

## I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación aborda un estudio correlacional entre el tipo de funcionamiento familiar y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de nivel secundario que asisten al Colegio José Manuel Belgrano de la ciudad de Tarija, tomando en consideración todos los aspectos dimensionales de las variables utilizadas en este trabajo

A juicio del postulante, es preciso hablar de la familia como algo más que la suma de sus partes y que los diferentes elementos que la componen al interrelacionarse entre sí, producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.

Por lo tanto, debemos entender que el **funcionamiento familiar** es la manera de interactuar de los miembros de la familia, se produce por las interacciones de la dimensión de cohesión (afecto) y adaptabilidad (autoridad). Se divide en tres tipos de familia; balanceadas, medias y extremas. La **cohesión familiar** debe entenderse como *“el vínculo emocional o ligazón emocional que los miembros de la familia tienen entre sí”* (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 44). Incluye variables específicas tales como: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de reacción. Al mismo tiempo, la **adaptabilidad Familiar** se considera como: *"la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo"* (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 49), contiene las variables específicas: poder (capacidad de afirmación, control y disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. (Olson, 1982)

El tercer parámetro es la **comunicación familiar**, que se considera como el acto de transmitir información, ideas, pensamientos y sentimientos entre los miembros de una

unidad familiar, a través de la percepción de satisfacción respecto de la comunicación familiar, escuchar, expresión de afectos, discutir ideas y mediar conflictos (Copez, Villarreal, Paz, 2016)

Es una dimensión facilitadora para que las familias se desplacen en las dimensiones de cohesión y de adaptabilidad. Las habilidades de comunicación positiva como la empatía, la escucha activa o los comentarios de apoyo permiten a las familias compartir mutuamente sus necesidades y preferencias. (Olson, 1982)

Asimismo, es importante mencionar que, dentro de un sistema como la familia, la **funcionalidad familiar** se debe entender como *“la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante”*. (Hernández, Cargill, Gutiérrez, 2011, P. 14)

En este sentido es preciso entender a la vez que **el suicidio**, *“es el acto por el que la persona se quita voluntariamente la vida, es una forma compleja de conducta que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales las cuales contribuyen a la muerte intencional para escapar de circunstancias dolorosas y como un acto de venganza contra otra persona”*. (Reyes Zubiría, 1999, Citado por Ríos, 2014, p 15)

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, define al suicidio como *“la muerte ocasionada por la lesión autoinflingida informada como intencional”*.

Por lo tanto, es de vital importancia hablar entonces de la **tendencia al riesgo suicida** y entenderla como *“aquella probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida”* (Belfort 2009, citado por Ríos 2014 p. 11).

Según Poldinger (1969), en todo suicida se produce una progresiva evolución hacia el suicidio, que él determina en tres estadios: en el primero, se considera la posibilidad, en el segundo, las tendencias constructivas y destructivas pugnan en el individuo y,

finalmente, la tercera consiste en la decisión de suicidarse (Pöldinger, 1969, p 15-29). O dichas en palabras de otros autores, es un proceso que transcurre a través de cuatro fases: ideación suicida, planeación, intento suicida y suicidio consumado (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges 1998), “

*“La tendencia al suicidio es el resultado de un aprendizaje disfuncional, producto de una imitación de modelos personales o de condiciones socioculturales degradatorias de los mecanismos operantes de la conducta y de la propositividad natural de la misma”.* (Pinillos, 1981, p 166)

Finalmente debemos entender por **adolescencia** como una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos.

Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse. Tradicionalmente se creía que la adolescencia y la pubertad empezaban al mismo tiempo, alrededor de los 13 años, en algunas sociedades occidentales los médicos han comprobado que los cambios puberales tienen lugar mucho antes de los 10 años. La adolescencia abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010, p. 354).

Por lo tanto, hasta el momento se puede evidenciar algunas investigaciones pertinentes al tema, planteados tanto a nivel internacional, nacional y regional

**A nivel Internacional.** - Desde una perspectiva correlacional algunos de los trabajos más citados son los de Pérez, Téllez, Vélez e Ibáñez (2012) Bogotá, Colombia, quienes estudiaron la caracterización de factores asociados con comportamientos suicidas en adolescentes estudiantes de octavo grado en tres colegios bogotanos, se concluyó que el riesgo de comportamiento suicida fue significativamente más alto entre mayor era la disfunción familiar. Dentro de los resultados obtenidos en esta investigación, se encontró que en los estudiantes encuestados predomina el nivel

medio de ideación suicida con el 72,1 % y el nivel alto de ideación suicida con 20,2%,

En una investigación realizada por Julia E. Ríos con una muestra de 216 sujetos considerando sexo y edad entre los 16 y 24 años. Se encontró: el tipo de cohesión que predomina es desligada (42.12%), el tipo de adaptabilidad que prevalece es la Caótica (52.31%), funcionamiento familiar de Rango Medio (52.78%), el tipo de diagnóstico imperante corresponde a No Riesgo Suicida (63.88%), siendo en ella y en los de Tendencia y Riesgo Suicida tipo de familia Rango Medio. En un estudio de prevalencia realizado en la Ciudad de México, Pérez, Rivera, Atienzo, de Castro, Leyva, y Chávez, (2010) concluyeron que los estudiantes que informaron que tenían un bajo apoyo familiar tenían un 69% más de probabilidad de presentar ideación suicida.

Leal y Vásquez (2012) Cajamarca, Perú investigaron la ideación suicida en adolescentes cajamarquinos, se observó que los resultados fueron significativos en cuanto a la ideación suicida, el 38.5% manifestó que alguna vez en sus vidas experimentaron deseos de estar muertos, respecto a la modalidad de ideación suicida, prevalecieron aquellos pensamientos de desesperanza y deseos de muerte y se concluyó que las variables psicosociales de funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social resultaron estar significativamente asociadas al suicidio.

En otra investigación realizada en Lima Perú por Pérez Carrillo 2015, Universidad César Vallejo - Lima norte donde fueron evaluados 104 alumnos de 5to año, de la I.E. Fe y Alegría N° 3 y de la I.E. 7074 La Inmaculada, matriculados en el año escolar 2014, del nivel secundario del distrito de San Juan de Miraflores donde se encontró una relación significativa entre la ideación suicida y el funcionamiento familiar; además, esta relación es inversa, por lo que vale decir a menor funcionamiento familiar, mayor ideación suicida y viceversa. Los adolescentes de la muestra estudiada presentaban un nivel severo de disfunción familiar, seguido del nivel moderado y luego un nivel leve

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), dependiente de la Organización de Naciones Unidas (ONU) publicó recientemente, estadísticas a nivel mundial referentes al suicidio asegurando que anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida, a razón de 1 cada 30 segundos y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida.

Aunque el suicidio se piensa, casi por definición, como un asunto meramente personal, al menos desde el siglo XIX la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido el suicidio como un problema de salud pública, esto en vista de las tasas alarmantes que, en ciertas épocas y lugares, alcanzan las muertes por mano propia.

***A nivel nacional.*** - Navia & Solís (2009), realizaron un estudio sobre Disfunción familiar y factores psicosociales que intervienen en el intento de suicidio en adolescentes del Hospital Obrero Nro. 02 caja nacional de Salud de la Ciudad de Cochabamba Bolivia; el resultado fue una mediana de 17 años con prevalencia del sexo femenino y solteros con empleos informales. El método empleado para el intento de suicidio fue ingesta de fármacos benzodiazepinas en su mayoría se encontraba con ingesta de alcohol y/o drogas. Respecto al lugar del hecho, su propia casa, algunos con antecedentes de intento de suicidio y antecedentes familiares de intento suicida. En cuanto a su funcionalidad familiar se identificó disfunción moderada y disfunción severa. En cuanto a la estructura familiar identificada 35 fueron en su mayoría familias monoparentales y la red social predominante fue escasa o nula. Se encontró asociación con estados de ansiedad y depresión.

Bolivia registró en los últimos cinco años 3.495 casos de suicidios, el 33% se dio en la ciudad de La Paz. La situación afecta más a los varones.

El país se ubica entre los cinco países con el mayor índice de esos casos de muerte y es el número 15 a nivel mundial. Otro dato preocupante es que es el tercero en el mundo con el índice de suicidio entre los niños de 5 a 14 años.

Por otra parte, el Ministerio de Salud, apoyado en un informe de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC), da cuenta en un informe que en 2016 en La Paz hubo 1.139 (33%) suicidios, le siguieron en forma descendente Cochabamba con 633 (18%) suicidios, mientras que Santa Cruz reporta 572 (16%); Potosí, 339 (10%); Oruro, 308 (9%); Chuquisaca, 285 (8%); Tarija, 185 (5%) y Pando registra 34 casos (1%). (Beltrán J., S., Gutiérrez N., D., & Medina I., C., 2017).

**A nivel regional.** - Si bien no existe una investigación precisa acerca del tema se realizaron algunos estudios cercanos como la investigación realizada por el diario El País de la ciudad de Tarija en el año 2012, donde exponen que al menos dos personas por mes se quitan la vida en Tarija. Sumando a esto existe un estudio realizado por Marlene Rollano Chamas y Cristina Colque, quienes hicieron un análisis de los intentos de suicidios. Se estudió las gestiones 2004 a 2007 en pacientes atendidos en el Hospital Regional San Juan de Dios. Se determinó que las mujeres intentaron quitarse la vida en un 73%, contra un 27% de intentos en los hombres; la edad más frecuente para estos intentos se situó entre los 15 y 19 años seguido por pacientes de 20 a 24 años. Este panorama que refleja la situación de los intentos de suicidios hace años atrás, es diferente al que se vivió con los suicidios en los últimos años siendo en su mayoría los casos de suicidio en hombres

El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en Tarija, Bolivia y todo el mundo. Notoriamente los suicidas son ahora mucho más jóvenes. (Periódico EL PAÍS, 2016)

En 2016 en Tarija se registró una ola de suicidios, pues en menos de una semana de julio tres jóvenes se quitaron la vida. Una jovencita que iba a cumplir 15 años se suicidó, lo hizo también una muchacha de 18 años que se lanzó del puente Bolívar. Así también se realizó el levantamiento de un cadáver de una joven de 18 años que se ahorcó. (El País, 2017)

En una entrevista realizada por el periódico El País de la ciudad de Tarija el 2017 al Dr. Marco Moscoso Aparicio, médico psiquiatra en Tarija, *“lamentablemente el*

*suicidio se ha convertido en poco tiempo en un problema de salud pública, toda vez que los casos de personas que se suicidan cada año siguen en aumento y las edades son cada vez más cortas”*

En este sentido, el suicidio no es ajeno, ni extraño a la realidad tarijeña. Su impacto es desolador en el entorno familiar y social. Pero también es, queramos o no, un fenómeno que nos rodea. Sin embargo, queda claro que el abordaje sobre este problema ha sido muy escaso, en muchos casos no se toca, y es un estigma añadido al dolor y al sufrimiento de quienes se quedan aquí para llorarlo, vivirlo y guardar el secreto.

Considerando que la mayor parte de los casos de suicidio son cometidos por personas cada vez más jóvenes se buscó una población que cuente con una composición diversificada de jóvenes adolescentes provenientes de diferentes sectores de la ciudad en este caso el sector educativo fiscal. Concretamente los estudiantes de nivel secundario del colegio José Manuel Belgrano turno tarde de la ciudad de Tarija,

Por todo lo expuesto hasta aquí y resaltando la importancia de la problemática nos permitimos formular la siguiente pregunta.

**¿Cuál es la relación entre el tipo de funcionamiento familiar y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija?**

## 1.2. JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo se argumenta bajo la necesidad imperante de abordar un tema de vital importancia como es el suicidio, más concretamente sobre los indicios que apuntan hacia la tendencia de riesgo suicida. Este tema supone una problemática de salud pública y de primer orden que no es ajena a la realidad social y regional Tarijeña, donde se puede evidenciar a través de los medios de comunicación un alarmante aumento de casos de suicidio. Lamentablemente este tema se ha convertido en un fenómeno cotidiano que sin embargo sigue siendo un tabú en Tarija. El oscurantismo que lo rodea impide la aplicación de medidas preventivas necesarias para su abordaje, toda vez que los casos de personas que se suicidan cada año siguen en aumento y las edades son cada vez más cortas.

A raíz de esta situación se argumenta el presente trabajo de investigación, partiendo desde un abordaje diagnóstico sobre la tendencia al riesgo suicida, entendido como aquella probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro y que en un suicida antecede una progresiva evolución hacia esa conducta auto lesiva, que es posible identificar a través de un proceso que transcurre en fases como: la ideación suicida, planeación, llevando a una posibilidad de intento o suicidio consumado.

Sin embargo, hablar solo de tendencia suicida no tendría sustento metodológico si no abordamos un estudio correlacional asociado a los factores externos que posibilitan o fortalecen esta conducta. Dentro de esta investigación se estudiará concretamente la correlación con el funcionamiento global de la familia.

Es preciso abordar esta segunda variable considerando que la familia es un factor psicosocial muy importante, *“que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar”* (Reyes y Torres, 2001, p. 453)



En este sentido el abordaje diagnóstico de la presente investigación fue llevada a cabo dentro de la población estudiantil de nivel secundario del colegio José Manuel Belgrano de la ciudad de Tarija. La población fue seleccionada debido a que el colegio cuenta una composición muy diversa de estudiantes que provienen de diferentes zonas de la ciudad. Al término del trabajo se hará conocer los resultados y las conclusiones de la investigación a la comunidad universitaria de la UAJMS y al Colegio José Manuel Belgrano, así como las sugerencias y recomendaciones pertinentes al problema planteado. Por lo tanto, se genera relevancia e importancia desde 2 puntos de vista: teórico y práctico.

***Relevancia teórica.*** - A través de esta investigación se contribuye con conocimientos basados en la recopilación y análisis de datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos psicométricos. Lo que se buscó fue generar un conocimiento con mayor profundidad acerca de la Tendencia Suicida y su relación con el tipo de Funcionamiento Familiar en adolescentes estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija.

***Relevancia práctica.*** - Además de contar con un sustento teórico, los resultados de esta investigación están dirigidos hacia la población estudiantil, padres de familia, profesores y personal administrativo del colegio José Manuel Belgrano, proporcionando un amplio panorama acerca de la problemática vivida dentro del establecimiento educativo, que es donde se llevó a cabo la recolección de información para hacer posible el presente estudio de investigación. Al mismo tiempo está dirigida también a la ciudadanía en general y a todas aquellas personas que busquen alguna base teórica sobre el tema de estudio, dentro de la ciudad de Tarija.

En este sentido los datos obtenidos en esta investigación, a través del análisis correlacional entre las variables fundamentales propuestas, brindan un entendimiento que procura generar reflexiones y discusiones sobre la importancia en atención al adolescente y en medidas preventivas en torno a la problemática, tanto dentro del colegio como en el hogar, orientado y dirigido hacia la población juvenil.

## **II. DISEÑO TEÓRICO**

### **2.1. PROBLEMA CIENTÍFICO.**

¿Cuál es la relación entre el tipo de funcionamiento familiar y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija?

