desde el núcleo familiar. Son escasos los programas dirigidos a prevenir, identificar e intervenir a los jóvenes con sus familias, uno de los programas es el Nuremberg Alliance Against Depression, mediante un equipo multidisciplinario mostraron disminución significativa tanto en intentos como de suicidios consumados (Hegerl & Shafer, (2007). Igualmente, en Estados Unidos, El *Suicide Prevention Resource Center*, 2004) crearon un documento de salud mental y prevención de suicidio para las universidades con el fin de ayudar a los jóvenes universitarios., dando buenos resultados.

Por lo tanto, abordaremos el programa desde la Psicoterapia Sistémica, la cual considera a las personas y a los problemas inmersos en sistemas más amplios como es la familia (Haley, 1976), la característica de este enfoque es que el paciente identificado o la persona que presenta el problema no es más que el portador del síntoma que está siendo producido por algún problema del sistema familiar. Por ello se trabajará en recuperar a la familia a través del estudio y análisis de los vínculos familiares, la relación del miembro en su contexto familiar y social con el fin de modificar su estructura y funcionamiento, “La sistémica es el arte de ver, averiguar y especialmente reconocer conexiones entre las entidades observadas” (Heinz Von, 1998).

La Terapia Familiar Sistémica según Ortiz (2008), es un proceso de acompañamiento a las personas en sus dificultades con el fin de encontrar alternativas a las mismas. Por ello nos centraremos desde el enfoque sistémico en nuestro programa de intervención familiar, el cual intervienen elementos que son parte de análisis de la terapia sistémica como el de estructura, funcionamiento y evolución de la familia, además nos sostendremos en intervenciones cognitivas como la Connotación positiva y restructuración cognitiva (redefiniciones), intervenciones conductuales como tareas directas, (Navarro, 2017), e intervenciones interpersonales o sociales.

Se estará analizando el tema de la depresión ya que se la considera como la antesala de la ideación suicida por lo tanto quien conduce a la persona al comportamiento suicida,

así lo corroboran Vázquez, Blanco y Torres (2015) “La depresión es un factor de riesgo para el suicidio; de hecho, más de la mitad de las personas que mueren por suicidio reúnen los criterios para un trastorno depresivo”.

OBJETIVO GENERAL

Promover estilos y habilidades de afrontamiento y comunicación a los jóvenes con ideación suicida y sus familias.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Orientar mediante la intervención educativa o psicoeducación a jóvenes con ideación suicida como a sus familias
- Ayudar a la población juvenil y su familia a desarrollar habilidades de afrontamiento ante los conflictos intrafamiliares.
- Orientar a la población universitaria y su familia para incrementar habilidades sociales, de comunicación, cohesión, resiliencia y relaciones inter y extrafamiliares.
- Mejorar el funcionamiento familiar mediante la reorganización de la estructura familiar.
- Conseguir el compromiso de los jóvenes con ideación suicida y sus familias.

CARACTERISTICAS GENERALES DEL PROGRAMA

El programa se realizará en diez sesiones, una sesión por semana con una duración aproximada de 90 minutos, con énfasis grupal/familiar, las mismas serán ejecutadas a partir de un objetivo específico, y debe ser aplicado únicamente por profesionales de la salud mental abierto también a psicólogos. Además, es importante resaltar que la intervención se realizará para estudiantes con ideación suicida leve o moderada en caso de que existiera un grado de severidad o peligrosidad de ideación suicida se recomendará la intervención de un profesional en psiquiatría**.** Al respecto Jiménez (2008) comenta que la ideación suicida se puede ver como una gama de conductas y pensamientos que va desde un continuo de severidad desde leve (ej. pensamientos de querer morir) moderado (amenazas de quitarse la vida, intentos o gestos) y severos (intentos serios y suicidio completado). Además, mediante el programa de intervención se pretende eliminar tabúes o estigmas sobre los trastornos mentales y el suicidio con el fin de crear conciencia y cambios en la dinámica de las familias.

Además el programa se conducirá bajo una serie de condiciones como el contrato terapéutico que serán especificados en la primera sesión como: Asistencia a todas las sesiones en caso de no hacerlo comunicar con anterioridad, puntualidad, escucha empática entre los miembros, confidencialidad, participación en las sesiones, respeto por las opiniones de los demás, nadie debe sentirse presionado a hablar en caso que no lo

desee (derecho a la privacidad), conservar la distancia psicológica (nadie habla por el otro o decir lo que el otro piensa o siente), entre otros. Cabe resaltar que el desarrollo de las sesiones es una guía general, el profesional que lo implemente lo hará conforme lo estipule.

DESARROLLO POR SESIONES

SESIÓN UNO: Presentación del programa, rapport y Psicoeducación (suicidio)

OBJETIVO	CONTENIDO	INTERVENCIÓN	TÉCNICAS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	OBSER-VACIONES
Establecer rapport y normas del programa. Presentar el tema del suicidio en sus distintas formas. Comprometer mediante un contrato terapéutico responsabili-dad personal.	Bienvenida y propósito del programa. Presentació n del grupo, condiciones. ¿Qué es el suicidio? Causas, efectos, formas.	Lineamientos generales.	Contrato terapéutico (ver anexo 2) Encuadre o marco terapéutico: determina el espacio, condiciones en la relación terapeuta-familia. (ver anexo 9) Gráfico del suicidio. Proceso como se presenta.	Materiales de oficina.	Comprensión del concepto del suicidio y de los conceptos básicos como ideación e intencionali-dad suicida.	Planifica-ción de antemano del material según el número de asistentes.

SESIÓN DOS: Ideación Suicida

OBJETIVO	CONTENIDO	INTERVENCIÓN	TÉCNICAS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	OBSER-VACIONES
Mediante Psicoeduca-ción presentar las distintas etapas de ideación suicida. Aprender a manejar habilidades y técnicas de autocontrol cognitivo.	Ideación suicida en los adolescentes y jóvenes.	Psicoeduca-tiva. Conductual.	Psicoeduca-ción. Automotiva-ción. Respiración diafragmá-tica. (ver anexo 10)	Materiales de oficina.	Comprensión de ideación suicida, autoanálisis de sus pensamien-tos, análisis de frecuen-cias en caso de su existencia. Aprender la técnica de la respiración profunda.	Enseñar la manera correcta de la respiración mediante el modelado. Tarea: Practicar técnica en casa.

SESIÓN TRES: Estructura, Dinámica Familiar

OBJETIVO	CONTENIDO	INTERVENCIÓN	TÉCNICAS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	OBSER-VACIONES
Identificar la dinámica familiar. Identificar factores familiares que pueden estar contribuyendo a ideación suicida. Enseñar destrezas de comunicación asertiva entre los miembros de la familia.	Revisión sesión anterior. Análisis contexto familiar y funciona-miento. Comunica-ción asertiva.	Interperso-nal e interfamiliar. Conductual.	Técnica de la escultura. (ver anexo 11) (Expresión simbólica de su propia familia mediante el arte.) Terapia del perdón. (ver Anexo 12)	Plastilina.	Que la familia conozca la percepción de la familia desde el punto de vista del joven para considerar cambios en la dinámica familiar.	La técnica de la escultura deber ser utilizada dentro del grupo familiar, no en terapia individual.