### **2.2. OBJETIVOS.**

#### **2.2.1. Objetivo General**

Establecer la relación entre el tipo de funcionamiento familiar y la tendencia al riesgo suicida en adolescentes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija.

#### **2.2.2. Objetivos Específicos**

1. Determinar la tendencia al riesgo suicida en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija.
2. Establecer el tipo de funcionamiento familiar predominante en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija.
3. Analizar la relación entre la tendencia al riesgo suicida y el tipo de funcionamiento familiar en estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija.
4. Establecer el tipo de cohesión familiar predominante y su correlación con la tendencia suicida
5. Determinar el tipo de adaptabilidad familiar predominante y su correlación con la tendencia suicida
6. Establecer el tipo de comunicación familiar y su correlación con la tendencia al riesgo suicida

### 2.3. HIPÓTESIS

1. Los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio J. M. Belgrano de la ciudad de Tarija, presentan un alto índice de tendencia al riesgo suicida.
2. Existe un alto predominio del tipo de funcionamiento familiar de Rango Medio en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio J. M. Belgrano de la ciudad de Tarija.
3. Existe una correlación negativa muy alta entre la tendencia al riesgo suicida y el tipo de funcionamiento familiar en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio J. M. Belgrano de la ciudad de Tarija, donde más deficiente sea el tipo de funcionamiento familiar; mayor será el riesgo suicida.
4. Existe un predominio en cohesión familiar de tipo desligado, con una correlación negativa moderada hacia la tendencia suicida, donde más deficiente sea la cohesión familiar; mayor será el riesgo suicida.
5. Existe un predominio en adaptabilidad familiar de tipo rígida, con una correlación negativa muy alta hacia la tendencia suicida, donde más deficiente sea la adaptabilidad familiar; mayor será el riesgo suicida.
6. Existe un predominio del tipo de comunicación familiar de nivel bajo, con una correlación negativa muy alta hacia la tendencia suicida, donde menor sea el nivel de comunicación familiar; mayor será el riesgo suicida.

## 2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicadores	Escala
<b>Funcionamiento Familiar</b>	Es la manera de interactuar de los miembros de la familia, se produce por las interacciones de la dimensión de cohesión, adaptabilidad y comunicación	Cohesión familiar	Apego emocional	<b>Cohesión</b> 46-50 Amalgamada
			Compromiso familiar	41-45 Conectada
			Coaliciones padre-hijos	35-40 Separados
			Límites internos	10-34 Desligados
			Límites externos	<b>Adaptabilidad</b> 29-50 Caótica
		Adaptabilidad familiar	Liderazgo familiar	25-28 Flexible
			Disciplina y control familiar	20-24 Estructurada
			Negociación o control en las decisiones	10-19 Rígida
			Relación de Roles	<b>Tipo de sistema familiar</b> Tipo balanceado
			Reglas de relación de la familia.	Tipo rango medio Tipo extrema
		Comunicación familiar	Mensajes claros y congruentes	<b>Escala de funcionamiento familiar</b> <b>FACE III</b> 10-20 Muy bajo nivel de comunicación
			Empatía	21-30 Bajo nivel de comunicación
			Frases de apoyo	31-40 Moderado nivel de comunicación
			Habilidades de resolución de problemas	41-50 Alto nivel de comunicación
				<b>Escala de Comunicación Familiar FCS</b>

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicadores	Escala
<b>Tendencia al riesgo suicida</b>	Se define como la probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida.	Ideación Suicida	- Pensamientos de muerte	<b>Escala de Tendencia Suicida de Poldinger</b> 0 - 25 No riesgo suicida 30 - 50 Tendencia al riesgo suicida 55 - 80 Riesgo Suicida 85 - 100 Alta probabilidad de riesgo suicidio
			- Frecuencia de los pensamientos	
			- Ideas repentinas	
			- Pensar demasiado en sus problemas	
			- Falta de vida social	
		Planeación o proyección del intento	- No hablar de sus problemas, tanto abierta como reservadamente	
			- Proyección de intento	
			- Comunicación del intento	
			- Antecedentes de suicidio de amigos o familiares	
			- Desvinculación con la familia o actividades académicas	
Intento suicida	- Desesperación			
	- Preparativo del intento			
			- Intento de suicidio	

### **III. MARCO TEÓRICO**

En el presente capítulo se exponen y se desarrollan los principales conceptos relacionados con el tema de estudio. En primer lugar, abordaremos las conceptualizaciones e implicaciones con relación a la variable tendencia suicida, procurando comprender los estadios que conllevan a una progresiva evolución hacia el suicidio. Posteriormente realizaremos un abordaje en torno a la variable funcionamiento familiar, así como la definición de las dimensiones que la componen como la cohesión, adaptabilidad y la comunicación familiar. Finalizando realizaremos un abordaje acerca de las conceptualizaciones e implicaciones que tiene el significado de adolescencia.

#### **3.1.TENDENCIA SUICIDA**

##### **3.1.1. Generalidades.**

El suicidio puede definirse como *“el acto por el que la persona se quita voluntariamente la vida, es una forma compleja de conducta que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales las cuales contribuyen a la muerte intencional para escapar de circunstancias dolorosas y como un acto de venganza contra otra persona”*. (Reyes Zubiría, 1999, Citado por Ríos, 2014, p 15)

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, define al suicidio como *“la muerte ocasionada por la lesión autoinflingida informada como intencional”*.

El estudio de la tendencia al suicidio puede comprenderse como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos suicidas) y los suicidios consumados o completados. (Durkheim, 1992, citado por Ríos, 2014)

Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida a la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte o

fantasías de suicidio. Las conductas de auto daño pueden abarcar desde gestos comunicativos sin intención definida de muerte, hasta tentativas tan severas que constituyen verdaderos suicidios frustrados. La suicidalidad puede adoptar diversos cursos, puede distinguirse una suicidalidad ocasional o aguda y una suicidalidad crónica. La primera suele presentarse asociada a cuadros como trastornos del ánimo o esquizofrenia; la segunda es característica de trastornos severos de la personalidad como el limítrofe. Una forma intermedia o episódica puede observarse en pacientes con trastornos psiquiátricos recurrentes o crónicos con agravaciones episódicas. (Durkheim E. 1992.)

La idea suicida puede ser tan detallada como un plan formulado, sin que el acto suicida finalice o puede ser toda la intención y tener éxito. Puede considerarse una expresión temprana de vulnerabilidad y abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta propósitos autodestructivos más definidos. Las ideas suicidas se asocian a variables psicosociales, al medio familiar caótico las cuales pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

- Idea suicida sin un método específico.
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse.
- Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- En el plan suicida o idea suicida planificada, el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir. (Halgin R, Whitbourne S. 2006.)

### 3.1.2. Tendencias suicidas

la tendencia al riesgo suicida es entendida como “*aquella probabilidad que tiene un individuo de cometer un acto suicida a futuro, siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida*” (Belfort 2009, citado por Ríos 2014 p. 11).

Según Pinillos, 1981 “*La tendencia al suicidio es el resultado de un aprendizaje disfuncional, producto de una imitación de modelos personales o de condiciones socioculturales degradatorias de los mecanismos operantes de la conducta y de la propositividad natural de la misma. En una palabra, el suicida no nace, se hace. Solo que este hacerse del suicida representa una adquisición: nefasta, pero adquisición, esto es, un aprendizaje que se lleva a cabo en un medio sociocultural, por una persona que usa erróneamente de su libertad.*”. (p. 166)

Existen corrientes biológicas, psicológicas y sociales cuyos representantes al tratar de explicar la etiología de esta conducta, convergen hoy con el criterio de que la etiología de la conducta suicida es multifactorial y que el valorar cada factor independiente solo resta posibilidad de detectar a tiempo a un posible suicida.

- Biológico, sobre todo la disfunción serotoninérgica como enfermedad genética, enfermedades crónicas y enfermedades infectocontagiosas.
- Psicológicos, se encuentran trastornos de la personalidad, depresión, esquizofrenia, toxicómanos, trastorno bipolar.
- Sociales como desintegración familiar, violencia sexual, duelo, rigidez familiar. (Tellez J, Forero J. 2006, Pág. 25)

Existe un modelo neurobiológico que explica la intervención de factores biológicos y sociales del origen de la conducta suicida, el modelo de diátesis-estrés el cual considera que existen estresores intrínsecos y extrínsecos, se menciona a la depresión como mayor y como extrínsecos encontramos eventos vitales, dificultades financieras, pérdidas afectivas que son los precipitantes observables del acto suicida.



La diátesis o vulnerabilidad se caracteriza por una tendencia al pesimismo y desesperanza y se manifiesta como agresividad e impulsividad, estos pueden guiar al problema de comportamiento suicida. (Tellez J, Forero J. 2006)

La primera contribución importante al estudio del problema del suicidio fue realizada a finales del último siglo por el sociólogo francés Emile Durkheim. En un intento de explicar los patrones estadísticos, dividió los suicidios en tres categorías sociales: egoísta, altruista y anómico.

- a) Egoísta. En donde el suicida se aparta del conjunto de los seres humanos. Resulta del debilitamiento de las normas sociales: la aparente libertad de la que goza el individuo le conduce efectivamente a la insatisfacción y finalmente a la desesperanza, como en nuestras sociedades occidentales actuales.
- b) Altruista. Producto de la creencia de que el mundo social con sus normas y valores se desmorona. El individuo se sacrifica por fines sociales, caracteriza sociedades en donde el individuo está fuertemente sometido a los valores colectivos, como en las sociedades primitivas.
- c) Anómico. Cometido por una lealtad extrema a una causa determinada (harakiri, japonés o los bonzos, budistas). Surge en sociedades donde, por efecto de una transformación brutal los principales puntos de referencia y valores comunes se derrumban en una persona. (Pérez, Reytor , 1995 P. 11)
- d) Mixto. Combinación de los estilos anteriores (Rivera, 2010, P 14).

El proceso de la conducta suicida se mueve desde la desesperanza hasta el intento suicida. La evolución hacia la ejecución del acto implica desajustes emocionales, cognitivos y comportamentales en el sujeto, indicadores de pérdida de su salud individual. ( Guibert, 1999)

El intento suicida o parasuicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud, "*como un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará auto daño, o ingiere una sustancia superior a las*

*dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte". Citado por (Rodríguez F, 1997, P. 40)*

Actualmente existe una tendencia al predominio del análisis multicausal y evolutivo de este fenómeno, que confiere relevancia a factores personales, interpersonales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales que actúan como desencadenantes de la conducta suicida. (Reyes, Miranda, 2001 P. 453)

Uno de estos factores psicosociales es la familia, que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar. Este lo comprendemos con una dinámica relacional sistémica que se establece entre los miembros de una familia permitiendo que esta funcione positivamente, cumpla sus funciones y permita la expresión y desarrollo de la individualidad. (Cuesta D de la, Pérez E, Louro I., 1996)

### **3.1.3. Características del suicidio**

A continuación, se describen 10 características comunes del suicidio:

1. El propósito común es buscar una solución: la gente puede creer que el suicidio representa una solución a un problema sin solución. Para el suicida, quitarse la vida no es un acontecimiento sin sentido o accidental.
2. La evasión de la conciencia es una meta común: la conciencia representa un dolor psicológico constante, pero el suicidio parece la terminación de pensamientos y sentimientos angustiantes.

3. El estímulo para el suicidio es en general un dolor intolerable: depresión, desesperanza, culpa, vergüenza y otras emociones negativas con frecuencia son la base del suicidio.
4. El estresor común en el suicidio es una necesidad psicológica frustrada. La incapacidad para alcanzar estándares o expectativas altas, puede conducir a sentimientos de frustración, fracaso y devaluación. Cuando el progreso hacia las metas se bloquea, algunos individuos se vuelven vulnerables al suicidio.
5. Una emoción común en el suicidio es la desesperanza o indefensión. El pesimismo respecto del futuro y la convicción de que nada se puede hacer para mejorar la situación de vida, pueden predisponer al suicidio.
6. El estado cognitivo es de ambivalencia. Aunque la persona suicida quizá esté muy motivada para acabar con su vida, normalmente tiene también un deseo (en diversos grados) de seguir viviendo.
7. El estado cognitivo también se caracteriza por la “visión de túnel”. La persona tiene grandes dificultades para ver “un panorama más amplio” y se caracteriza por tener “visión de túnel”. Las personas que intentan suicidarse, parecen incapaces de considerar otras opciones o alternativas. La muerte es la única salida.
8. La acción común en el suicidio es escapar. La meta es la evasión-escape de una situación insostenible.
9. La acción interpersonal común en el suicidio es la comunicación de la intención. Cuando menos el 80% de los suicidios es precedido por conductas verbales y no verbales que reflejan sus intenciones.
10. La consistencia común está en el área de los patrones de afrontamiento ante la vida. Los patrones o hábitos que se han desarrollado para afrontar las crisis son los mismos patrones de respuesta que se han utilizado a lo largo de la vida. Algunos de ellos pueden predisponer a una persona al suicidio (Shneidman, 1992, citado por Ríos, 2014).

En casi todos los casos de suicidio hay señales de que el mismo está a punto de ocurrir:

### **3.1.3.1. Factores de riesgo**

- Intento previo de suicidio.
- Trastornos mentales como depresión y trastorno bipolar.
- Recurrencia de trastornos mentales por el consumo de sustancias y alcohol.
- Historia familiar de suicidio.
- Desesperanza.
- Tendencias impulsivas y/o agresivas.
- Barreras para el acceso a un tratamiento de salud mental.
- Pérdida de relaciones, sociales, laborales o financieras.
- Enfermedades físicas
- Fácil acceso a métodos letales, en especial armas.
- Falta de voluntad para buscar ayuda debido al estigma social.
- Miembros de la familia, compañeros o celebridades que han muerto por suicidio.
- Creencias culturales o religiosas en las que el suicidio es una resolución honorable.
- Epidemias locales de suicidio que tienen una influencia contagiosa.
- Aislamiento

### 3.1.3.2. Factores protectores

- Recursos eficaces para la atención clínica de trastornos mentales, físicos y por consumo de sustancias.
- Acceso fácil a una variedad de intervenciones clínicas y apoyo para la búsqueda de ayuda.
- Acceso restringido a los medios de suicidio letales.
- Apoyo familiar y comunitario
- Habilidades adecuadas para la solución de problemas, resolución de conflictos y medios no violentos para resolver las disputas.
- Creencias culturales y religiosas que desapruaban el suicidio y apoyan la preservación de la vida, Bryan y Rudd (2006) & USPHS (1999).

### 3.1.4. Fases del Suicidio Según Poldinger

Poldinger (1969), en su libro *Tendencia al suicidio*, sostiene tres estadios:

**1. El primer estadio.** El suicidio considerado como una posibilidad para resolver, mediante la destrucción de la propia vida, los problemas reales o aparentes. El impulso inicial puede partir de factores psicodinámicos como inhibición de agresiones y aislamiento social o de factores de sugestión, tales como: suicidios en la familia y en el ambiente próximo o noticia de prensa, literatura y “Films”.