SESIÓN CUATRO: Interacción y Cohesión Familiar

OBJETIVO	CONTENIDO	INTERVENCIÓN	TÉCNICAS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	OBSER-VACIONES
Establecer los parámetros de los subsistemas (conyugal, parental y fraternal) de la familia para mayor comprensión. Identificar y extender la red de apoyo del estudiante.	Repaso sesión anterior Evaluación y diagnóstico familiar (subsistema s, límites, fronteras, jerarquías, manejo del poder, reglas y roles. Redes de apoyo	Enfoque estructural.	Genograma familiar. Psicoeduca-ción. Escenifica-ción o role play (grupos familiares: Ejm. permiso para ir a una fiesta)	Útiles de escritorio.	Conocer tanto la estructura y funciona-miento de cada familia (comunica-ción, afectividad, valores, mitos, otros) para continuar con el proceso de intervención.	Los grupos se harán de acuerdo al grupo familiar, asignando un tiempo propicio para su presenta-ción. Tarea enviada: hacer una lista de personas de apoyo: Familiares, amigos, otros que podría llamar o acercarse cuando quiera hablar con alguien.

SESIÓN CINCO: Interacción y Cohesión Familiar (continuación). Apoyo social

OBJETIVO	CONTENIDO	INTERVENCIÓN	TÉCNICAS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	OBSER-VACIONES
Analizar las relaciones interpersonales intrafamiliar poder, alianzas, coaliciones reglas y roles. Concientizar a la familia como la principal fuente de apoyo.	Repaso y revisión de tarea sesión anterior. Redes de apoyo.	Enfoque estructural (continuación)	Preguntas circulares (permite un acceso rápido a gran información, cada miembro expresa su opinión sobre ellas (ver anexo 13)	Cuestiona-rio para el grupo familiar sobre preguntas circulares por ej.: ¿Quién está más cerca de usted en la familia? ¿En quién confía más? Entre otras	Se pretende aclarar la diferencia en caso que lo existiera entre los miembros para conducir un cambio, además al escuchar a los demás se percibe desde otro punto de vista los hechos y relaciones. Que cada miembro aprenda a identificar en el universitario aquellas caracterís-ticas de soledad, ira, depresión para brindar el apoyo necesario	Tarea para la semana: invitar al miembro con el que menos comparte a realizar una actividad en común. Tarea Para todo el grupo familiar

SESIÓN SEIS: Identificación de Conflictos Personales y Familiares

OBJETIVO	CONTENIDO	INTERVENCIÓN	TÉCNICAS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	OBSER-VACIONES
Externalizar lo que el joven está viviendo en sí mismo o con algún miembro de la familia. Expresar emociones y sentimientos reprimidos por angustia o temor a enfrentar conflictos con uno de los miembros de la familia.	Repaso de sesión y tarea anterior. Identificar posibles conflictos intrafamilia-res.	Narrativa.	Técnica de la silla vacía. (Psicodrama Ver anexo 14)	Silla.	Joven experimente calma al verbalizar sus emociones y sentimientos Familia pueda considerar cambios en sus relaciones interperso-nales.	Técnica será utilizada como psicotera-pia individual Terapia del perdón luego del ejercicio.

SESIÓN SIETE: Solución de conflictos

OBJETIVO	CONTENIDO	INTERVENCIÓN	TÉCNICAS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	OBSER-VACIONES
Definir los conflictos de forma clara y objetiva. Inducir el afrontamiento activo pero racional. Generador de soluciones.	Repaso de sesión anterior. Definición de conflicto. Redireccion ar el conflicto o problema. Ser generador de soluciones.	Cognitiva.	Registro individual. Conflictos ¿Qué efectos ha provocado? ¿Quiénes están involucra-dos? ¿Qué soluciones se han dado? Tarea: Registrar que conflictos se presentaron en la semana, con que miembro y como lo solucionó.	Lista de conflictos actuales. (ver anexo 15) Lista alternativa de soluciones. (ver anexos 16 y 17)	Que acepte que hay un problema o conflicto. Que sea parte de la solución del conflicto, escogiendo la mejor opción. Aplicar la solución elegida. Socializarlo con la otra parte del conflicto.	Mediante esta técnica de solución de conflicto se pretende que el joven visualice a los conflictos como parte de la vida, enfatizan-do que debe tomar las mejores decisiones para salir de ellos (comuni-carse).

SESIÓN OCHO: Ideación y depresión

OBJETIVO	CONTENIDO	INTERVENCIÓN	TÉCNICAS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	OBSER-VACIONES
Propiciar un afrontamiento activo ante los problemas y los síntomas de la depresión.	Repaso de sesión y tarea anterior. La depresión y su relación con la ideación suicida.	Cognitiva. Interpersonal.	Psicoeduca-ción. Realizar una lista sobre sentimien-tos, emociones que está viviendo y relacionarlo a un origen. ¿Cómo los está afrontando? Psicoterapia individual.	Materiales de escritorio.	Adquisición de conocimien-to sobre cómo actúa la depresión, cómo identificarla para trabajar en ella y establecer como familia las pautas de alerta y ayuda al miembro depresivo.	Tarea para la siguiente semana. Monitorear su estado de ánimo durante la semana.

SESIÓN NUEVE: Identificación de Distorsiones Cognitivas

OBJETIVO	CONTENIDO	INTERVENCIÓN	TÉCNICAS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	OBSER-VACIONES
Identificar distorsiones cognitivas para contrarres-tarlas.	Repaso de sesión anterior y revisión de tarea. Definición de los pensamien-tos. Redirección de los pensamien-tos. Patrones de pensamien-tos negativos y distorsio-nados que son parte de la ideación suicida.	Cognitiva.	Psicoeduca-ción. Lista de pensamien-tos dañinos y otra lista de pensa-mientos positivos para contrarrestar entre ellos. (Ver Anexo 18) Técnica parada del pensamiento. (Ver anexo 19) Tiempo para preocuparse (Restructu-ración cognitiva). Analizar y cuestionar el pensamiento (Ver anexo 19)	Hojas de papel y lápices.	Que sea capaz de identificar aquellos pensamien-tos dañinos para cambiar con los positivos en el momento adecuado.	Primero debe realizarlo de manera individual y luego compartir en el grupo familiar si lo estima necesario. Tarea: traer para la próxima sesión algún objeto que quiere identificar con su propia vida.

SESIÓN DIEZ: Proyecto de vida

OBJETIVO	CONTENIDO	INTERVENCIÓN	TÉCNICAS, RECURSOS Y ESTRATEGIAS	MATERIALES	RESULTADOS ESPERADOS	OBSER-VACIONES
Externalizar la experiencia vivida mediante el objeto. Decidir si se aleja o se acerca a tal experiencia o tal persona. Ser el diseñador de su futuro (proyecto de vida).	Repaso sesión anterior. Revisión de la tarea de sesión anterior (traer objeto un objeto con el que se identifique a sí mismo o una vivencia en su vida). Proyecto de vida Cierre proceso terapéutico.	Conductual.	Objeto metafórico. Psicoeduca-ción.	Objeto traído por el mismo paciente. Técnica del árbol (Proyecto de vida). (ver anexo 21)	Mediante esta técnica se pretende que el joven estudiante pueda materializar mediante el objeto que escoja lo que está pasando en su vida y en la familia, con la finalidad de trabajar en el clima de relación intrafamiliar. Un nuevo comienzo, nuevos proyectos, autocontrol, evitación de estímulos estresantes, planificación del tiempo	Dar la indicación específica sobre la técnica (ver anexo 20) Se lo puede hacer individual o también si estima el joven, con la familia. El objeto metafórico será quemado o botado según lo que manifieste el estudiante.