**2. El segundo estadio,** se caracteriza por la ambivalencia, indecisión y pugna íntima entre las tendencias constructivas y destructivas. Esta ambivalencia se manifiesta también mediante avisos de suicidio, que han de comprenderse como auténticas llamadas de socorro, pero que con frecuencia y a causa de prejuicios no son atendidas. Las encuestas llevadas a cabo por Robins y cols. Ringel en el medio ambiente de personas que cometieron suicidio han demostrado que un 69% y 78% de las mismas, respectivamente habían anunciado previamente y *express verbis* su

intención. Constituye, pues, un importante propósito de la profilaxis del suicidio hacer desaparecer definitivamente el prejuicio relativo a que “las personas que desean suicidarse no lo avisan de antemano y que aquellas, en cambio, que hablan de suicidarse, no lo hacen”. Tal prejuicio ha costado ya la vida a innumerables seres humanos.

**3. *El tercer estadio***, si el sujeto ha adoptado ya la decisión de quitarse la vida, hay que prestar atención sobre todo a los indicios indirectos. Habla en favor de una acentuación de la tendencia al suicidio, el hecho de que personas que, con anterioridad, se mostraban agitadamente angustiosas y deprimidas, tengan de pronto aspecto tranquilo y manifiesten una actitud aparentemente serena. Tal serenidad es sospechosa y equivale con frecuencia, a una “calma antes de la tormenta”.

Así mismo refiere que en diversas afecciones que comportan ansiedad y matices depresivos, el riesgo de suicidio es elevado. Toda medicación con psicofármacos obligarán a tener presente su posible influencia en las tendencias suicidas dadas. Para influir terapéuticamente en la suicidalidad será fundamental identificarla y enjuiciarla antes. Así Ringel ha conseguido establecer un “síndrome presuicidal” y formularlo de manera especialmente clara y sucinta. Se trata de lo siguiente:

1ero. Angostamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica, aislamiento y estancamiento de las energías psíquicas.

2do. Inhibición de la agresividad: las agresiones que no se pueden descargar contra los demás, se vuelven contra uno mismo.

3ero. Deseos de muerte y fantasías de autodestrucción.

El síndrome axial de Mitterauer está pensado para médicos y psicólogos. El mencionado autor logró demostrar que la anamnesis de familias suicidas revelan suicidios mucho más frecuentes de lo que las propias familias saben. Otros indicios que ha aportado Kielholz, al citar una serie de factores llamativos en sumo grado, los cuales sirven para enjuiciar el riesgo de suicidio entre depresivos.

Poldinger, ha sistematizado estos aportes y ha construido una escala de preguntas para precisar la posibilidad de un suicidio.

### **3.1.5. La familia del suicida**

Se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento. El joven que por el momento que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos. Por otro lado, las familias del individuo autodestructivo suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el joven aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa.

En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres. En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el joven se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente.

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada. (Aserrí, 2004, Pág. 25-26)

### **3.1.6. Riesgo suicida**

De acuerdo con el Gran Diccionario de la Lengua Española (1996), la palabra riesgo proviene del Italiano *risico* o *rischio*, y este del Árabe clásico *rizq*, lo que depara la providencia. Significa contingencia o proximidad de un daño.

El riesgo suicida es toda característica o circunstancia de una persona o un grupo de personas que según los conocimientos que se posee, lo asocian a la posibilidad de poder manipular una conducta suicida, ya sea un intento suicida o suicidio consumado. Este puede estar relacionado con factores individuales, familiares o sociales de riesgo suicida.

La tendencia al riesgo suicida es una función de la ideación suicida junto con la concreción de los planes y la disponibilidad de los medios. Cuando la ideación suicida culmina en algún nivel de concreción de la planeación, el riesgo suicida aumenta. Si los medios también están disponibles el riesgo es aún mayor (Kirk, 1993, citado por Ríos, 2014)

#### **3.1.6.1. Niveles de riesgo suicida: Alto**

- a) Tienen pensamiento y sentimiento sobre el suicidio en un futuro cercano o inmediato.
- b) Tienen un plan específico e irreversible para completar el acto y poseen los medios para hacerlo.
- c) Dan abrigo a síntomas de depresión y de agitación.
- d) Una historia previa de intentos suicidas o de gestos suicidas.

**Intervención.** Cuando se identifica un riesgo alto, independientemente de la historia se debe proporcionar intervención inmediata de un especialista, incluyendo la posibilidad de hospitalización.



### **3.1.6.2. Niveles de riesgo suicida: Moderado**

- a) Cuando el individuo tiene o ha tenido pensamientos respecto del suicidio, pero no tiene la necesidad de actuarlos inmediatamente.
- b) Aunque no tiene una historia previa de intentos o gestos suicidas, sí los tiene de ideación suicida.

**Intervención.** Deben ser referidos a consejería dentro de la escuela, con el psicólogo, consejero o trabajador social, quien deberá estar en contacto con otro especialista que lo asesore de manera extrema.

### **3.1.6.3. Niveles de riesgo suicida: Bajo**

- a) No hay historia de intentos suicidas previos, o de gestos, pero ha habido ideaciones suicidas.
- b) No hay una motivación actual para morir, pero existen algunos síntomas parasuicidas (depresión mínima o moderada, desánimo o estrés).
- c) No hay planes definitivos o recientes como tampoco los medios disponibles.

**Intervención:** Consejería dentro de la escuela, luego de la evidencia de los niveles de riesgo suicida; se estime criterios e intervención

Para evaluar la tendencia al riesgo suicida en los adolescentes se consideran como factores primarios para la tendencia al riesgo de intento de suicidio, los trastornos afectivos y la desesperanza, como factores de riesgos secundarios el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad y de la conducta; como factores situacionales de riesgo al funcionamiento familiar, el haber presenciado un suicidio, apoyo social, estresores de la vida y la homosexualidad, así como las implicaciones combinadas y el grado de importancia para determinar el nivel de riesgo de los adolescentes ante el suicidio.

Para la evaluación del riesgo suicida, es necesario tomar en cuenta la expresión verbal y no verbal que indican una tendencia al riesgo suicida, así como las principales conductas (Kirk, 1993, citado por Ríos, 2014).

**Conducta: Desesperación**

*Afirmaciones verbales:* Me quiero morir. Estoy sin esperanza y sin nadie que me ayude.

*Afirmaciones no-verbales:* Entendimiento, apatía física, aislamiento, introversión.

**Conducta: Abuso de sustancias.**

*Afirmaciones verbales:* Estoy fuera de control. Quiero ayuda pero no sé cómo pedirla.

*Afirmaciones no-verbales:* Frecuente consumo de alcohol y drogas.

**Conducta: Depresión encubierta.**

*Afirmaciones verbales:* Nada está mal. Yo puedo arreglar todo siendo rebelde y antisocial.

*Afirmaciones no-verbales:* Agresión física, conducta impulsiva, ansiedad y rebeldía.

**Conducta: Ambivalencia**

*Afirmaciones verbales:* No estoy seguro si quiero vivir o morir.

*Afirmaciones no-verbales:* Posibles síntomas depresivos o depresión enmascarada con algún grado de ansiedad.

**Conducta: Dolor psíquico**

*Afirmaciones verbales:* La vida es insoportable, no sé cómo manejarla.

*Afirmaciones no-verbales:* Síntomas depresivos combinados con ansiedad y agitación.

**Conducta: Ideación suicida**

*Afirmaciones verbales:* Nada está funcionando, quizá la muerte es el único camino de salida.

*Afirmaciones no-verbales:* Confusión, desesperación, ambivalencia, actitud reservada en aumento.

**Conducta: Plan suicida**

*Afirmaciones verbales:* Una forma de salida es planear mi propia muerte.

*Afirmaciones no-verbales:* Conducta polarizada como ansiedad de separación, ansiedad, aislamiento, agitación ocasional y tranquilidad.

## **3.2. LA FAMILIA**

### **3.2.1. Definición de familia**

La familia no es un concepto que haya permanecido estático a lo largo de la historia, sino que se trata de un concepto más bien dinámico, que se adapta al contexto sufriendo variadas y numerosas transformaciones de acuerdo a la época en que se encuentre cada sociedad.

La familia es considerada, ante todo, no como una institución que se relaciona con otras instituciones sociales, sino como una dimensión fundamental de la existencia, una dimensión de la persona, su modo de ser: el modo más inmediato en el que se manifiesta que la persona existe para la comunión, y que se realiza a sí misma solo en comunión con otras personas. (Buttiglione, 1994, citado por Fuentes y Merino, 2016)

Entonces podemos decir que la familia es un factor psicosocial muy importante, “*que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar*” (Reyes y Torres, 2001, p. 453)

Al mismo tiempo, la familia es un grupo social natural, el cual constituye un factor significativo en el proceso del desarrollo de la mente humana, la información y actitudes son asimiladas y almacenadas, convirtiéndose en la forma de acercamiento de una persona al contexto con el que interactúa, Minuchin afirma que este grupo social llamado familia determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia. (Minuchin S, 1984, Fuentes et. al., 2016).

Otras funciones que también se encuentran presentes dentro del grupo familiar son: socialización, la reproducción, el cuidado, el afecto, el estado socioeconómico, entre otras. En la mayor parte de las investigaciones realizadas a nivel transcultural, y a pesar de las particularidades concretas de cada familia, se ha determinado que ésta organiza su vida para cumplir dos funciones básicas: el desarrollo personal de los hijos y la socialización. Sin duda las tareas básicas de la familia van más allá de la crianza de los hijos, entendiendo esto como la alimentación o cuidar de su salud física, e incluso es posible señalar que están más allá de entregar afecto y protección, pues se pretende que sea capaz de generar el desarrollo personal de cada uno de sus miembros y su incorporación activa al entorno social, teniendo como meta mantener la propia identidad y la cohesión familiar

Las definiciones más actuales de familia establecen como características la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia al grupo, existe un compromiso personal, se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. (Gimeno, 2008, citado por Fuentes et. al., 2016).

A juicio del postulante, esta definición es la que se toma como concepto de familia para esta investigación, agregando el aspecto de la cohabitación, entendiéndola no solamente como la cohabitación permanente, sino también aquella de carácter temporal y/o simbólico que resulta siendo un factor influyente en la vida del adolescente.

### 3.2.2. Tipos de familia.

Papalia (citada por Camacho 2002), definió la familia por su composición en 4 tipos:

- Familia nuclear (Conformada por padres e hijos)
- Familia compuesta (Conformada por padres, hijos y abuelos)
- Familia extensa (Conformada por padres, hijos, abuelos, tíos, etc.)
- Familia monoparental (Conformada por madre o padre solo con hijos).

Por otra parte (Navarro y cols, 2007, citados por Arenas, 2009) plantean la existencia de tipologías familiares que giran en torno a la distribución de las tareas asignadas a los miembros, los roles familiares, las estructuras de poder y el funcionamiento familiar. A nivel mundial las familias son diferentes por factores socio cultural como la esperanza de vida, los niveles de educación, el rol de la mujer en el mundo laboral, etc.; todo ello influye en la formación de familias, por ello en estas épocas la mayoría de familias no mantienen un estilo nuclear y existe diversidad; planteando tipos de familia:

- Familia nuclear (Conformada por varón y mujer unidos en matrimonio, y sus hijos); es cada vez menos frecuente en países occidentales.
- La cohabitación (Convivencia de pareja unida por lazos afectivos pero sin vínculo legal, a veces este tipo de familia antecede al matrimonio).
- Hogares unipersonales (Hogares compuestos por una sola persona sea soltera, separada, divorciada o viuda).
- Familia monoparentales (Constituida por una madre o un padre con al menos un hijo, el padre o madre debe no estar viviendo en pareja, incluso puede vivir con amigos o sus propios padres).
- Familias reconstituidas (Es el tipo de familia más frecuente y es la familia que rota después de un divorcio y se rehace con el padre o la madre que tiene a cargo los hijos y su nuevo cónyuge).

### 3.2.3. Funciones de la familia

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones. (Hevia, 1985, citado por Arenas, 2009)

Según Maslow, 1954. El comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades, que son:

- Fisiológicas: aire, agua, alimentos, sexualidad.
- Seguridad: orden, normas para guiar los propios actos y sentirse libre de temores y amenazas.
- Sociales: amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano.
- Estima: respeto de uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás.

*“Es prioritaria la satisfacción inicial de las necesidades fisiológicas, al menos parcialmente, antes de buscar satisfacer las subsecuentes, ya que de ello depende en gran medida la salud biológica de un individuo. Deben ser cumplidas de manera conjunta y recíproca dentro del contexto del grupo familiar, y complementadas posteriormente con otras instituciones sociales. En gran medida, la homeostasis familiar está en función del estado de bienestar biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes, lo cual favorece el mantenimiento de una unión estable durante un cierto lapso de tiempo, con el fin de favorecer el desarrollo saludable de los hijos, así como el cumplimiento de las funciones más diversas”.* (Huerta, 1999, Pág. 35)

Fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas. En ningún caso debe contentarse con satisfacer solo las necesidades biológicas (Ackerman, 1982) ya que eso no basta para el completo desarrollo del individuo, que tiene necesidad de

aportaciones intelectuales y afectivas. De acuerdo con lo anterior, las funciones específicas de la familia son las siguientes:

- Asegurar la subsistencia de cada uno de sus miembros a través de la protección biopsicosocial de cada uno de ellos, lo cual implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física, apoyo afectivo y moral, sentido de pertenencia.
- Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos. Algunos hechos que indican deficiente cumplimiento de la función del afecto son: mala adaptación conyugal, unión marital entre adolescentes, hijos sobreprotegidos y dependencia emocional de la pareja de sus familias de origen.
- Una familia enfrenta problemas en la socialización cuando hay, por ejemplo: ausencia de uno de los padres, toxicomanías, desempleo o inestabilidad laboral, delincuencia, problemas legales, conflictos con las familias de origen, prostitución, huida del hogar o retraso escolar, entre otros.
- Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe sus tradiciones, así como las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes. Las disfunciones en esta área pueden ocurrir cuando hay inestabilidad laboral, enfermedades relacionadas con la pobreza, dependencia económica de las familias de origen, separación o divorcio, incapacidad laboral, cambios repentinos en el nivel económico, diferentes expectativas entre padres e hijos, cambios frecuentes de domicilio o de ciudad, etc.

La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad.

Estas funciones están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se deben cumplir en la familia como conjunto y unidad; confirman la idea de que el grupo

familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo (Huerta, 1999)

#### **3.2.4. Funcionalidad familiar**

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (Huerta, 1999, Pág. 37)

*“Dinámica miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar es el conjunto de pautas transaccionales que se establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada por el que esté atravesando dicha familia”* (Huerta, 1999, Pág. 37)

*“La funcionalidad familiar cursa por cuatro etapas secuenciales: procesos de identidad, disposición al cambio, procesos de la información y estructuración de roles.”* (Velazco, R., y Chávez, V., 1994, citados por Munro, 2005).