BIBLIOGRAFIA

American Association of Suicidology. (2006). Youth Suicide Fact Sheet. Washington, DC.

Amezcua R. (2003). Diseño y validación de un instrumento para evaluar potencialidad suicida en el adolescente escolarizado (tesis de maestría). México, DF: UNAM

Aranda, B. y Pando, M. (2013). Conceptualización del Apoyo Social y las Redes de Apoyo Social. Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara. México. Recuperado de: http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153

Abad, P. y Moyano, A. (2015). Comparación del Funcionamiento familiar en jóvenes de 15 a 24 años con y sin intento de suicidio en la ciudad de Cuenca. Universidad del Azuay. Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. p. 12

Asociación de Psiquiatría Americana [APA] (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5),* 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. (Original publicado en 2013).

Baca, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad*. Salud mental, 37, 373-380*.

Ballesteros, et al., (2010). El suicidio en la juventud: Una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. *Rev. Colombiana de Psiquiatría, Vol. 39 (3) p. 542.* Bogotá-Colombia. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619187006

Barra, A. (2004). Psicología y salud. Universidad de Veracruz. *Vol. 14 (2) p.* Recuperado de: https://www.revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848

Blandón, M.B., Carmona, J., Mendoza, M. y Medina, O. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín; Vol.19 (5).

Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema* 13:17-23.

Bell, C. & Clark, D. (1998). Suicidio en adolescentes. Clínicas Pediátricas de Norte América. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2:341-357. Recuperado en: https://www.google.com.ec/search?q=Bell+C%2C+Clark+D.+Suicidio+en+adolescentes.+Clínicas+Pediá-+tricas+de+Norte+América.+México%3A+Mc+Graw-Hill+Interam

Beltrán, P. y Castillo, P. (2015). Coeficientes de correlación de Pearson y Sperman. Instituto Universitario Santiago de Mariño. Recuperado de: https://es.slideshare.net/PatriciaCastillo31/coeficiente-de-correlacion-de-pearson-y-spearman.

Betancourt, A. (2008). El suicidio en el Ecuador. Un Fenómeno en ascenso. Programa de estudios de la ciudad: Flacso sede Ecuador, 2(16), pp.4-9. Recuperado de http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/2350#.WO4C5tI1_IU

Bertolote, et al., (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, 35, 1457-1465.

Boves, J., Saiz, P., García, M., Buscaran, M, y Bousoño, M. (2004). Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento. Barcelona: Ars médica

Bojórquez, J.A., López, L. Hernández, M. y Jiménez, L. (2013). Utilización del Alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software: Recuperado de; http://www.laccei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP065.pdf

Buelga S, Lila M. Familia y conducta antisocial. Valencia, España: Editorial CVS; 1999. Adaptación Argentina, Casullo, G.L.; Álvarez, L. y Pasman, P. (1998)

Caldwell, C.B., & Gottesman, I.I. (1990) Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. Schizophrenia Bulletin, 16, 571-589

Casullo, G.L.; Álvarez L. V. & Pasman, P. (1998) Adaptación de las escalas de clima social escolar y familiar, VI Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires: 186-198.

Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio. (2015). Puerto Rico. Recuperado de:
http://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Pages/UnidadeOperacionales/Comision-para-la-Prevencion-de-Suicidio.aspx.

Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Versión completa. Recuperado de:
http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado08/medidas%20prevencion.html

Collazo, S. (2013). Perfil Psicológico y Psicosocial de estudiantes universitarios. (Tesis de grado).

Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R, y Rosales, J. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psico sociodemográficos. *Psicología Iberoamericana,* 15(2), pp.17-21. Recuperado de
http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933003.pdf

Diario La Crónica de la Tarde. (28 de agosto 2017). Problemas sentimentales es la mayor causa de suicidios en Loja; p.23.

Domínguez, D., Hermosillo, A. y Vacío, M. (2016). Efectos de los factores de protección y de riesgo sobre el comportamiento suicida en estudiantes de psicología. *Investigación y ciencia,* 24(69), pp.78-80. Recuperado de
http://www.redalyc.org/pdf/674/67449381010.pdf

Duvall, E. M. (1977). Marriage and family development. Nueva York, Lippicott, U.S.A

Duarte, Y., Lorenzo, L., Resello, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, auto- concepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología.* vol. 23, pp. 2, 17 Asociación de Psicología de Puerto Rico.
Recuperado de: http://www.redalyc.org/pdf/2332/233228917001.pdf

Durkheim, E. (1971). *El Suicidio*. Serie Sociología y Antropología. Akal Universitaria. Madrid- España.

Durkheim, E. (1994). *El Suicidio*. México, D.F: Coyoacán

Dussel, E. (1998). Ética de la liberación en la edad de la globalización y la exclusión; 3a. ed., Trotta, Madrid.

Encuesta Mundial de Salud Escolar Chile 2004 y 2005; 18. Recuperado de: http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/INFORME%20EMSE%202004-2005%20final.pdf

Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. y Moreno, D. (2008). Clima Familiar, clima escolar y satisfacción con la vida de adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 25 (1) pp. 120-122.

Eguíluz, L. (2011). Estrategias de intervención en jóvenes con ideación e intento suicida. Uaricha. Revista de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; Vol. 8(16), 66-90

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review, 24*,957-79.

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. (1974). Suicide Intent Scale, SIS. Pp, 1-3. Recuperado de: https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2013/478/46299/1/Documento42.pdf

Florenzano, R. (1995). Familia y Salud de los Jóvenes. Chile: Universidad Católica de Chile.

Florenzano, R. et al., (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile, 139,* 1529-1533. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n12/art01.pdf

Furr, S.R., McConnell, G.N., Westfeldt, J.S. & J.M. Jenkins. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. Professional Psychology: Research and Practice, 32, 97.

Gabaldón, N. (1980). Algunos conceptos de muestreo. Ediciones Amón, C.A. Caracas.

García, X. y Estremero, J. (2003). Ciclo vital, Crisis Evolutivas. Unidad de Medicina Familia y Preventiva. Buenos Aires- Argentina.

García, A. (2017). Técnicas de respiración. Recuperado de: https://blog.cognifit.com/es/tecnicas-de-respiracion

GarciAndía, J. A. (2013). Familia, Suicidio y Duelo. Rev. Colombiana de Psiquiatría, 43 1:71-9 - DOI: 10.1016/j.rcp.2013.11.009. Recuperado de: http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-familia-suicidio-duelo-S0034745014000109

Gubbins, V. (2009). Las estructuras familiares y jefaturas de los hogares con menor bienestar socioeconómico del país. Cambios de la última década (pp. 69-86). Chile: Universidad del Bio-Bio.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad. Recuperado de:
www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Gross, R. T., & Duke, P. (1980). The Effect of early versus late physical maturation on adolescent behavior. Symposium on adolescent medicine. Pediatric Clinics of North America, pp. 27, 71-78.

Gould M, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R. (1998). Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatty; 37:155-162.

González, S. Díaz, A., Ortiz, S. y González, C. (2000). Características Psicométricas de la Escala de ideación suicida de Beck en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental.* 23 (2) p. 28.

González, Q. J. C., Restrepo, C. G. (2010). Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. Rev Salud Pública, 12(2): 228-238.

González, M. S. (1998). La ideación suicida como indicador para la prevención secundaria del suicidio en población. Estudiantil. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. P. 18. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000400002ernández, M. D.6

González-Forteza, C. & Jiménez, T. A. (2010). Problemática suicida: algunas consideraciones desde la investigación psicosocial.