Las pautas de interacción familiar se transmiten de una generación a otra, de manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos de funcionalidad familiar que constituyen factores de riesgo familiares esenciales para la conducta suicida, ellos son: la desorganización familiar en lo que respecta a un consenso de normas, sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros, las riñas familiares constantes por parejas en permanente desacuerdo y disputa con agresión física o psicológica, la familia destruida por abandono físico o emocional de alguno de los padres o de ambos, los sentimientos de rechazo familiar unido a cogniciones disfuncionales familiares y la presencia frecuente en ambos padres de sentimientos



de desesperanza y pesimismo acompañados de actitudes y conductas pasivas ante su propia vida y la familia. (Guibert, 1999)

Existen además otros factores de riesgo familiares considerados importantes pues aunque no tienen que ver directamente con la evolución del proceso suicida, pueden predisponer a la conducta suicida si están presentes los esenciales, según señalan los autores (Macías R., 1994. Cita a Villar P., 1989) “*como sobrecarga de roles, conflictos de poder entre los miembros, baja tolerancia entre ellos y rigidez en la solución de problemas.*” (Fernández A, González MA, Lasa A, 1998)

Por otro lado Olson, 1982 “*considera que la interacción de la dimensión de cohesión y adaptabilidad condiciona el funcionamiento familiar*” En el rango balanceado se ubican las familias con óptimo funcionamiento, mientras que en el extremo se ubican las familias no funcionales.

“*Para Olson, la definición de funcionalidad familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad)*” (Ferrer, P., Miscán, A., Pino, M., Pérez, V., 2013, p. 52)

### **3.2.5. Disfunción familiar**

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

**1) Comunicación:** En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional.

**2) Individualidad:** La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, sino que se estimula para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

**3) Toma de decisiones:** La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por su poder. En las familias disfuncionales

importa más quien va a salirse con la suya y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

**4) *Reacción a los eventos críticos:*** Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. (Huerta, 1999)

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismos y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. (Rodríguez, 2004, citado por Munro, 2005)

En las familias disfuncionales la comunicación afectiva es la primera en verse afectada, y a medida que el conflicto es mayor es más factible que la comunicación se vuelva enmascarada y desplazada.

### **3.2.6. Funcionamiento familiar: El modelo Circumplejo de David Olson**

Este modelo fue desarrollado por D. Olson, Sprenkle & Russell, del Departamento de Family Social Science de la Universidad de Minesota, en 1979. Se ha construido a partir de conceptos generados en la literatura sobre terapia familiar y marital. No obstante, posteriormente fue validado empíricamente en dos estudios por Russell (1979) & Sprenkle & Olson (1978).

En este modelo la familia se evalúa las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación.

### 3.2.6.1. La Cohesión Familiar

Evalúa el grado en que los miembros de la familia están conectados o separados a ella. “*Se define como el vínculo emocional o ligazón emocional que los miembros de la familia tienen entre sí*” (Olson et al. 1985). Incluye variables específicas tales como: Ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de reacción

La cohesión se subdivide en familias desligadas, separadas, conectadas y aglutinadas.

#### 3.2.6.1.1. Tipos de cohesión

Es considerada unificante y tiene dos componentes: el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia, por lo cual se subdivide en cuatro partes (Olson et. al., 1985).

**a) *Familia dispersa, disgregada, desligada o no relacionada.*** Llamada también desprendida, se refiere a familias donde prevalece el “yo” es decir, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia familiar. Se detalla algunas características:

- Extrema separación emocional.
- Falta de lealtad familiar.
- Se da muy poca interacción entre sus miembros.
- Hay falta de cercanía parento-filial.
- Predomina la separación personal.
- Rara vez están juntos en familia.
- Hay necesidad y preferencia por espacios separados.
- Se toman decisiones independientemente.

- El interés se focaliza fuera de la familia.
- Los amigos personales son vistos a solas.
- Existen intereses desiguales.
- La recreación se lleva a cabo individualmente.

**b) *Familia separada o semirrelacionada.*** Si bien domina el “yo”, existe la presencia de un “nosotros”, además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con cierta tendencia hacia la independencia. Se detalla algunas características:

- Separación emocional como un hecho concreto.
- La lealtad familiar es ocasional.
- Se acepta la interacción, pero se prefiere la distancia personal.
- Algunas veces se demuestra correspondencia afectiva.
- Los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos.
- Se alienta cierta separación personal.
- El tiempo individual es importante, pero se pasa parte del tiempo juntos.
- Se prefieren los espacios separados, pero comparten el espacio familiar.
- Las decisiones se toman individualmente, pero hay posibilidad de decisiones conjuntas.
- El interés se focaliza fuera de la familia.
- Los amigos raras veces son compartidos con la familia.
- Los intereses son distintos.
- La recreación se lleva a cabo de manera más separada que compartida.

**c) *Familia Conectada o relacionada.*** Denominada también unida, donde predomina el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la

familia, aunque con tendencia hacia la dependencia. Se detalla algunas características:

- Cercanía emocional.
- La lealtad familiar es esperada.
- Se enfatiza la interacción, pero se permite la distancia personal.
- Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas.
- Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento filial.
- La necesidad de separación es respetada pero poco valorada.
- El tiempo que pasan juntos es importante.
- El espacio privado es respetado.
- Se prefieren las decisiones conjuntas.
- El interés se focaliza dentro de la familia.
- Los amigos personales se comparten con la familia.
- Se prefieren los intereses comunes.
- Se prefieren las recreaciones compartidas que la individual.

**d) Familia aglutinada o amalgamada.** Conocida también como enredada. Prima el “nosotros” apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez existe una fuerte exigencia de fidelidad y la lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común. Se detalla algunas características:

- Extrema cercanía emocional.
- Se demanda lealtad hacia la familia.
- La interacción es altamente simbiótica.
- Los miembros de la familia dependen mucho unos de otros.

- Se expresa la dependencia afectiva.
- Hay extrema reactividad emocional.
- Se dan coaliciones parento filiales.
- Hay falta de límites generacionales.
- Hay falta de separación personal.
- La mayor parte del tiempo lo pasan juntos.
- Se permite poco tiempo y espacio privado.
- Las decisiones están sujetas al deseo del grupo.
- El interés se focaliza dentro de la familia.
- Se prefiere los amigos de la familia a los personales.
- Los intereses conjuntos se dan por mandato.

El modelo circumplejo de Olson postula que los niveles de cohesión separadas y conectadas facilitan el funcionamiento familiar, mientras que los extremos desligados y aglutinados resultan problemáticos para la familia.

### **3.2.6.2. La Adaptabilidad Familiar**

Tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como: "*la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo*" (Olson et. al., 1985), contiene las variables específicas: poder (capacidad de afirmación, control y disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

La adaptabilidad se subdivide en familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas.

### 3.2.6.2.1. Tipos de adaptabilidad

Es la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar la estructura de poder; asimismo cambiar las reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Para que exista un buen sistema de adaptabilidad se requiere un balance entre cambios y estabilidad. El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad determina cuatro tipos de familias (Olson et. al., 1985).

#### a) *Familia Rígida.*

- Se caracteriza por el liderazgo autoritario, donde existe fuerte control parental.
- La disciplina es estricta, rígida y de aplicación severa.
- Es autocrática.
- Los padres imponen las decisiones.
- Las funciones (roles) están estrictamente definidos.
- Las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambiar.

#### b) *Familia Estructurada*

- Se caracteriza en principio por el liderazgo autoritario, siendo algunas veces igualitario.
- La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles las consecuencias.
- Es un tanto democrática.
- Los padres toman las decisiones.
- Las funciones (roles) son estables, pero pueden compartirse.
- Las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las veces que se cambian.

#### c) *Familia Flexible*

- Se caracteriza por un liderazgo igualitario que permite cambios.

- La disciplina es algo severa, negociándose las consecuencias.
- Usualmente es democrática y tienen acuerdo en las decisiones.
- Se comparten las funciones (roles).
- Las reglas se hacen cumplir con flexibilidad.
- Algunas reglas pueden cambiar.

**d) Familia Caótica**

- Se caracteriza por un liderazgo limitado e ineficaz.
- La disciplina es muy poco severa habiendo inconsistencia en sus consecuencias.
- Las decisiones parentales son impulsivas.
- Hay falta de claridad en las funciones (roles) existen alternativas e inversiones en los mismos.
- Hay frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente.

El modelo circumplejo de Olson postula que los niveles de adaptabilidad estructurados y flexibles facilitan el funcionamiento familiar, mientras que los extremos rígidos y caóticos resultan problemáticos para la familia.

**3.2.6.3. La comunicación familiar**

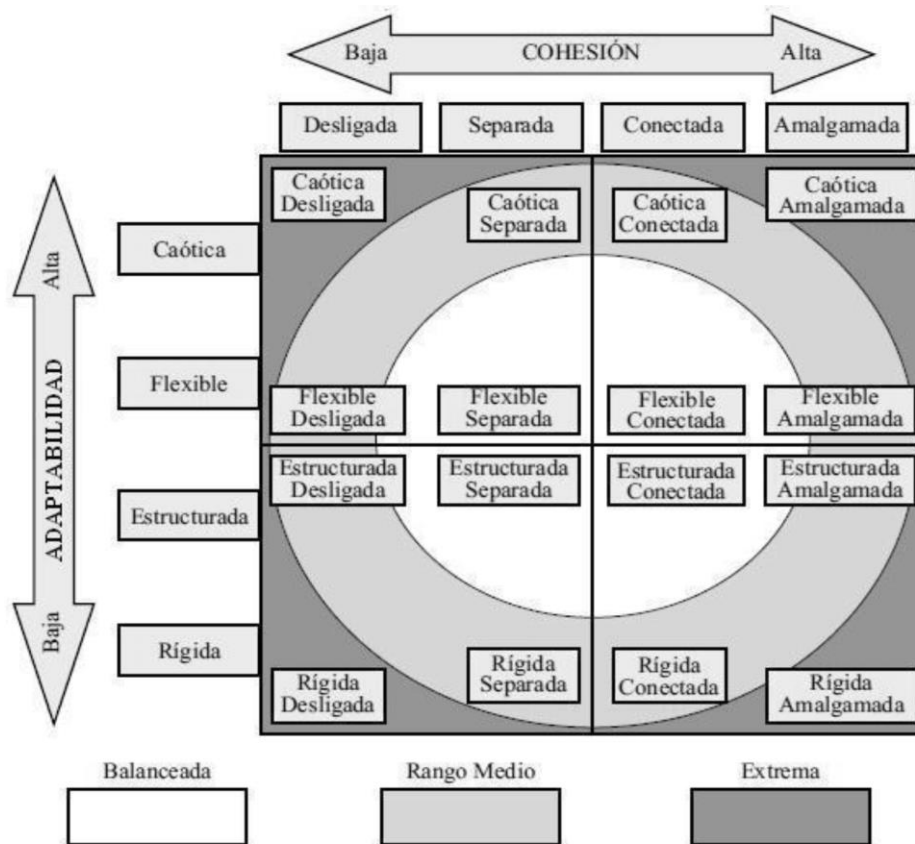
El tercer parámetro del modelo circumplejo de Olson, es la comunicación familiar, que se considera una dimensión facilitadora para que las familias se desplacen en las dimensiones de cohesión y de adaptabilidad. Las habilidades de comunicación positiva como la empatía, la escucha activa o los comentarios de apoyo permiten a las familias compartir mutuamente sus necesidades y preferencias. La comunicación negativa como dobles mensajes, dobles vínculos y críticas, disminuyen la habilidad de una familia para compartir sus sentimientos. En definitiva, este modelo es



dinámico en la medida en que asume que puede operarse distintos cambios a través del tiempo. Las familias pueden desplazar en cualquier dirección que la situación, el estadio del ciclo familiar o la socialización que sus miembros pueden requerir.

Los tipos de sistemas maritales y familiares, derivan de la combinación de los cuatro niveles de cohesión con los cuatro de adaptabilidad, se obtienen dieciséis tipos de sistemas maritales y familiares. Cuatro de ellos son moderados en las dimensiones de adaptabilidad y cohesión (Tipos balanceados), ocho son extremos en una dimensión y moderados en la otra (Tipos de rango medio) y cuatro tipos son extremos en ambas (Tipos extremos).

**MODELO CIRCUMPLEJO: Dieciséis Tipos de Sistemas Familiares**



La correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad determina 3 niveles de funcionamiento familiar (Olson 1982, citado por Ferreyra 2003). En el rango balanceado se ubican las familias con óptimo funcionamiento, mientras que en el extremo se ubican las familias no funcionales.

#### **3.2.6.4. Familias de tipo Balanceado**

Las familias de esta categoría son centrales en ambas dimensiones, y se encuentran al centro del círculo. Hablamos de la familia: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada. En los sistemas abiertos los individuos se distinguen por su habilidad para experimentar y balancear los extremos de independencia y dependencia familiar. Tienen la libertad de estar solos o conectados al miembro de la familia que elijan. El funcionamiento es dinámico, por lo que pueden cambiar. La familia es libre de moverse en la dirección que la situación, el ciclo de vida familiar o la socialización de un miembro de la familia lo requiera. Ese tipo de familia es considerada la más adecuada.

#### **3.2.6.5. Familias de tipo Rango Medio**

Las familias de esta categoría son extremas en una sola dimensión. Hablamos de las familias: flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, caóticamente separada, caóticamente conectada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y rígidamente conectada. El funcionamiento de estas familias presenta dificultades en una sola dimensión, las cuales pueden ser originadas por momentos de estrés.

#### **3.2.6.6. Familias de tipo Extrema**

Las familias de esta categoría, son extremas, tanto en las dimensiones de cohesión como adaptabilidad (ambas dimensiones), por lo que su funcionamiento es menos

adecuado. Hablamos de la familia caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada. Tienen un funcionamiento menos adecuado. Olson considera varios aspectos:

1. Las familias extremas son una forma exagerada de las de rango medio, ya que pertenecen a un continuo de características que varían en intensidad, cualidad y cantidad.
2. Que en “momentos” especiales de la vida familiar un funcionamiento extremo puede ser beneficioso para la estabilidad de los miembros.
3. En muchos casos, el problema de un miembro de la familia o pareja puede caracterizar el funcionamiento familiar como extremo, por ejemplo: si un miembro de la pareja desea el divorcio considerará que la familia tiene funcionamiento extremo.
4. Los grupos extremos (Olson, 1982, 1983) pueden funcionar bien por el tiempo que “todos” los miembros de la familia lo deseen así. Esto es importante porque hay grupos culturales que determinan funcionamientos familiares extremos (Tueros, 2004 citado por Ríos 2014, p. 54).

### **3.4. ADOLESCENCIA**

#### **3.4.1. Conceptualización**

La adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos.

Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse. Tradicionalmente se creía que la adolescencia y la pubertad empezaban al mismo tiempo, alrededor de los 13 años, en algunas sociedades occidentales los médicos han comprobado que los cambios puberales tienen lugar mucho antes de los 10 años. La

adolescencia abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años (Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R., 2010).

### **3.4.2. Desarrollo físico**

Los cambios biológicos de la pubertad, que señalan el final de la niñez, incluyen un rápido crecimiento de estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales, y la adquisición de la madurez sexual. Esos cambios físicos forman parte de un largo y complejo proceso de maduración que empezó antes del nacimiento, y sus ramificaciones psicológicas continúan en la adultez (Papalia, et al, 2010).

### **3.4.3. Desarrollo cognoscitivo**

La mayoría de los jóvenes sale de la adolescencia con cuerpos sanos y maduros, y con entusiasmo por la vida. Su desarrollo cognoscitivo también ha continuado. Los adolescentes no solo lucen diferentes de los niños más pequeños, sino que piensan y hablan de manera distinta. Aunque en ciertos sentidos su pensamiento aún es inmaduro, muchos son capaces de adentrarse en el razonamiento abstracto y elaborar juicios morales complejos, además de poder hacer planes más realistas para el futuro. Etapa Piagetana de las operaciones formales. *“Los adolescentes entran en lo que Piaget denominó el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo – las operaciones formales – cuando perfeccionan la capacidad de pensamiento abstracto. Esta capacidad, por lo regular alrededor de los 11 años, les proporciona una forma nueva y más flexible de manipular la información. Ya no están restringidos al aquí y ahora, sino que pueden entender el tiempo histórico y el espacio extraterrestre. Pueden utilizar símbolos para representar otros símbolos y por consiguiente pueden aprender álgebra y cálculo. Pueden apreciar mejor las metáforas y alegorías y por ende encuentran más significados en la literatura. Pueden pensar en términos de lo que podría ser no solo de lo que es. Pueden imaginar posibilidades y formar y probar hipótesis”* (Papalia, et al, 2010, p 371).

#### **3.4.4. Desarrollo Psicosocial en la adolescencia**

Durante los años de la adolescencia, aparece en escena la búsqueda de la identidad, definida por Erikson como una concepción coherente del yo; compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido. El desarrollo cognoscitivo de los adolescentes les permite construir una “teoría del yo” (Elkind, 1998). Como destaca Erikson (1950), el esfuerzo de un adolescente por dar sentido al yo no es “una especie de malestar madurativo”, sino que forma parte de un proceso saludable y vital que se basa en los logros de las etapas anteriores – sobre la confianza, la autonomía, la iniciativa y la laboriosidad, y sienta las bases para afrontar los desafíos de la adultez. Sin embargo, la crisis de identidad rara vez se resuelve por completo en la adolescencia, pues los problemas concernientes a ella surgen una y otra vez durante la vida adulta.

Según Erikson, la identidad se construye a medida que los jóvenes resuelven tres problemas importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores con los cuales vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria (Papalia, et al, 2010).

#### **3.4.5. Adolescentes y padres**

Las relaciones con los padres durante la adolescencia – el grado de conflicto y la apertura de la comunicación – se sustentan en gran medida en la cercanía emocional desarrollada durante la niñez; a su vez, las relaciones de los adolescentes con los padres establecen las condiciones para la calidad de la relación con una pareja en la adultez.

Los adolescentes, como los niños pequeños, son sensibles a la atmósfera del hogar familiar. En un estudio longitudinal con 451 adolescentes y sus padres, los cambios en las dificultades o conflictos matrimoniales – para mejorar o empeorar-predecían cambios correspondientes en el ajuste de los adolescentes. En otros estudios, adolescentes de ambos sexos cuyos padres se divorciaron mostraban más problemas

académicos, psicológicos y conductuales antes de la ruptura que aquellos cuyos padres no se divorciaron.

Según los datos de un importante estudio longitudinal, los adolescentes que viven con padres que se mantienen casados suelen tener muchos menos problemas de conducta que los que viven en otras estructuras familiares. Un factor importante es la participación del padre. La participación de alta calidad de un padre que no vive con la familia es de mucha ayuda, pero no tanto como la de un padre que vive con sus hijos. Aunque a los adolescentes con fuertes vínculos con ambos padres les va mejor, una buena relación con un padre que no vive en casa puede compensar una mala relación con la madre, y es probable que una relación comprometida entre el niño y el padre que no tiene la custodia continúe en la adultez temprana. Sin embargo cuando está presente el padrastro, los vínculos estrechos con él influyen más que los vínculos con el padre que no vive en casa (Papalia, et al, 2010).

#### **3.4.6. Los problemas internos y externos del adolescente.**

Los problemas internos del adolescente están relacionados con sus emociones y la expresión de las mismas. El aumento de la producción de hormonas altera el ánimo y el humor del adolescente; situación que es conocida por todos; sobre todo por los padres y la que más se asocia con la etapa. Además de ellos la relación entre el incremento de hormonas sexuales, el deseo y la actividad sexual los motiva a satisfacer la necesidad de relacionarse con personas del sexo opuesto e interactuar, para ello el adolescente busca tener independencia en su elección de amistades y busca un propio espacio; lo que genera mayor control y atención de los padres. Esto supone que habría más incidencias de disputas y conflictos familiares por el estrés que atraviesan los adolescentes, sin embargo existen otros factores que pueden ser desencadenantes de conflicto como la falta de cohesión y comunicación o la resistencia de los padres para aceptar que los hijos empiezan a crecer (Olivia y Parra. citados por Arranz, 2004, Barna y cols., 1986).

Parra (2007) comenta que los cambios que afronta el adolescente pueden relacionarse con trastornos como la depresión mayor y existen diversas investigaciones al respecto por los casos de suicidios, intentos de suicidios y conductas relacionadas con el desequilibrio emocional. Estudios españoles indican que existe mayor tendencia a desencadenar trastornos de ansiedad antes que trastornos depresivos, encontraron en una investigación que el 4% de adolescentes con depresión mayor está entre los 12 y 19 años mientras que el 9% está entre los 18 años. El autor también señala que estudios estadounidenses indican lo contrario, que el porcentaje de jóvenes que tuvieron trastornos depresivos ascienden a 25% de una población y el porcentaje aumenta a medida que la edad avanza, siendo las mujeres las más afectadas.

Por lo mencionado no existe un patrón definido en temas de trastornos psicológicos dentro de la adolescencia ya que el contexto sociocultural tiene gran influencia. Lo que sí tiene coherencia y lo demuestran las investigaciones es que las mujeres tienen más predisposición a desarrollarlos y el porcentaje de incidencia crece conforme avanza la edad también (Parra, 2007).

La sensibilidad que demuestran los adolescentes puede tener sus causas en factores genéticos (temperamento), la alteración hormonal explicada líneas arriba o estilos cognitivos disfuncionales que ponen más vulnerable a la persona. A ello se suma el estereotipo de la etapa, catalogando a los jóvenes como problemáticos y en muchas ocasiones predisponiendo a los padres a las discusiones y debates sobre la forma en que la familia debe tomar esta etapa de los hijos. Las relaciones familiares se pueden tornar tensas cuando los hijos están en etapa adolescente, sea porque ellos presentan las características mencionadas anteriormente, porque ya existían problemas conyugales que afectan el bienestar familiar, influencia de amistades, etc. La dinámica es bidireccional y lo que plantean los investigadores es basar la el afrontamiento de estrés en la comunicación. (Oliva y Parra citado por Arranz, 2004).

Los problemas externos que pueden afectar el desarrollo del adolescente están relacionados con factores de riesgo que evidencian una mala conducta, Parra (2007), investigó acerca de la conducta de adolescentes y diferencias por género, llegando a

la conclusión de que no existe más o menos incidencia en problemas de conducta entre hombre y mujer, lo que se observa es que hay más prejuicios para considerar a los varones problemáticos en su comportamiento antes que a las mujeres.

Los problemas psicosociales que más atañen al adolescente son el pandillaje, consumo de drogas y alcohol; se sabe que los focos de inicio de estas complicaciones parten de crisis en la familia y algunos indicadores de ellos son los trastornos emocionales, la deserción escolar por bajo rendimiento y la frustración, la baja autoestima por influencia de muchos factores internos y familiares, la sobreprotección, entre otras situaciones.

#### **3.4.7. Suicidio en Adolescentes y Jóvenes.**

En el ámbito de la adolescencia, en la mayoría de los países de todo el mundo se está informando que las tasas de suicidio entre los adolescentes están aumentando de forma alarmante (OMS, 2006).

El suicidio en la adolescencia constituye la segunda causa más frecuente de muerte, solo superada por los accidentes, es presumible que estos datos vayan en aumento. Se estima que, de cada mil adolescentes, cuatro hacen una tentativa de suicidio. Hace más de 25 años que el suicidio constituye la sexta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años, el suicidio es más frecuente en adolescentes que en jóvenes; las tentativas de suicidio, en cambio, son mucho más frecuentes entre jóvenes que adultos.

El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en Tarija, Bolivia y todo el mundo. Notoriamente los suicidas son ahora mucho más jóvenes. (EL PAÍS, 2016)



#### **3.4.8. El papel de la familia en el intento suicida del adolescente**

En el proceso de consecución de una identidad positiva y estable como adulto, una de las tareas más importantes para el adolescente la constituye la adquisición de autonomía. El principal elemento de esta tarea consiste en una separación o distanciamiento gradual, en todos los sentidos, de la relación con sus padres. Para tal fin, la estrecha relación y dependencia de la familia inmediata empieza a ceder ante las relaciones más intensas con pares y adultos fuera de la familia; a medida que se experimentan nuevos desafíos, se requieren otros comportamientos y se adquieren diferentes responsabilidades. La base de las relaciones familiares es el esfuerzo que realiza el adolescente por lograr su independencia, la cual conlleva cierto grado de conflicto. En este sentido, las relaciones familiares son una de las áreas críticas para el desarrollo de la personalidad del adolescente, porque involucran una relación particular entre él y su familia que puede rebasar sus recursos psicosociales. (Amezcuca, Márquez E., 1994)

A criterio del postulante debido a lo anteriormente expuesto, la familia puede convertirse en un factor determinante para el desarrollo psicológico y personal del joven. A través de la práctica de estilos o pautas educativas, de las relaciones e interacciones y presiones del sistema familiar, se crean situaciones que pueden estar directamente relacionadas con el intento suicida.

#### **3.4.9. Características generales de la adolescencia que constituyen factores predisponentes de la conducta suicida.**

En la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida.

Estos adolescentes generalmente provienen de familias desestructuradas, con carencias en el aspecto económico, déficit sociales y culturales, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar, o lo que se pudiera llamarse familias multiproblemas, o familias que por sus características intrafamiliares y/o por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo, con pobreza educacional, y de exposición a situaciones familiares adversas. (Cortés A., 2013)

Para la Organización Mundial de la Salud la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años en la que se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales, y se estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente. El 85 % de ellos vive en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año. 18 La adolescencia es esencialmente una época de cambios en la que ocurren el proceso de transformación del niño en adulto, tiene características peculiares, y es una etapa, además, de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual) así como de la autonomía individual. (Cortés A., 2013) En el aspecto emocional la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. Aparece el pensamiento formal, descubre que es capaz de argumentar, de analizar y comienza a hacerlo, en ocasiones caen en contradicciones cuando hablan con un adulto, las cuales son normales ya que están ejercitando su capacidad de razonar; además comienzan a generar sus propias teorías.

A raíz de esto empiezan a elaborar sus códigos de conducta, sus valores y su ética; progresivamente va modificando su rol en la familia, de niño-dependiente a adulto independiente con aumento de responsabilidades y de capacidad para ejercer su libertad. La característica más peligrosa del pensamiento adolescente es la de "sentirse invencible", siempre piensan que las cosas malas "les ocurren a los otros", accidentes, agresiones, embarazos, brotes psicóticos por ingesta de drogas y comas etílicos. (Pérez, B., 2013, citado por Cortés A., 2013)

Existen rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer un acto suicida como lo es la poca tolerancia a la

frustración, actitudes híper perfeccionistas, son críticos, rígidos intelectualmente, que no toleran el más mínimo fracaso, y a veces están convencidos de su propia maldad y no se sienten queridos.

Las dificultades escolares son predictores de ideaciones y conductas suicidas en esta etapa de la vida. En otros casos la vulnerabilidad al percibir ciertos eventos de la vida como una amenaza directa a su autoimagen o a su dignidad; la separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias; la muerte de un ser querido u otra persona significativa; los conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas; los problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente; la aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia; presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones; el fracaso en el desempeño escolar; la exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes; el embarazo no deseado u otra infección de transmisión sexual; el padecer una enfermedad física grave; ser víctima de desastres naturales; la violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares; el estar sometido a amenazas de muerte o golpizas; ser motivo de burlas en la escuela; incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas. (Pérez, B., 2013, citado por Cortés A., 2013)

Otros factores asociados a la conducta suicida en la adolescencia son:

- *Tener alteraciones en el desarrollo puberal:* Menarquia precoz, la discapacidad o retardo mental
- *La desatención y problemas relacionados con la familia:* las fugas frecuentes, deserción del hogar, problemas económicos.
- *Trastornos de la conducta alimentaria:* la malnutrición
- *Riesgos intelectuales:* como el analfabetismo, el bajo rendimiento y/o deserción escolar, crisis de autoridad, tiempo libre mal utilizado
- Factores asociados a enfermedades crónicas no transmisibles como, la hipertensión arterial, la diabetes y el cáncer

- *Factores biológicos:* tabaquismo, alcoholismo y otras drogas
- *Riesgos sexuales:* embarazos, infertilidad.
- *Independencia:* lucha por su identidad, humor cambiante
- *Factores sociales:* aislamiento, depresión, conductas delictivas y/o agresivas y la conducta suicida. (Cortés A., 2013)

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación planteada en este trabajo corresponde al área de la **Psicología Clínica**. Dicha aseveración se basa en el hecho de que la psicología clínica está orientada hacia el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos psicológicos, conductas anormales y explicación de ciertas características comportamentales. En este caso concretamente realizaremos diagnósticos individuales a cada uno de los sujetos que conforman la muestra poblacional, referida al tipo de funcionamiento familiar y la tendencia de riesgo suicida.

La presente investigación se enmarca dentro de un estudio de tipo **Exploratorio**. Se considera un estudio exploratorio “*cuando un tema o problema de investigación es poco estudiado del cual se tiene muchas dudas o no se ha encontrado antes*” (Hernández, Sampieri, 2003, Pág. 117), de acuerdo a esta fundamentación se plantean dos razones por las que se define a esta investigación como exploratoria: La primera es que no se ha llegado a generar una investigación concreta acerca del tema a nivel regional, si bien existe al momento algunos acercamientos al tema, únicamente son guías e ideas generales relacionadas a los casos de suicidio y no así el empleo metodológico de una investigación que determine la relación de las variables principales. La segunda razón se debe a que la muestra que tomaremos de estudiantes de nivel secundario alcanza el 49% de la población seleccionada considerándose una muestra significativa.