González Ramos, J.M. (2006). Suicidio es la tercera causa de muerte en Puerto Rico. Recuperado de: https://www.fille///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/1900-1948-1-SM%20(2).pdf

González, Arana & Jiménez, (2008). Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá–2009. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/278004122_Caracteristicas_psicosociales_y_familiares_relacionadas_con_intento_de_suicidio_en_una_poblacion_adolescente_en_Bogota-2009.

Gómez, J. (2004). El adolescente en la familia y en la escuela. En L. Eguiluz (Comp.) Dinámica de la familia. México: Pax-México.

Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N. y Ospina, M.B (2002). Factores Asociados al Intento de Suicidio en la población colombiana. Rev. Colombiana de Psiquiatría vol.31 no.4 Bogotá. Print versión ISSN 0034-745

Gutiérrez, A., Contreras, C., y Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental,* 29(5), pp. 66-74. Recuperado de: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental

Gutiérrez, P.M., Osman, A., Kopper, B.A., Barrios, F.X. & Bagge, C.L. (2000). Suicide risk assessment in a college student population. Journal of Counseling Psychology, 47, 403.

Haley, J. (1976). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, 170, 205-228.

Heinz Von, F. (1998). Sistémica Elemental. Colombia: Eafit.

Hegerl, U. & Shafer, R. (2007). Nuremberg Alliance Against Depression to a European network (EAAD)--extending community-based awareness-campaigns on national and European leve. Psychaitr Prax, 34 (3): p. 5. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17786879

Hernández, M. G., Carrasco, G. M. R. y Rosell, C. F. (2010). Evaluación de las principales redes de apoyo informal en adultos mayores del Municipio Cerro. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatría, 5(1): 1-11. Recuperado de http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153

Herrera, S. P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de la salud. Rev cubana Med Gen Integr; 13(6): 591-5.

Hill, H., Hill, M., Baggé, R. y Miersma, P. (2013). Sanando las heridas del trauma. New York, EE. UU: American Bible Society

Instituto Nacional de Estadísticas y censos [INEC], (2016). Base de datos de defunciones generales. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-defunciones/generales.

Instituto Nacional de Estadísticas y censos [INEC], (2017). Base de datos de defunciones generales. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-defunciones/generales.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2002). Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios. Cuaderno 8:20-25, México.

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología [INHEM]. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Rev. Habanera de Ciencias Médicas Vol. 15(1): pp. 90-100.*

Jiménez, M.I. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitarios. Rev. Griot; Vol. 1(4). p 8.

Jones, M. C. (1957). The late careers of boys who were early-or late–maturing. Child Development. Pp. 115-128.

Kienhorst, C. W., De Wilde, E. J., Van den Bout, J., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. (1990). Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, *156*, 243-248.

Ledesma, R., Molina, G. y Valero, P. (2002). Análisis de consistencia interna mediante alfa de Cronbach. Un programa basado en gráficos dinámicos. Psico- USF; Vol.7 (2), p.143.Recuperado de:
http://www.laccei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP065.pdf

Martínez, E., Romero, M., Rey, N. y Cañón, W. (2011). Riesgo de suicidio en jóvenes universitarios de Bucaramanga. *Revista cuidarte*, 2(1*)* pp.182-187*.* Recuperado de:
http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=359533178013 ISSN 2216-0973

Mendieta, I. y Castro, M. (2013). Apoyo Social, Clima Social y Percepción de Conflictos en un Contexto educativo intercultural*. Anal de Psicología,* 29(1). Recuperado de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100014

Ministerio de Salud Pública (2016). Lineamientos Operativos para la prevención en autolesión/suicidio. Recuperado de:
https://www.google.com.ec/?gfe_rd=cr&ei=4JBdWfypKqaw8wfKmpaQDw#q=%E2%80%A2%09Ministerio+de+Salud+P%C3%BAblica+(2016).+Lineamientos+Operativos

Micin, S. y Bagdali, V. (2011). Estudios sobre el suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia psicológica*. 29 (1).

Minuchin, S. (1974). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

Minuchin, S. & Fischman, Ch. (1985). Técnicas de Terapia Familiar, Edit Paidós. Terapia Familiar, Minuchin y Fishman. Recuperado en: http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/pdf/2.pdf

Minuchin, S & Fishman, C. (1984). Técnicas de terapia familiar, Buenos aires: Paidós.

Miranda, B., Hernández, M. y García, R. (2016). Ciencias epidemiológicas y Salubristas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas,* 15 (1) pp.90-100.

Moos, R. H.; Moos, B.S. & Tricket, E.J. (1989) Escala de Clima Social, Familia, trabajo, Instituciones Penitenciarias, Centro Escolar. Adaptación Española, Manual 3ra Edición, TEA Investigación y Publicaciones Psicológicas: Madrid.

Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N. y Perales, A. (2006). Ideación suicida y Cohesión familiar en estudiantes universitarios. *Med. Expo. Salud.* 23(4) pp. 239-243 Recuperado de: www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a02v23n4.pdf

Navarro, J. (2017). Técnicas y Programas en Terapia Familiar. Paidós 1ra Edición, Barcelona- España. Pg. 92

Newacheck, P. W. (1989). Improving Access to halth serices for adolescents from economically disadventtaged families Pediatrics, p.84.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1996). Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. CIE -10. Cap. Adaptación para España.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. [OPS] [OMS] (1996). Programa de Salud Integral del Adolescente. Washington DC: Kellogg Foundation.

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud [OMS-OPS] (2003). La familia y la salud. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, p.5

Organización Mundial de la Salud (2004): Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones. OMS.

Organización Mundial de la Salud (2013). Prevención del suicidio un imperativo global: Resumen ejecutivo. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud, (2017). Suicidio. Centro de prensa. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/

Organización Mundial de la Salud, (2017). Trastornos Mentales. Centro de prensa. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/

Pacheco, B. y Peralta P. (2015). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *Rev. De Ciencias Médicas; Vol. 40 (1), p. 47*. Recuperado de: http: www//C:/Users/TOSHIBA/Downloads/38-181-7-PB%20(2).pdf

Paladino, D. & Bario, C. (2008, May/June). Comprehensive College Student Suicide Assessment: Application of the BASIC ID. Journal of American College Health, 56(6), 643-650. doi: 10.3200/JACH.56.6.643-650

Paladino, D., & Minton, C. (2008). Comprehensive college student suicide assessment: application of the BASIC ID. Journal of American College Health, 56, 643 650.

Papilia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). Psicología del desarrollo. Octava Edición, Editorial The McGRAW-HILL INTERAMERICANA. Bogotá- Colombia. P. 600.

Pérez, S. (1999). El Suicidio, Comportamiento y Prevención. *Rev cubana Med Gen Integr 15(2): pp. 196-217*

Pérez, S. (2015). Manual de prevención del suicidio. Asociación Americana de Psiquiatría.

Pérez, D., Calderón, A. (2012). Prevalencia del Suicidio Femenino en el Departamento del Magdalena- Colombia. Vol. 9(1). P.87.

Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva, A., & Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Salud Pública de México, 52(4), 324-333.
doi: 10.1590/S0036-36342010000400008

Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. Rev. Panam. Salud Pública; 16(2):102

Ramírez, N., Hernández, M. y Hernández, (2013). Ideación suicida, conflicto familiar y variantes prevalentes de victimización agresión en estudiantes. Universidad Dr. Andrés bello; San Salvador.