Al mismo tiempo nuestra investigación planteada se sitúa dentro de un área de estudio del tipo **descriptivo y correlacional**. Descriptivo porque supone un “*estudio observacional, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales*” (Salinero, 2004) de nuestras variables; Funcionamiento familiar y tendencia suicida, en estudiantes de nivel secundario del colegio José Manuel Belgrano de la ciudad de

Tarija. Asimismo, en una segunda fase se realizó un análisis correlacional con los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos, comprendiendo que:

*“un estudio correlacional puede intentar determinar si individuos con una puntuación alta en una variable también tiene puntuación alta en una segunda variable y si individuos con una baja puntuación en una variable también tienen baja puntuación en la segunda. Estos resultados indican una relación positiva.”* (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Sin embargo *“En otros casos la relación esperada entre las variables puede ser inversa. Los sujetos con puntuaciones altas en una variable, puede tener puntuaciones bajas en la segunda variable y viceversa. Esto indica una relación negativa”* (Hernández et al. 2010)

Por otro lado, nuestro estudio será del tipo **transversal** porque *“intenta analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto, un punto en el tiempo,”* (Salinero, 2004), considerando que nuestra muestra será un número elevado en un tiempo relativamente corto empleando un procedimiento estadístico.

El planteamiento de nuestra investigación también se respalda bajo el concepto de un estudio de tipo **teórico** ya que la finalidad de este estudio fue la de generar fundamentación teórica acerca de la relación que existe entre la tendencia suicida y el tipo de funcionamiento familiar, ayudándonos a comprender de esta manera este fenómeno presente como una problemática social Tarijeña.

Al mismo tiempo, el estudio que planteado es de tipo **cuantitativo** ya que el análisis estuvo bajo las directrices de un procedimiento y análisis estadístico, compuesto por el diagnóstico de tendencia suicida en adolescentes estudiantes de secundaria de la ciudad de Tarija y el tipo de funcionamiento familiar.

## 4.2. POBLACION Y MUESTRA

### 4.2.1. POBLACIÓN.

La población de la presente investigación estuvo conformada por los estudiantes de nivel secundario del colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija. De acuerdo a los datos proporcionados por el personal administrativo del colegio, están compuestos por 193 hombres y 210 mujeres que comprenden una población total de 403 estudiantes. La población fue determinada de este modo bajo los siguientes criterios de selección.

- a) Estudiantes de nivel secundario del colegio José Manuel Belgrano turno Tarde
- b) Edades comprendidas entre 14 a 18 años. (Adolescentes)
- c) Sexos: Masculino – Femenino.
- d) Nivel de instrucción de 3ro a 6to de secundaria

### 4.2.2. MUESTRA.

Se determinó una muestra significativa de 197 estudiantes, equivalente al 49% con relación a la población total, el muestreo fue obtenido mediante la fórmula de poblaciones finitas y la afijación proporcional de frecuencias, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. La muestra fue seleccionada por el tipo de muestreo **aleatorio estratificado**.

Se considera **aleatorio** porque cada miembro de la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionado como sujeto y se pretende producir muestras representativas que permitan el uso de la estadística. A la vez, se considera por **estratos** porque *“es un diseño de muestreo probabilístico en el que dividimos a la población en subgrupos o estratos”*. La población será separada por grado de instrucción.

Para ello se realizó la afijación proporcional del muestreo aleatorio estratificado para obtener una muestra representativa

N: Población = 403  
 n: Tamaño de Muestra = 197  
 P: Probabilidad a favor = 0.5  
 Q: Probabilidad en contra = 0.5  
 NC: Nivel de confianza = 95%  $\Rightarrow Z = 1.96$   
 e: Error máximo admisible = 5% = 0.05  
 w: Fracción de asignación

Tamaño de la Muestra

Tamaño del estrato

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 (N-1) + Z^2 (1-a/2) N p q}$$

$$n_i = \left( \frac{N_i}{N} \right) = n(W_i)$$

### Cuadro N° 1.

*Afijación proporcional de frecuencias para determinar el tamaño de la muestra aleatoria estratificada.*

CURSO	Femenino	Masculino	N	(Femenino) W <sub>i</sub>	(Femenino) n <sub>i</sub>	(Masculino) W <sub>i</sub>	(Masculino) n <sub>i</sub>	n
3ro A	19	17	36	0,09	9	0,09	8	17
3ro B	24	13	37	0,11	12	0,07	6	18
3ro C	16	21	37	0,08	8	0,11	10	18
4to A	16	16	32	0,08	8	0,08	8	16
4to B	20	18	38	0,10	10	0,09	9	19
4to C	22	14	36	0,10	11	0,07	7	18
5to A	11	22	33	0,05	5	0,11	11	16
5to B	15	18	33	0,07	7	0,09	9	16
5to C	22	13	35	0,10	11	0,07	6	17
6to A	15	14	29	0,07	7	0,07	7	14
6to B	12	16	28	0,06	6	0,08	8	14
6to C	18	11	29	0,09	9	0,06	5	14
Total	<b>210</b>	<b>193</b>	<b>403</b>	1,00	<b>103</b>	1,00	<b>94</b>	<b>197</b>



### 4.3. METODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### 4.3.1. Métodos

En la presente investigación se utilizaron los métodos descritos a continuación.

- Métodos Teóricos. Se los utilizo principalmente en la construcción del marco teórico y en la interpretación de los datos, aunque están presentes en todo momento de la investigación. El más utilizado es el de análisis y síntesis.
- Métodos Empíricos. Son aquellos que se utilizaron en la recogida de los datos, permiten la intervención, registro, medición, análisis, interpretación y transformación de la realidad del proceso de la investigación, apoya la práctica de la investigación, entre ellos se encuentran, el cuestionario, escalas y test psicológicos.
- Métodos Estadísticos. Que se utilizaron para el análisis de los datos obtenidos a partir de la aplicación de los distintos instrumentos a lo largo del trabajo de investigación. Para tal efecto se hizo uso de una medida estadística para hallar la relación entre 2 variables cuantitativas a través del Coeficiente de Correlación de Pearson ( $r =$ ). La fórmula utilizada para dicho procedimiento es la siguiente

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{N \sum X^2 (\sum X)^2} \sqrt{N \sum Y^2 (\sum Y)^2}}$$

Una vez obtenido el resultado, para interpretar el coeficiente de correlación se utilizó la siguiente escala de valores.

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Los métodos, técnicas e instrumentos que se empleara en esta investigación se plantean de manera esquemática en el siguiente cuadro.

<b>OBJETIVO</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>TÉCNICAS</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
Tendencia suicida	Test psicológico	Inventario	Tendencia Suicida de Poldinger
Funcionamiento familiar	Test psicológico	Inventario	Funcionamiento familiar FACE III
Comunicación familiar	Test psicológico	Inventario	Comunicación Familiar FCS

Para contar con un conocimiento más claro de cada uno de los instrumentos que se utilizara en esta investigación, a continuación, desarrollamos de manera específica cada uno de los instrumentos planteados. En este estudio se utilizó 3 instrumentos.

### ❖ Escala de Tendencia Suicida de Poldinger

- a) **Autor:** Walter Poldinger
- b) **Objetivo del Test.-** La escala de tendencia suicida de Poldinger es un instrumento diseñado para evaluar la posibilidad de un suicidio en una o varias personas.
- c) **A qué objetivo específico contribuye la investigación que se está diseñando.-**  
**Al objetivo específico número 2:** “Determinar la tendencia al riesgo suicida en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio J. M. Belgrano de la ciudad de Tarija”
- d) **Año de creación del test.-** La escala de tendencia suicida fue creada por el Dr. Walter Poldinger el año 1980 a partir de su libro titulado “La tendencia al Suicidio: estudio médico-psicológico y médico sociológico.”
- e) **Dónde fue creado y estandarizado el Test.-** Originalmente la escala de tendencia suicida fue creada en la República Federal Alemana en el año 1980 por el austriaco Dr. Walter Poldinger. La escala fue estandarizada a través de un proceso de adaptación lingüística y un análisis de confiabilidad y validez el año 2014 por la Mgr. Julia Esther Ríos Pinto a través de una investigación con adolescentes y jóvenes adultos en la clínica universitaria en la ciudad de Huancayo, Lima – Perú

**Análisis de Confiabilidad.-** Para hallar la confiabilidad de la escala de tendencia suicida de Poldinger se empleó el coeficiente de Kuder-Richarson que es específica para instrumentos dicotómicos o de dos alternativas.

El coeficiente resultante se interpretó como confiabilidad **ALTA** en las variables cuantitativas de la Escala de Tendencia Suicida. Es decir el 0.7163 que es equivalente a 71.00% de confiabilidad que tiene el Instrumento de medición para determinar la tendencia de riesgo suicida

**Análisis de Validez.-** Para encontrar la validez de los instrumentos se empleó el uso de la **r de Pearson** y se procedió del siguiente modo:

1. Se aplicó la escala de tendencia suicida de Poldinger, tal como fue planteada por el autor.
  2. Se encontró que tales ítems no eran respondidos en su mayoría de los participantes de la prueba piloto, solicitándoles a los participantes que si no entendían una palabra o frase la marcaran poniendo entre paréntesis que “no se comprende”.
  3. Se modificó la redacción de dichos ítems sin cambiar el sentido de los mismos, a través de criterio de jueces.
  4. Se procedió a la nueva aplicación de la escala de tendencia suicida, al mismo grupo, esta vez sin observación, pues todos los ítems fueron entendidos por los participantes.
  5. Se procedió al tratamiento estadístico utilizando la relación ítem test con la finalidad de conocer la relación de cada ítem con el total de la prueba.
  6. Se encontró que en todos los casos existía relación significativa lo cual probó la validez del ítem.
- f) Resumen de materiales que se emplean.-** Este instrumento emplea un cuadernillo con 16 preguntas que permiten apreciar la suicidabilidad del evaluado, con un tiempo de administración 10 a 15 minutos.
- g) Resumen del procedimiento de aplicación y corrección del test.-** El instrumento se aplica tanto de manera individual o colectiva. Se entrega a cada sujeto un cuadernillo con 16 preguntas donde el evaluado deberá anotar la opción de respuesta que más se adecúe sobre aspectos que ha sentido o hecho correspondientes a un SÍ o NO.

De acuerdo a la escala elaborada por Poldinger la calificación del instrumento se procede de la siguiente manera:

- a. Se suman las respuestas positivas y negativas obteniendo un resultado global.
- b. El resultado global se multiplica por una constante de 6.25 que va a darnos una probabilidad de ocurrencia de llevar a cabo la conducta suicida.

Asumiendo el autor como puntuación lo siguiente:

- Anotar un punto por cada respuesta Sí del 1 al 11 y colocar en N1.
- Anotar un punto por cada respuesta No del 12 al 16 y colocar en N2.
- Sumar  $N1 ( ) + N2 ( ) = \underline{\hspace{2cm}}$  X 6.25 =  $\underline{\hspace{2cm}}$

El autor plantea los siguientes intervalos de calificación para determinar si existe o no riesgo de suicidio:

0 a 25 No hay riesgo

30 a 50 Tendencia al riesgo suicidio

55 a 80 Riesgo de suicidio

85 a 100 Alta probabilidad de riesgo suicidio

El riesgo del suicidio será más significativo, cuantas más de las preguntas 1 a 11 se contesten afirmativamente y más del 12 al 16, negativamente

### ❖ Escala de funcionamiento familiar FACE III

- a) **Autor:** David Olson, Joyce Portner y Yoav Lavee.
- b) **Objetivo del Test.-** La escala de funcionamiento familiar FACE III es un instrumento diseñado para evaluar el tipo de funcionamiento familiar a través de las dos dimensiones mayores del modelo circunplejo de Olson como son cohesión y adaptabilidad familiar. El modelo permite que una persona clasifique a las familias en tres grupos generales, que corresponden a familias “balanceadas”, “de rango medio” y “familias extremas”. Además existe una tercer dimensión que es la comunicación Familiar la misma que es evaluada a

partir de un segundo instrumento anexo al FACE III, denominado Escala de comunicación familiar FCS

**c) A qué objetivo específico contribuye la investigación que se está diseñando.-**

- **Al objetivo específico número 2:** Establecer el tipo de funcionamiento familiar predominante en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio J. M. Belgrano de la ciudad de Tarija
- **Al objetivo específico número 4:** Establecer el tipo de cohesión familiar predominante y su correlación con la tendencia suicida
- **Al objetivo específico número 5:** Determinar el tipo de adaptabilidad familiar predominante y su correlación con la tendencia suicida

**d) Año de creación del test.-** La escala FACE III fue elaborada el año 1985 siendo la tercera revisión de su versión original la escala FACEs II creada el año 1982 por Olson, D.H., Portner, J, y Bell R.Q.

**e) Dónde fue creado y estandarizado el Test.-** La escala FACE III fue creada en la Universidad de Minnesota EE.UU.

La escala tuvo varias revisiones en cuanto a validez de constructo y confiabilidad pero la más importante fue la adaptación al español y estandarizada por Ponce E.R., Gomez f.j., Teran M., Irigoyen A.E., Landgrave s. el año 2002 en el Distrito Federal al sur de la ciudad de México a través de la técnica multivariada de análisis factorial con fines confirmatorios, dado que se buscaba dotar al estudio de rigor metodológico y estadístico.

Otro estudio teórico de la prueba y validación para adaptarla al medio latino se realizó en Colombia (1987), dicho estudio concluye que han encontrado entre ambas nacionalidades (colombianas y norteamericanas) varias similitudes como: edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, ocupación y similitud en relación a la percepción acerca del funcionamiento familiar. Los resultados, según el

estudio, han demostrado que el porcentaje de familias es similar entre las dos culturas comparadas.

Otro estudio donde se analizó la validez de constructo y confiabilidad del instrumento fue en 2014, en Lima – Perú. Para hallar la confiabilidad de los instrumentos se empleó el coeficiente de Alpha de Cronbach. Respecto a la validez se hizo uso de la r de Pearson obteniendo el siguiente resultado:

#### ***Análisis de Confiabilidad***

Consistencia interna	:	Cohesión (r = 0.77)
		Adaptabilidad (r = 0.62)
		Total (r = 0.68)
Test-retest	:	Faces III (4-5 semanas)
		0.83 para cohesión
		0.80 para adaptabilidad

#### ***Análisis de Validez (r de Pearson)***

De presentación	:	Muy buena
De contenido	:	Muy buena
Correlación entre escalas	:	Cohesión y adaptabilidad (r=0.03)
Correlación con discapacidad social	:	DS y Adaptabilidad (r = 0.00) DS y cohesión (r = 0.39)
Validez concurrente	:	No hay evidencias

- f) **Resumen de materiales que se emplean.-** Este instrumento emplea un cuadernillo que consta de 20 ítems, donde la distribución interna es, 10 ítems corresponden a la cohesión (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19) y 10 ítems a la adaptabilidad (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20). Teniendo un tiempo de aplicación de 15 a 20 minutos

**g) Resumen del procedimiento de aplicación y corrección del test.-** El instrumento se aplica tanto de manera individual o colectiva. Se entrega a cada sujeto un cuadernillo con 20 ítems representados a modo de frases afirmativas donde el evaluado deberá anotar la opción de respuesta que más se adecúe a la percepción que tiene sobre su familia, teniendo como opciones de respuesta:

1. Casi nunca
2. De vez en cuando
3. A veces
4. Muchas veces
5. Casi siempre

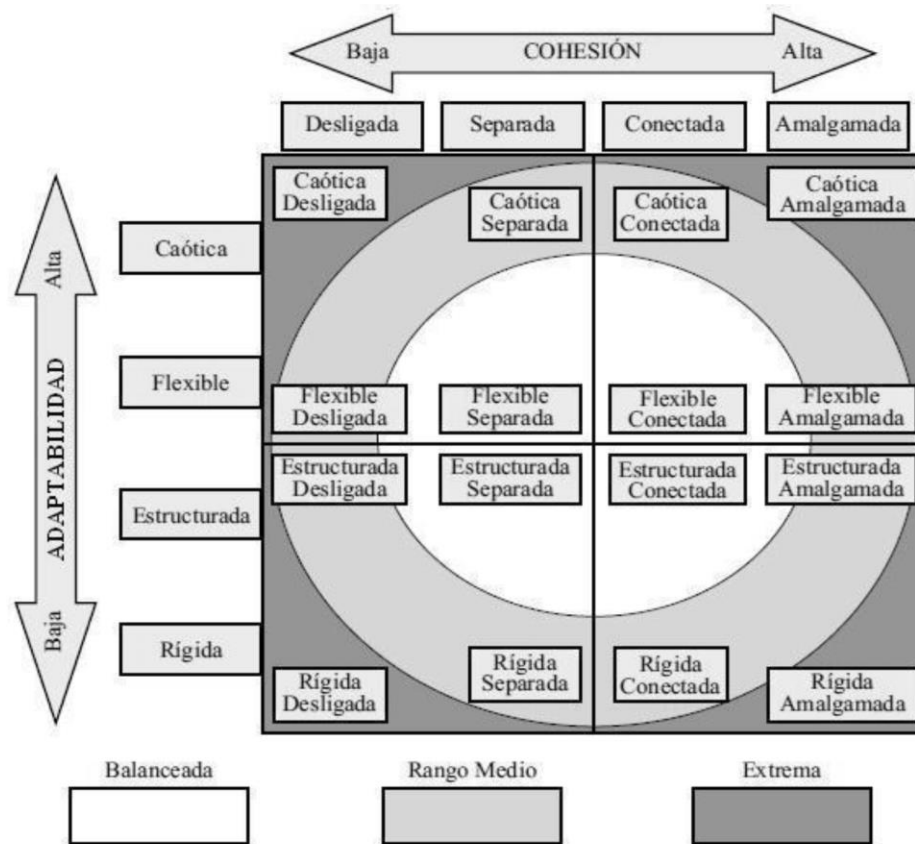
La corrección es la suma simple del valor atribuido a cada ítem: Casi nunca (1), De vez en cuando (2), A veces (3), Muchas veces (4) y Casi siempre (5). Los ítems impares evalúan cohesión, los pares, adaptabilidad. El puntaje directo se convierte en tipos de cohesión y adaptabilidad, tal como se observa en la tabla:

<b>Cohesión</b>		<b>Adaptabilidad</b>	
Amalgamada ( <i>Muy alto</i> )	46-50	Caótica ( <i>Muy alto</i> )	29-50
Conectada ( <i>Moderado a alto</i> )	41-45	Flexible ( <i>Moderado a alto</i> )	25-28
Separados ( <i>Bajo a moderado</i> )	35-40	Estructurada ( <i>Bajo a moderado</i> )	20-24
Desligados ( <i>Muy bajo</i> )	10-34	Rígida ( <i>Muy bajo</i> )	10-19

**h) Interpretación.-** Basándonos en el modelo Circumplejo de Olson la interacción de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad condicionan el funcionamiento familiar. Cada una de estas dimensiones tienen 4 rasgos y su combinación determina tres tipos de funcionamiento familiar.

- Balanceadas (*Familiar funcionales*)
- Rango Medio (*Familias moderadamente Funcionales*)
- Extremas (*Familias no Funcionales*)





❖ **Escala de Comunicación Familiar FCS (Escala anexa al FACE III)**

- a) **Autor:** Olson, D., Gorall, D., y Tiesel, J.
- b) **Objetivo del Test.-** Evaluar las habilidades positivas de comunicación que se produce en la familia, recogiendo aspectos importantes como el nivel de apertura o libertad para intercambiar ideas, la información y preocupaciones entre generaciones, la confianza y honestidad experimentada y el tono emocional de las interacciones
- c) **A qué objetivo específico contribuye la investigación que se está diseñando.-**  
Al objetivo específico número 6: “Establecer el tipo de comunicación familiar y su correlación con la tendencia al riesgo suicida”
- d) **Año de creación del test.-** La escala de Funcionamiento Familiar FCS fue diseñado el año 2006 como un complemento de la escala familiar FACE en su

cuarta versión. La elaboración de la escala FCS fue el resultado de una tercera revisión de la escala de Comunicación Padres-Adolescentes PACS creada en 1982 por Olson y Barnes

- i) **Dónde fue creado y estandarizado el Test.-** El instrumento fue elaborado en la Universidad de Minnesota EE.UU. Este instrumento se elabora en una tercera revisión de la escala PACS, con base inicial de 35 reactivos, posteriormente con 20 ítems y en la nueva versión FCS con 10 ítems.

La escala FCS cuenta con una adaptación realizada en el Instituto Peruano de Orientación Psicológica realizada por Copez, Villarreal y Paz en año 2016. Donde se analizó las propiedades psicométricas de los instrumento en un grupo de 491 estudiantes universitarios bajo el siguiente procedimiento:

En primer lugar, se utilizó el método de traducción hacia adelante (Forward translation) con base en la escala original (Family Communication Scale – FCS)

El instrumento se aplicó a los estudiantes universitarios, de forma grupal, en un ambiente bien iluminado, amplio y dando las indicaciones de forma pausada y clara.

Se utilizaron cuatro programas estadísticos, el *SPSS 22* para realizar el análisis aleatorio de los grupos de análisis factorial; el factor para el análisis descriptivo, el análisis factorial exploratorio (AFE) y de confiabilidad; el *EQS 6.1* para el análisis factorial confirmatorio (AFC) y el *AMOS 22* para el análisis de la invarianza en varones y mujeres.

A partir de este análisis se obtuvo una evidencia positiva de validez de la FCS y que pueda ser utilizada posteriormente en diversas investigaciones sobre las relaciones familiares

- e) **Resumen de materiales que se emplean.-** Este instrumento emplea un cuadernillo con 10 ítems, con un tiempo de administración de 8 a 10 minutos.
- f) **Resumen del procedimiento de aplicación y corrección del test.-** El instrumento se aplica tanto de manera individual o colectiva. Se entrega a cada

sujeto un cuadernillo con 10 ítems representados a modo de frases afirmativas donde el evaluado deberá anotar la opción de respuesta que más se adecúe a la percepción que tiene sobre su familia, teniendo como opciones de respuesta las siguientes:

1. No describe a mi familia
2. Solo la describe ligeramente
3. Describe a veces a mi familia
4. Sí describe a mi familia
5. Describe muy bien a mi familia

La corrección es la suma simple de todos los valores atribuido a cada ítem: No describe a mi familia (1 Pt.), solo la describe ligeramente (2 Pt.), describe a veces a mi familia (3 Pt.), sí describe a mi familia (4 Pt.) y describe muy bien a mi familia (5 Pt.).

El autor solo menciona una puntuación máxima posible de 50 y una mínima de 10. A mayor puntaje mayor habilidad positiva de la comunicación. Con base a este dato se planteó los siguientes intervalos de calificación para determinar nivel de habilidades positivas de comunicación familiar.

10 a 20	Muy bajo nivel de comunicación
21 a 30	Bajo nivel de comunicación
31 a 40	Moderado nivel de comunicación
41 a 50	Alto nivel de comunicación

#### **4.4. PROCEDIMIENTO**

La investigación se llevó a cabo de acuerdo a las siguientes fases procedimentales

**1. FASE. Revisión bibliográfica y contacto con el “Colegio José Manuel Belgrano”, Turno Tarde**

En esta fase se hizo una revisión, recolección y actualización del material bibliográfico, realizando una revisión exhaustiva a toda la literatura en torno a la psicología clínica bajo la línea de estudio del comportamiento suicida, de esta forma se recogió los datos necesarios para brindar un respaldo teórico significativo al tema de estudio. Posteriormente se entró en contacto inicial con el director del colegio, quien nos proporcionó los datos generales de la población y se solicitó la autorización para la ejecución del trabajo

**2. FASE. Selección de los instrumentos.**

En esta fase se procedió a la selección de los instrumentos, tomando en cuenta la validez y confiabilidad de los mismos, estos fueron: La escala de Tendencia Suicida de Poldinger, la escala de Funcionamiento Familiar FASE III de Olson y su anexo, la escala de comunicación familiar FCS de Olson

**3. FASE. Selección de muestras de estudio.**

Dentro de esta fase se determinó una muestra significativa de 197 estudiantes equivalente al 49% con relación a la población total, el muestreo fue obtenido a través del cálculo probabilístico con la fórmula para poblaciones finitas, considerando un tipo de muestreo **aleatorio estratificado**.

**4. FASE. Recojo de información. -**

Dentro de esta fase se procedió a la aplicación de los instrumentos seleccionados, de acuerdo al siguiente orden: Escala de Funcionamiento Familiar FACE III, Escala de Comunicación Familiar FCS y la Escala de Tendencia Suicida de POLDINGER

Los instrumentos fueron aplicados dentro del establecimiento educativo bajo autorización previa del personal docente, administrativo y de la Dirección Distrital de Educación de la provincia de Cercado

**5. FASE. Procesamiento de los datos. -**

Una vez aplicados los instrumentos, los mismos fueron corregidos e introducidos a una matriz de datos general para una posterior tabulación. Para elevar a una interpretación de resultados de tipo estadístico se empleó el uso de las herramientas tales como; administración de formular y tablas dinámicas de Excel de este modo se generó un cuadro de frecuencias y frecuencias porcentuales con su respectiva gráfica que detalle los resultados obtenidos en base a cada objetivo específico.

**6. FASE. Análisis y redacción del informe final.**

La redacción del informe final se realizó presentando un análisis e interpretación de resultados mediante los cuadros y gráficas por cada uno de los objetivos específicos. Esto permitió tener un panorama amplio y claro a cerca de la problemática representada en datos estadísticos. Asimismo, para verificar correlación entre las variables, se hizo uso del método estadístico para hallar el Coeficiente de Correlación de Pearson.

## V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se encuentran los resultados obtenidos a través de la aplicación de los diferentes instrumentos que fueron utilizados para poder responder a los objetivos específicos planteados en el presente trabajo de investigación.

Los resultados obtenidos están organizados de la siguiente manera: La primera parte hace referencia a los resultados de la escala de Tendencia Suicida de Poldinger que permitió determinar el diagnóstico de tendencia al riesgo de suicidio dentro de la población muestral seleccionada. Posteriormente se presenta los resultados de la escala FACE III que nos permite caracterizar el tipo de funcionamiento familiar a partir de la evaluación de sus principales dimensiones como cohesión y adaptabilidad familiar, además de la evaluación diagnóstica de la comunicación familiar a partir de la escala FCS considerada como una escala anexa al FACE III.

Asimismo, se realizó el correspondiente cruce de variables asociando los datos para para tener una mayor comprensión de los resultados.

Todos los datos obtenidos a través de los instrumentos mencionados están estructurados en cuadros, gráficas y respaldados por la interpretación y análisis correspondientemente.

En una segunda parte de este capítulo se realizó un análisis de correlación de las variables a partir del método estadístico para hallar el coeficiente de correlación lineal de Pearson ( $r=$ ) y determinar mediante este proceso el tipo de correlación que existe entre las diferentes variables.

## OBJETIVO N° 1

**Determinar la tendencia al riesgo suicida en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija.**

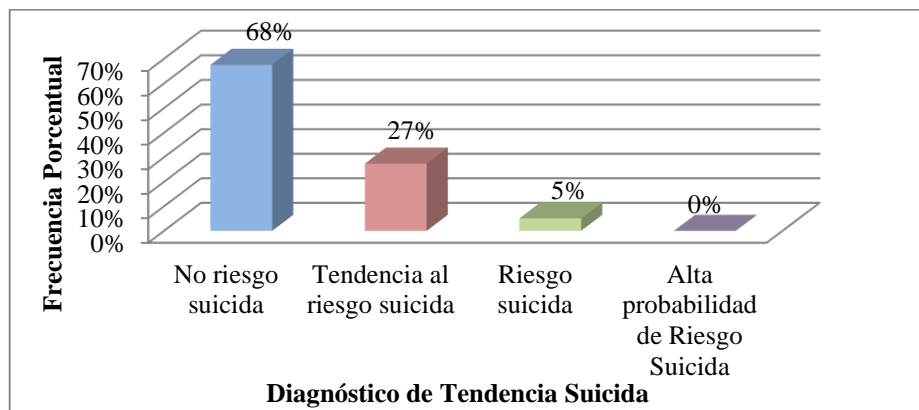
**Cuadro N° 2**

*Tendencia al riesgo suicida en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*

<b>Tendencia Suicida</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
No riesgo suicida	133	68%
Tendencia al riesgo suicida	54	27%
Riesgo suicida	10	5%
Alta probabilidad de Riesgo Suicida	0	0%
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 1**

*Tendencia al riesgo suicida en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*



De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la escala de tendencia suicida de Poldinger para determinar la variable riesgo suicida en la población muestral evaluada, podemos observar en el cuadro N° 2 y gráfico N° 1, que la mayor parte de los estudiantes de nivel secundario del colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija, se ve reflejado en un 68% con 133 estudiantes que no presentan una inclinación al riesgo suicida; en contraste se observa a un 27% con 54 estudiantes

que reflejan una inclinación de Tendencia al Riesgo Suicida y por último un 5% con 10 estudiantes se encuentra dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida.

Este último dato si bien está representado por un porcentaje muy bajo tiene una alta significatividad dentro del marco de estudio de esta investigación, debido a que aquellos estudiantes que se encuentran dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida, tienen mayores probabilidades de cometer un acto suicida a futuro, *“siendo un acto suicida cualquier acción intencionada con posibles consecuencias físicas en la que se pone en riesgo la vida”* (Belfort, 2009, citado por Ríos p. 11). Asimismo, existe la posibilidad de que estos estudiantes manifiesten o hayan manifestado una progresiva evolución hacia el suicidio, determinado en primer lugar por las ideaciones suicidas, donde el sujeto considera la posibilidad de suicidio como una alternativa para resolver o escapar de sus problemas o sufrimientos que los aquejan, mediante la destrucción de su propia vida; seguida posteriormente en segundo lugar por las proyecciones o planeaciones de intento suicida, donde el sujeto planifica, fantasea el acto y da lugar a un deseo de muerte; generalmente en esta etapa el sujeto entra en una ambivalencia que le permite anunciar previamente su intención de morir. Finalmente, en tercer lugar, cabe la posibilidad de que los estudiantes que se encuentran dentro de este minoritario porcentaje hayan adoptado la decisión de quitarse la vida, considerando en este caso la posibilidad de intento suicida. Si el sujeto ha adoptado ya la decisión de quitarse la vida, hay que prestar atención sobre todo a los indicios indirectos. Habla en favor de una acentuación de la tendencia al suicidio, el hecho de que personas que, con anterioridad, se mostraban agitadamente angustiadas y deprimidas, tengan de pronto aspecto tranquilo y manifiesten una actitud aparentemente serena. Tal serenidad es sospechosa y equivale con frecuencia, a una *“calma antes de la tormenta”*.