.

Rodrigo M.J. y Palacios, J. (1998). Familia y desarrollo humano. Madrid- España; Editorial Alianza, p. 35.

Rodríguez, J. A., & Oduber, J. A. (2015). Ideación suicida y grupo de iguales: análisis en una muestra de adolescentes venezolanos. *Universitas Psychologica,* 14(3), 1129-1140. http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.isgi

Ros, M. S. (1998). La Conducta Suicida. Madrid, ARAN Ediciones

Roy, A., & Linnoila, M. (1986). Alcoholism and suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 16,*244-273

Rojas, Y.H. (2013). *Hamlet: ¿Suicidio del hombre moderno?, Una lectura sobre el "Mousetrop" de nuestro tiempo.* Bucaramanga, Colombia: UIS.
Rossow, I., & Amundsen, A. (1995). Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. Addiction*, 90*,685-691.

Salve, L. y Milipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en Adolescentes. Riv. Chil, neuro-psiquiatr, *46(2): pp 11*. Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071792272008000200005&script=sci_arttext&tlng=pt

Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. (2004). Características de los Suicidas en Bogotá: 1985-2000. Rev. Salud Pública (Bogotá). 2004; 6 (3):217

Sánchez, R., Guzmán, Y. y Cáceres, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de psiquiatría.* 34(1) pp. 12-25. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/806/80628403003.pdf

Salud Pública de México (2005). El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. Méx vol.47 n.1 Cuernavaca. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342005000100001

Sánchez, R., Guzmán, Y. y Cáceres, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Coloma psiquiatr;34(1):12-25.*

Suicide Prevention Resource Center (SPRC). (Promoting Mental Health and Preventing Suicide in Collegue and University (2004). Education Development Center, Inc.

Steele, M. M., & Doey, T. (2007). Suicidal Behaviour in Children and Adolescents Part 1: Etiology and Risk Factors. *Canadian journal of psychiatry*, *52*, 21S.-33S.

Tanner, J. M. (1978). Fetus in toman: Physical growth from conception to maturity. (2nd ed.) Cambridge, MA. Harvard University Press.

Torres de Galvis, Y., Posada, J., Mejía, R., Bareño, J., Sierra, G. et al. Primer estudio poblacional de salud mental. Medellín 2011-2012. Universidad CES.

Torres, C. A. A. (2015). *Salud Mental en Estudiantes Universitarios Ecuatorianos* (Tesis doctoral). Santiago de Compostela-España.

Tuesta, I., Nuwaka, M., García, P., Tobón M. (2012). Suicidio Adolescenteen Pueblos Indígenas. Unicef Copyright, pp. 26-27.

Waldman, I.D., & Slutske, W.S. (2000). Antisocial behavior and alcoholism: a behavioral genetic perspective on comorbidity. Clinical Psychology Review, 20,255-287.

Vázquez, F., Otero, P., Blanco, V. y Torres, A. (2015). Terapia de Solución de Problemas Para la Depresión. Una breve guía práctica. Alianza Editorial, Madrid; pp. 18.

Vásquez, F., otero, P., Torres, A. y Arrojo. (2016). Deja atrás la depresión y alcanza la felicidad.

ANEXOS

ANEXO 1

Aprobación Comité de Ética "Hospital Eugenio Espejo" Quito

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
COMITÉ DE BIOETICA EN INVESTIGACIÓN

Quito DM, 08 de Agosto de 2017

P.h.D.
Claudia Torres

Presente

Reciba un cordial saludo de los miembros del Comité de Bioética en Investigación del Hospital Eugenio Espejo.

A través de la presente le informamos que, una vez analizado por parte de los miembros del Comité el Protocolo de Investigación: "**Clima Familiar, Apoyo Social y su relación con: depresión, ideación suicida y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios vulnerables de la Universidad Técnica Particular de Loja: una propuesta de intervención familiar".** Se le comunica que al no encontrar ningún criterio que vaya en contra de las normas de la bioética en investigación, este Comité aprueba la realización de dicho proyecto.

El Comité de Bioética en Investigación se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento, informe del avance de su investigación.

Nota: La presente aprobación se extiende de acuerdo al cronograma de actividades, y tendrá como válido un año calendario desde la fecha de emisión.

Atentamente,

Dr. Carlos Rosero H.
PRESIDENTE

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"EUGENIO ESPEJO"
COMITÉ DE
BIOETICA EN INVESTIGACION

MIEMBRO DEL COMITÉ

Dra. Maribel Cruz
SECRETARIA

Rosero C.

Dirección Av. Gran Colombia s/n y Yaguachi PBX (593)2541-231
Sitio Web: www.hee.gob.ec
Quito - Ecuador

Anexos

Anexo 1

FORMATO DE INFORMES DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN RESPECTO A ANALISIS DEPROTOCOLOS DE I NVESTIGACIÓN

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Nombre del Protocolo y versión:	Clima familiar, Apoyo Social, su relación con depresión, ideación suicida y trastorno de la conducta alimentaria, en estudiantes universitarios
Nombre del Patrocinador:	U. T. P. L.
Nombre de la Institución vinculada: (Institución a la que pertenece)	U. T. P. L
Nombre de Investigador	Claudia Torres
Fecha y lugar de la decisión:	Quito - Ecuador
Nombre del CEISH	CEISH - HEEE
Fecha de registro de solicitud de aprobación del ensayo clínico en el Ministerio de Salud Pública	

Protocolo de investigación	✓
Manual del investigador	
Enmienda al protocolo de investigación	
Enmiendas al manual de investigador	
Consentimiento informado	
Ampliaciones o modificaciones adicionales	
Informe de eventos adversos	
Informe de futilidad	
Cambios administrativos	
Reportes Internacionales de seguridad	
Informe de seguimiento	
Informe final	
Otros (detallar)	

ASPECTOS ÉTICOS			
PARÁMETRO	EVALUACIÓN Adecuado	EVALUACIÓN No adecuado	CRITERIO *(campo obligatorio)*
Justificación del estudio	✓		
Tipo de intervención en el estudio			
Participación voluntaria en el estudio	✓		
Derecho a retirarse del estudio	✓		
Responsabilidades del participante	✓		
Responsabilidades del investigador	✓		
Riesgos para los sujetos de la Investigación	NA		
Beneficios potenciales para los sujetos de la investigación	NA		
Inclusión de poblaciones vulnerables	NA		
Criterios de inclusión y exclusión de participantes	✓		
Protección de confidencialidad	✓		
Consentimiento informado	✓		
Manejo de muestras	NA		
Seguro por daños por Incapacidad o muerte	NA		

APESCTOS METODOLOGICOS *(Criterio de Metodología usada en estudio)*
Transversal Observacional Temporal

ASPECTOS LEGALES *(Criterio de consideración y cumplimiento de aspectos legales del Ecuador)*
ninguno

RESOLUCION	
Aprobado	08/08/2017
Condicionado	
No aprobado	

Dr. Carlos P. Rosero
NEUMOLOGO

Dr. Víctor Alvarez Chávez
COLOPROCTÓLOGO
RMSP. LI-A F3 Nº 8
17 - 08 - 01905

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a.

Le invitamos participar en una breve encuesta de unos 30-40 minutos.

Se trata de un estudio sobre clima familiar, apoyo social, depresión, ideación suicida y trastorno de la conducta alimentaria, con el propósito de conocer indicadores de bienestar en estudiantes universitarios que poseen beca de apoyo económico. No se ha descrito ningún riesgo ni incomodidad en esta investigación, tu participación en el estudio es voluntaria.

Quizá encuentre algunas preguntas muy personales, pero sus respuestas serán **SECRETAS, ANÓNIMAS, Y NUNCA** podrán vincularse con usted, y será utilizada únicamente por el grupo de investigadores.

Toda la información que nos proporcione ayudará al desarrollo de planes de intervención eficientes en relación a la problemática investigada.

Si aceptas participar, le pido que por favor haga clic en el recuadro *He leído y acepto*.

☐ He leído y acepto.

☐ No acepto, salir.

ANEXO 3.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO DE LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA	
Variables que evalúa	La encuesta tiene por finalidad recolectar algunos datos importantes para su ficha personal desde tres fuentes: Datos generales, Información Socioeconómica y Salud.
Descripción	Se compone de 21 ítems en el cual deben indicar según pertenezcan
Ítems	

A. DATOS GENERALES

Sexo:	Hombre ( )	Mujer ( )	
Edad en meses:		Fecha de nacimiento:	
Lugar de origen:	Loja ( )	Otro ( )	
Estado civil:	Soltero ( )	Casado ( )	Viudo ( )
	Divorciado ( )	Unión Libre ( )	
Número de hijos:			
Zona donde vive	Urbano ( )	Rural ( )	
Carrera:		Ciclo:	

B. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

p1.-	Trabajas actualmente:		Si ( )	No ( )
p2.-	Nivel socioeconómico:	Bajo ( )	Medio/Bajo ( )	Medio ( )
			Medio/Alto ( )	Alto ( )
p3.-	Cuáles son los ingresos mensuales netos que entran en tu casa por todos los conceptos y miembros de la familia:			
	Menos de $570 ( )		Entre $571 a $1040 ( )	

	Entre $1041 a $1610 ( )		Entre $1611 a 2180 ( )		Más de $2181( )
p4.-	Instrucción, profesión y ocupación de los padres:				
Madre:			Ninguna ( )		Primaria ( )
	Secundaria ( )		Universitaria ( )		Postgrado ( )
	Profesión:				
	Ocupación:				
Padre:			Ninguna ( )		Primaria ( )
	Secundaria ( )		Universitaria ( )		Postgrado ( )
	Profesión:				
	Ocupación:				
p5.-	Usted vive actualmente con: **(marque todos con los que habita)**				
	Padre ( )		Madre ( )		Hermanos ( )
	Sólo ( )		Amigos ( )		Tíos ( )
	Abuelos ( )		Otros:		
p6.-	A más de la beca UTPL su educación es financiada por: **(marque todas las que considere)**				
	Padre ( )		Madre ( )		Hermanos ( )
	Cónyuge ( )		Amigos ( )		Tíos ( )
	Usted ( )		Abuelos ( )		Beca IECE ( )

C. SALUD

p1.- En los últimos seis (6) meses ha presentado alguna enfermedad de tipo psicológica:

No ( ) Si ( )

¿Cuál?.....

	p2.- Si la respuesta anterior fue positiva a que especialista acudió: (marque las necesarias) Psicólogo ( ) Psiquiatra ( ) Médico ( ) Psicoreahabilitador ( ) Psicopedagogo ( ) Ninguno ( ) Otro ( ) ¿Cuál?..... **P3.- En los últimos seis (6) meses alguien de su familia ha presentado alguna enfermedad de tipo psicológica:** No ( ) Si ( ) ¿Qué enfermedad?..... ¿Qué miembro familiar?..... **P4.- En los últimos 6 meses has experimentado algún suceso estresante respecto a: (marque todas las necesarias)** Salud ( ) Estudios ( ) Trabajo ( ) Hogar y familia ( ) Nivel personal ( ) Nivel social ( ) Nivel financiero ( ) Otros especifiquen …… **P5.- Cuantos días se ausentado a clases en los últimos seis (6) meses por motivos de salud.** …….. **P6.- Como considera usted su salud en general.** Muy mala ( ) Mala ( ) Normal ( ) Buena ( ) Muy buena ( ) **P7.- Cual es el nivel de satisfacción con su vida en general** Completamente insatisfecho (0) (1) (2) (3) (4) | Neutral (5) | Completamente satisfecho (6) (7) (8) (9) (10)
Referencia	Cuenca, Montesinos y Jiménez (2017)

ANEXO 4

ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR (FES)

Escala de Clima Social Familiar(FES)	
Ítems	1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros. 2. Los miembros de la familia guardan a menudo sentimientos para sí mismos. 3. En nuestra familia discutimos mucho. 4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta. 5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos. 6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales. 7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre. 8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la iglesia, templo, etc. 9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente. 10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces. 11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato. 12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos. 13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos. 14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno. 15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida. 16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos. 17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa o visitarnos. 18. En mi casa no rezamos en familia. 19. En mi casa somos muy ordenados y limpios. 20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir. 21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa. 22. En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todo el mundo. 23. En casa a veces nos enojamos tanto que golpeamos o rompemos algo. 24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas. 25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno. 26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente. 27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, básquet, etc. 28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua, y otras fiestas. 29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos. 30. En mi casa, una sola persona toma la mayoría de las decisiones. 31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión. 32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales. 33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enojos. 34. Cada uno entra y sale de casa cuando quiere. 35. Nosotros aceptamos que haya competencia y "que gane el mejor".

	36. Nos interesan poco las actividades culturales. 37. Vamos a menudo al cine, a competencias deportivas, excursiones, etc. 38. No creemos en el cielo ni en el infierno. 39. En mi familia la puntualidad es muy importante. 40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida. 41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario. 42. En casa, si a alguno se le ocurre hacer algo en el momento, lo hace sin pensarlo demasiado. 43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras. 44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente. 45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor. 46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales. 47. En mi casa, todos tenemos uno o dos hobbies. 48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas de lo que está bien o mal. 49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente. 50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas. 51. Las personas de nuestra familia nos apoyamos de verdad unas a otras. 52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado. 53. En mi familia a veces nos pegamos a golpes. 54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en sí misma cuando surge un problema. 55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares. 56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical. 57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas fuera del trabajo o de la escuela. 58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe. 59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones queden limpias. 60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor. 61. En mi familia hay poco espíritu de grupo. 62. En mi familia los temas de pago y dinero se tratan abiertamente. 63. Si en la familia hay algún desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz. 64. Las personas de la familia se estimulan unos a otros para defender sus propios derechos. 65. En nuestra familia nos esforzamos muy poco para tener éxito. 66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas. 67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares que nos interesan.

	68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal. 69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona. 70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiere. 71. Realmente nos llevamos bien unos con otros. 72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos. 73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros. 74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás. 75. ¨¨Primero el trabajo, luego la diversión", es una norma en mi familia. 76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer. 77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertimos. 78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante. 79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado 80. En mi casa las normas son bastante inflexibles. 81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno. 82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo. 83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz. 84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa. 85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio. 86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura. 87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar la radio. 88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo. 89. En mi casa, la mesa se levanta siempre inmediatamente después de comer. 90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.
Referencia	Autor: Moos, R.H. Adaptación Argentina, Cassullo, G.L.; Alvarez, L. y Pasman, P. (1998)

ANEXO 5.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	
Variables que evalúa	La escala tiene por finalidad medir el apoyo percibido desde tres fuentes: la familia, amigos y pareja u otras personas significativas.
Descripción	Está compuesta por 12 ítems. El modo de respuesta es a través de una escala tipo Likert de 7 puntos.
Ítems	**FAMILIA** 1. Mi familia trata realmente de ayudarme 2. Consigo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia 3. Puedo hablar sobre mis problemas con mi familia 4. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones **AMIGOS** 5. Mis amigos tratan realmente de ayudarme 6. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal 7. Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y mis penas 8. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos **OTROS SIGNIFICATIVOS** 9. Hay una persona especial a mi lado cuando yo lo necesito 10. Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y penas 11. Tengo una persona especial que es una fuente real de consuelo para mí 12. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos
Referencia	Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988)

ANEXO 6.

ESCALA DE SUICIDALIDAD DE OKASHA

Escala de suicidalidad de Okasha (1981)	
Variables que evalúa	Evalúa riesgo suicida, sin necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico, los tres primeros ítems evalúan ideación suicida, el cuarto ítems refiere a intento de suicidio.
Descripción	Consta de 4 ítems en el cual deben indicar en una escala de 0 a 3. Auto administrado, tipo Likert. Permite discriminar entre aquellos que han llevado a cabo un intento de suicidio entre aquello que lo han pensado.
Ítems	1. ¿Ha pensado alguna vez que la vida no vale la pena? 2. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto? 3. ¿Ha pensado alguna vez terminar con tu vida? 4. ¿Ha intentado suicidarte?
Referencia	Salvo, Melipillán, y Castro, (2009).

ANEXO 7.

ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK. (1996)

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS), (1996)	
Variables que evalúa	Evalúa características de la tentativa suicida,
Descripción	Se compone de 20 ítems valorados en una escala de 3 puntos, comprende tres partes: Parte objetiva (ítems 1 al 8); Parte subjetiva (ítems del 9 al 15); Otros aspectos (ítems del 16-20). Además, describe circunstancias en que se produjo, actitud ante la vida y la muerte, pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otras circunstancias relacionadas.
Ítems	1. Aislamiento 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto 2. Medición del tiempo 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable 3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros, pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación, pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.) 4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado, pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie

	5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro) 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales 6. Preparación activa del intento 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante 7. Nota suicida 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota 8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas) 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas») 9. Propósito supuesto del intento 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de O y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas 10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta 11. Concepción de la letalidad del método 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal 12. Seriedad del intento 0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida 13. Actitud hacia el vivir/morir 0. No quería morir 1. Componentes de O y 2 2. Quería morir 14. Concepción de la capacidad de salvamento médico 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir, aunque recibiese atención médica 15. Grado de premeditación 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento 16. Reacción frente al intento 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento

	17. Preconcepciones de la muerte 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte 18. Número de intentos de suicidio previos 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más 19. Relación entre ingesta de alcohol e intento 0. Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento 20. Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento) 0. Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad. 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento
Referencia	Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. Suicide Intent Scale, SIS. Pp, 1-3.

ANEXO 8.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

SESIÓN UNO: CONTRATO TERAPEUTICO

CONTRATO TERAPEUTICO

El /La terapeuta----------, se compromete a mantener todas las sesiones y notificar si alguna se tiene que aplazar por causas de fuerza mayor y le ayudará en todo lo que pueda, especialmente si usted pasando por dificultades., e igualmente respetar el principio de confidencialidad, quedando excepta de cumplirlo en caso que la vida suya o de otra persona corra peligro.

De forma similar, (usted)----------. Se compromete a asistir a todas las sesiones salvo por causas de fuerza mayor, trabajar efectivamente en sus problemas y ser abierto y franco acerca de los progresos que alcanza.

---	---
Firma del participante	Firma del terapeuta

Fuente: Terapia de solución de problemas... Una Breve guía práctica en grupo. Vázquez, Otero, Blanco y Torres (2015).
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 9.

SESIÓN UNO: LINIAMIENTOS O REGLAS DEL GRUPO

1. Tratar de asistir a todas las sesiones, en caso de no asistir comunicarlo con anticipación.
2. Ser puntual.
3. Principio de confidencialidad: Todo lo que se dice se queda en el grupo.
4. Escuchar y apoyar a los otros participantes, incluso si no se está de acuerdo.
5. Mostrar apertura y respeto a otros puntos de vista.
6. Compartir tiempo con los demás.
7. Tratar de aplicar lo aprendido en cada sesión, con l intención que todos en el grupo avancen.
8. Comentar cualquier duda o sugerencia.
9. Principio de privacidad: Nadie será presionado a participar en nada ni compartir nada que no quiera.
10. Apagar el celular.

Fuente: Terapia de solución de problemas... Una Breve guía práctica en grupo. Vázquez, Otero, Blanco y Torres (2015).
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 10.

SESIÓN DOS: TÉCNICA RESPIRACIÓN PROFUNDA

Es una de las técnicas más eficaces para disminuir la ansiedad. Para hacerla correctamente seguimos los siguientes pasos:

1. Sitúa tu mano sobre el pecho y la otra sobre el vientre. Mediante la inspiración haz que se eleve sólo la mano superior. Mantén el aire y expúlsalo por la boca para hacerla más consciente. Repite un par de veces
2. Ahora, con las manos en la misma posición vamos a intentar que se eleve la mano sobre el vientre, pero no la del pecho. Se repite de la misma manera.
3. A continuación, al inspirar lleva el aire a la zona inferior y luego a la zona superior, haciendo que se eleve primero la mano del vientre y luego la del pecho.
4. Cuando lo anterior ya lo tengamos dominado, realizaremos respiraciones completas haciendo una ligera pausa entre inspiración y espiración, que tendrán que durar el mismo tiempo.

Fuente: García, A. (2017). Recuperado de: https://blog.cognifit.com/es/tecnicas-de-respiracion/
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 11

SESIÓN TRES: Técnica de la escultura

Esta técnica da al síntoma (problema) un contexto, permite comprender el campo de las relaciones familiares para entender lo que está pasando desde la perspectiva del PI (Paciente identificado), permite explorar además el pasado y el futuro del contexto de familia., como también la red de relaciones e interacciones que mantienen entre los miembros de la familia. Se lo hace modelando cuerpos para representar su mundo tanto interno como externo de la persona que hace la escultura.

Se pide al PI, que haga la escultura de su familia que la haga conforme el la ve; cuando todos los miembros de la familia están en posición, se plantean tres preguntas: ¿Qué piensas en ese momento?, ¿Qué sientes? Y ¿Qué te gustaría cambiar? Estas tres preguntas van a compartir las vivencias en los aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales. Socializar as respuestas entre todos los miembros.

Fuente: Ortiz, D. (2008). Terapia familiar sistémica. pp. 290-293
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 12

SESIÓN TRES: Técnica del Perdón.

PERDONAR ES UNA DESICIÓN

Esta técnica es para ser aplicada luego de la “Escultura”, en virtud que los participantes están en un estado de sensibilidad emocional, por lo que han escuchado de parte del PI. Además, ofrece la oportunidad de comenzar el proceso de recuperar relaciones familiares para llevarlos a un estado de unidad, aceptación, resolución de conflictos y apoyo familiar.

Pedir perdón y perdonar es un proceso muy difícil, que empieza con una decisión que marcará el resto de sus días, será una fortaleza, una muestra de valentía, un reconocimiento de que también es una persona que falla y ha lastimado a otras personas. El sufrimiento entra a una etapa de extinción cuando decides “perdonar”. A continuación, algunos pasos recomendados por: Hill, Hill, Baggé & Miersma (2013).

1. El perdón incluye llevar a Dios el dolor. El perdón es sobrenatural, por tanto, solo se lo puede hacer desde la perspectiva espiritual, perdonar significa que se reconoce el daño hecho y se acepta el dolor, perdonar es difícil, pero el único que capacita para hacerlo es Dios.
2. El perdón de una herida profunda lleva tiempo.
3. El perdón no depende de lo que haga la otra persona.
4. El perdón total requiere que el ofensor enfrente las consecuencias de su acción.
5. El perdón libera de la ira y la amargura.
6. Perdonar permite reconciliarse con los que han ofendido.
7. Perdonar puede cambiar a la persona que ha ofendido.
8. Perdonar a otros, permite recibir el perdón de Dios.

Fuente: Hill, Hill, Baggé & Miersma (2013). Sanando las heridas del trauma. American Bible Society. 2da Ed.
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 13

SESIÓN CINCO: Preguntas circulares

PREGUNTAS PARA EL GRUPO FAMILIAR

- ¿Quién está más cerca de usted en la familia?
- ¿En quién confía más?
- ¿Por qué confía más en …?
- ¿Quién se preocupa más de usted en la familia?
- ¿Quién está de acuerdo con que esto es un problema?
- ¿Cómo hace tu padre para expresar amor?
- ¿De quién obtienes mayor apoyo comúnmente?
- ¿Su familia pelea más o menos que otras familias?
- ¿Su familia es más o menos tensa que otras familias?
- ¿Si se usted se enoja para cubrir su vulnerabilidad, su familia interpreta como que se vuelve hostil?...

  Nota. Las preguntas se las adaptaría dependiendo del contexto y luego se entra a socializar entre el grupo familiar.

Fuente: Ortiz, D. (2008). Terapia familiar sistémica. p.260
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 14

SESIÓN SEIS: Técnica “Silla vacía”

SILLA VACIA

Esta técnica permite expresar lo que la persona está viviendo consigo mismo o con otra persona y que lo mantiene reprimido; se la puede utilizar en algunos contextos, ahora se va a profundizar “En la relación con alguien más”, se utiliza la silla para invitar a la otra persona de manera metafórica para poder hablar con ella, la persona invitada puede ser cualquier miembro de la familia, l traerlo a un lugar seguro el paciente o consultante habla con el invitado, sobre aquello que no pudo decirlo en el momento, ya por temor a como reaccione la otra persona, angustia o para evitar conflictos.

Esto va permitir expresar su estado emocional, sentimiento y pensamientos al respecto, va a permitir una restructuración de la relación con dicha persona.

Nota: Se lo puede hacer de la misma manera con un sentimiento, consigo mismo, un conflicto psíquico. Terapia individual.

Fuente: Ortiz, D. (2008). Terapia familiar sistémica. pp. 263-267
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 15

SESIÓN SIETE: Registro mis conflictos actuales

NÚMERO	MI LISTA DE CONFLICTOS ACTUALES
1	
2	
3	

Fuente: Deja atrás la depresión y alcanza la felicidad. Vázquez, Otero, Arrojo y Torres (2016). Madrid.
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 16

SESIÓN SIETE: Registro posibles soluciones

NÚMERO	MI LISTA DE POSIBLES SOLUCIONES
1	
2	
3	
4	

Fuente: Deja atrás la depresión y alcanza la felicidad. Vázquez, Otero, Arrojo y Torres (2016). Madrid.
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 17

SESIÓN SIETE: Solución más acertada, aplicarla

SOLUCIÓN ELEGIDA	PASOS PARA LA SOLUCIÓN
1	
2	
3	

Fuente: Deja atrás la depresión y alcanza la felicidad. Vázquez, Otero, Arrojo y Torres (2016). Madrid.
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 18

SESIÓN NUEVE: Registro de distorsiones cognitivas

NÚMERO	LISTA DE MIS PENSAMIENTOS NEGATIVOS
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Fuente: Deja atrás la depresión y alcanza la felicidad. Vázquez, Otero, Arrojo y Torres (2016). Madrid.
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 19

SESIÓN NUEVE: Técnica “Parada del pensamiento”

Técnica “Tiempo para preocuparse”

Técnica “Reestructuración cognitiva”

TÉCNICA	BREVE DESCRIPCIÓN	INDICACIONES
Parada del pensamiento	Elegir una de las tres opciones para detener los pensamientos negativos: 1. Llevar una liga en la muñeca cada vez que venga un pensamiento negativo, tirar de ella. 2. Gritar mentalmente la palabra “Basta”.	Manejo de los pensamientos automáticos poco elaborados.

	3. Anotar cada vez que venga un pensamiento. Cualquier opción que se tome se debe redireccionar los pensamientos negativos a los positivos.	
“Tempo para preocuparse”	El paciente debe escoger un lugar tranquilo y un momento del día (10 a 20) minutos, lo que hará es pensar únicamente en sus problemas y posibles soluciones	Aprender a pensar bien, lo que es necesario.
“Reestructuración cognitiva”	Frente a un estado emocional negativo debe registrar lo que se dice en ese momento, en qué situación estaba y cómo reaccionó frente a ello.	Aprender a manejar los pensamientos negativos constantes. Contrarrestar con ¿Qué pruebas tengo de lo que pienso es cierto?

Fuente: Terapia de solución de problemas... Una Breve guía práctica en grupo. Vázquez, Otero, Blanco y Torres (2015).
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 20

SESIÓN DIEZ: Objeto Metafórico

Los objetos metafóricos son metáforas que se concretan en algo determinado como, por ejemplo: Un peluche.

- Se le pide mediante el objeto que represente sus vivencias, un sentimiento en particular o aquellos aspectos positivos o negativos de una experiencia en concreto.
- Luego debe explicar que significa ese objeto y que razones tuvo para escogerlo.
- Se termina preguntándole que desea hacer con el objeto y se le motiva hacerlo.
- Se cierra el ejercicio comentando la experiencia.

Provee mensajes relacionados a lo que pasa en el interior de la familia, externaliza lo que está pasando en su interior, es una forma de que los demás miembros de la familia le atribuyen significados para luego socializar.

Fuente: Ortiz, D. (2008). Terapia familiar sistémica. pp.286-287
Elaborado por: Moncada, 2017.

ANEXO 21

SESIÓN DIEZ: Técnica del árbol. (Proyecto de vida)

Fuente: Recuperado de https://www.google.com.ec/search?q=siluetas+de+arboles&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir
Elaborado por: Moncada, 2017.

PASADO(RAIZ)	PRESENTE (TRONCO)	FUTURO (FRUTO)
¿Quién soy? ¿De dónde vengo? ¿Para qué existo? ¿Quién es mi familia: valores, principios, hábitos, debilidades, fortalezas, etc.	Identidad personal Habilidades Autoestima Autoaceptación Autovaloración Recursos: humanos, materiales, intelectuales y espirituales. Sueños, desafíos, logros.	Familia Profesión Sociedad Felicidad o infeliz Realización o frustración Éxito o fracaso Redes de apoyo o sin redes de apoyo

Elaborado por: Moncada, 2017.

Nota: Se integra cada parte del árbol con su respectivo análisis en sus partes, guiándose del recuadro anterior. (Presentado al PI (Paciente identificado) y a cada miembro de la familia.