Las encuestas llevadas a cabo por Robins, cols. y Ringel en el medio ambiente de personas que cometieron suicidio han demostrado que un 69% y 78% de las mismas, respectivamente habían anunciado previamente y *expresis verbis* su intención. Constituye, pues, un importante propósito de la profilaxis del suicidio hacer



desaparecer definitivamente el prejuicio relativo a que “las personas que desean suicidarse no lo avisan de antemano y que aquellas, en cambio, que hablan de suicidarse, no lo hacen”. Tal prejuicio ha costado ya la vida a innumerables seres humanos.

Remarcando, según Poldinger, “*en todo suicida se produce una progresiva evolución hacia el suicidio, que él determina en tres estadios: en el primero, se considera la posibilidad, en el segundo, las tendencias constructivas y destructivas pugnan en el individuo y, finalmente, la tercera consiste en la decisión de suicidarse*” (Pöldinger, 1969, p 29). O dichas en palabras de otros autores, es un proceso que transcurre a través de cuatro fases: ideación suicida, planeación, intento suicida y suicidio consumado” (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges 1998),

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación es importante mencionar la similitud con los resultados encontrados por Ríos (2014) los cuales señalan un diagnóstico de No Riesgo suicida con 138 estudiantes evaluados haciendo un 63.88 %, seguido de tendencia al riesgo suicida 68 haciendo un 31.48% y finalmente 10 en diagnóstico de riesgo suicida haciendo un 4.64% siendo este último poco relevante considerando la muestra de estudio. Tales resultados coinciden con la investigación realizada por Rivas (2008), los cuales señalan que el tipo riesgo suicida teniendo en cuenta una muestra de 1143 estudiantes de secundaria la que predomina es Sin Riesgo Suicida con 994 estudiantes haciendo un total de 86.96% y con Riesgo Suicida con 149 estudiantes con un 13.04%.

En conclusión y respondiendo al primer objetivo específico de esta investigación, se determina a través de los hallazgos que el diagnóstico de no riesgo suicida es el que predomina en la población evaluada. Sin embargo, existe en menor grado una pequeña cantidad de personas que tienen una preocupante inclinación al Riesgo Suicida considerando la posibilidad de riesgo de intento suicida dentro de este pequeño grupo. Es importante comprender que “*La tendencia al suicidio es el resultado de un aprendizaje disfuncional, producto de una imitación de modelos personales o de condiciones socioculturales degradatorias de los mecanismos*

*operantes de la conducta y de la propositividad natural de la misma. En una palabra, el suicida no nace, se hace. Solo que este hacerse del suicida representa una adquisición: nefasta, pero adquisición, esto es, un aprendizaje que se lleva a cabo en un medio sociocultural, por una persona que usa erróneamente de su libertad.”.* (Pinillos, 1981, p. 166)

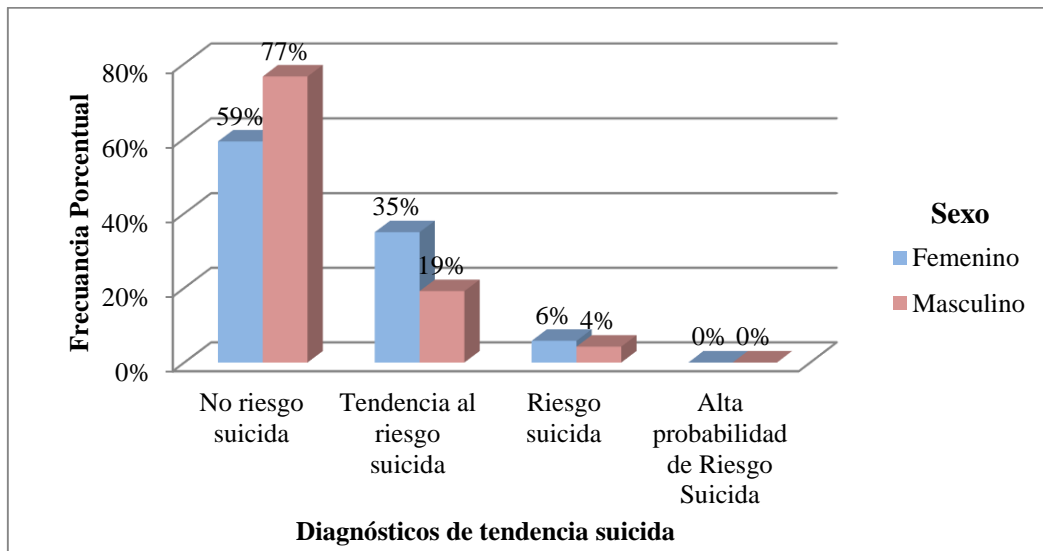
### Cuadro N° 3

*Tendencia suicida según el sexo de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*

Tendencia Suicida	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	f	f %	f	f %	f	f %
No riesgo suicida	61	59%	72	77%	133	68%
Tendencia al riesgo suicida	36	35%	18	19%	54	27%
Riesgo suicida	6	6%	4	4%	10	5%
Alta probabilidad de Riesgo Suicida	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>197</b>	<b>100%</b>

### Gráfico N° 2

*Tendencia suicida según el sexo de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*



A través de los resultados obtenidos se puede observar en el cuadro N° 3 y su gráfica N° 2, la representación del cruce de variables entre la Tendencia suicida según el sexo de la población muestral.

En cuanto al sexo femenino hallamos a 61 estudiantes que representan el 59% ubicándose dentro del diagnóstico de no riesgo suicida y a 6 estudiantes que representan el 6% que se encuentran dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida; por otro lado, encontramos dentro del grupo de sexo masculino a 72 estudiantes representando el 77% quienes se encuentran dentro del diagnóstico de no riesgo suicida y contrariamente a 4 estudiantes que representan al 4% dentro del diagnóstico de riesgo suicida. Como se puede observar en esta investigación, la proporción entre hombres y mujeres no presenta una diferencia significativa en cuanto a los resultados. Sin embargo, si nos centramos solo en el diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida podemos observar una diferencia ligeramente significativa donde existe un 35% de estudiantes del grupo femenino y en menor grado un 19% de estudiantes del grupo masculino.

Basándonos en este resultado podemos inferir que las mujeres presentarían mayor inclinación a la tendencia suicida y por lo tanto mayor posibilidad a futuro de riesgo suicida. Con relación a este resultado podemos mencionar los hallazgos obtenidos en la investigación realizada por Marlene Rollano Chamas y Cristina Colque; quienes hicieron un análisis acerca de los intentos de suicidios, de las gestiones 2004 a 2007 en pacientes atendidos en el Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija. Se determinó que las mujeres intentaron quitarse la vida en un 73%, contra un 27% de intentos en los hombres; la edad más frecuente para estos intentos se situó entre los 15 y 19 años seguido por pacientes de 20 a 24 años. Al respecto de este dato es importante mencionar que solo se analizó los intentos de suicidio y no así los suicidios consumados. En un artículo publicado por el periódico EL PAÍS, 2010 citando a la psiquiatra Carmen Tejedor, *“Es verdad que los hombres se suicidan tres*

*veces más que las mujeres, pero también se sabe que las mujeres intentan quitarse la vida tres veces más que los hombres porque viven con una presión tres veces superior”.*

Concluyendo, podemos decir que si bien diversas investigaciones puntualizan el hecho de que el hombre es más propenso al suicidio debido a que son más impulsivos que las mujeres y por aquellas expectativas sociales que forman parte de las normas de la masculinidad donde el hombre siempre tiene que ser fuerte, racional, dominante, autónomo, independiente, activo, competitivo, poderoso, invulnerable y positivo. Estos estándares masculinos hacen que el hombre lidie con los conflictos emocionales reprimiéndolos para mantener la fachada y como consecuencia se forma una depresión poco diagnosticada entre hombres y eso hace más alto el riesgo de suicidio. (BBC, 2016) En contraste, las mujeres suelen manifestar sus emociones de forma más espontánea contando de este modo con un mecanismo aliciente. Con relación a lo expuesto podemos finalizar haciendo énfasis en los resultados obtenidos sobre el diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida donde podemos decir que existe una diferencia ligeramente significativa entre hombre y mujeres, en su mayoría mujeres, quizá debido al hecho de que las mujeres suelen presentar tendencia suicida, pero no logran llevar a cabo un intento. En cambio, en los hombres al ser más impulsivos y tratar de mantener la fachada que el estándar masculino demanda, suelen no exteriorizar su sufrimiento llevándolo silenciosamente al acto suicida.

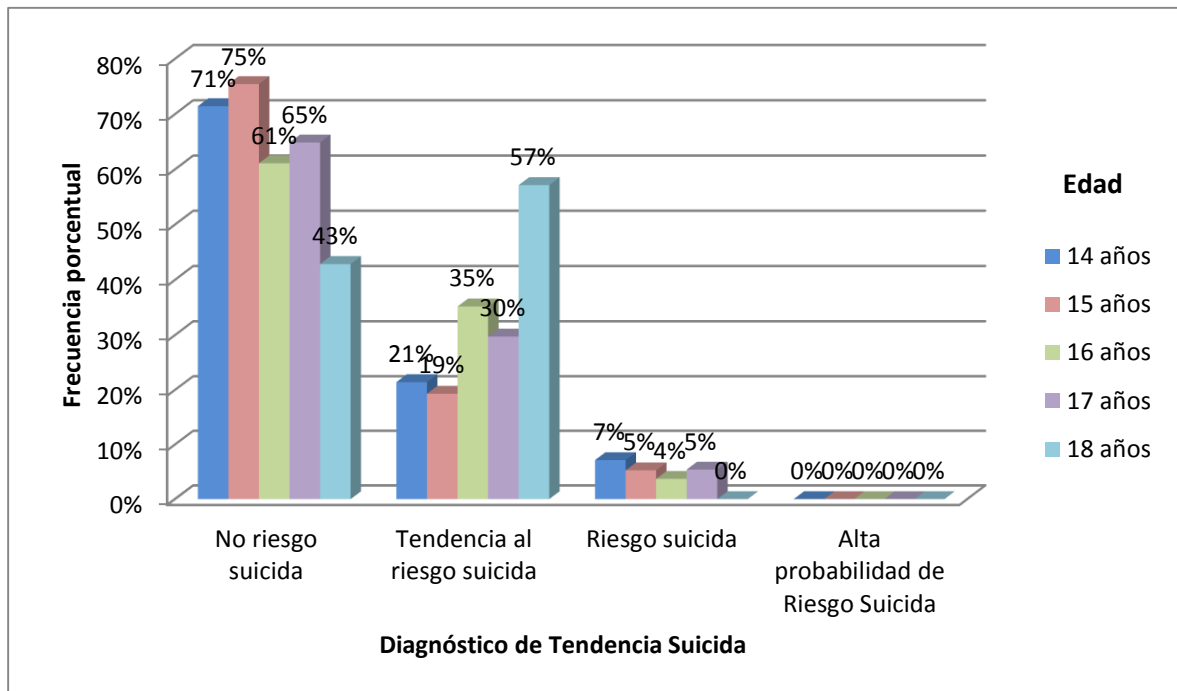
### Cuadro N° 4

*Tendencia suicida según la edad de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*

	Edad											
	14 Años		15 Años		16 Años		17 Años		18 Años		Total	
<b>Tendencia Suicida</b>	f	f %	F	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
No riesgo suicida	30	71%	43	75%	33	61%	24	65%	3	43%	133	68%
Tendencia al riesgo suicida	9	21%	11	19%	19	35%	11	30%	4	57%	54	27%
Riesgo suicida	3	7%	3	5%	2	4%	2	5%	0	0%	10	5%
Alta probabilidad de Riesgo Suicida	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>	<b>57</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>197</b>	<b>100%</b>

### Gráfico N° 3

*Tendencia suicida según la edad de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*



El análisis de resultados nos permite observar objetivamente a través del cuadro N° 4 y su correspondiente gráfica N° 3, el cruce de variables entre el diagnóstico de Tendencia Suicida según el grupo etario. Encontramos en primer lugar al grupo de 14 años de edad con 42 estudiantes donde 30 de ellos que corresponden al 71%, se encuentran dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida y por otro lado 3 estudiantes que representan el 7% se encuentran dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida

En segundo lugar, encontramos al grupo de edades de 15 años con 57 estudiantes donde 43 de ellos que responden al 75%, se encuentran dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida y por otro lado 3 estudiantes que representan el 5% se encuentran dentro del diagnóstico de Riesgo suicida.

En tercer lugar, encontramos al grupo de edades de 16 años con 54 estudiantes donde 33 de ellos que responden al 61%, se encuentran dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida; contrariamente, 2 estudiantes que representan el 4% se encuentran dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida.

En cuarto lugar, encontramos al grupo de edades de 17 años con 37 estudiantes donde 24 de ellos que responden al 65%, se encuentran dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida. Asimismo 2 estudiantes que representan el 5% se encuentran dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida.

En quinto lugar, encontramos al grupo de edades de 18 años con una cantidad minoritaria de 7 estudiantes donde 3 de ellos que responden al 43%, se encuentran dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida y por otro lado 4 estudiantes que representan el 57% se encuentran dentro del diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida.

Por lo tanto, al respecto de estos resultados podemos decir que de cada 7 adolescentes de 18 años 4 de ellos presentan Tendencias al Riesgo Suicida, los resultados reflejan dentro de este grupo etario un índice creciente dentro de este diagnóstico. Si bien los datos no apuntan a un riesgo suicida como tal y solo permanecen dentro de una

tendencia, quizá se deba a que a esta edad los adolescentes en cierto modo van saliendo de aquella ambigüedad producida por la transición entre la adultez y la niñez. Sin embargo, esto no significa que estén libres del riesgo suicida ya que esta condición depende de diferentes factores endógenos y exógenos al sujeto, cualquier persona a cualquier edad tiene probabilidades de presentar en algún momento de su vida tendencias al riesgo suicida; a este criterio se postulan diferentes investigaciones que demuestran que en los últimos tiempos el riesgo suicida, se encuentra en edades cada vez más cortas. Cabe mencionar que en una entrevista realizada por el periódico el País de la ciudad de Tarija el 2017 al Dr. Marco Moscoso Aparicio, médico psiquiatra en Tarija, expuso que *“lamentablemente el suicidio se ha convertido en poco tiempo en un problema de salud pública, toda vez que los casos de personas que se suicidan cada año siguen en aumento y las edades son cada vez más cortas”* Por otro lado, si bien los resultados expresan a la vez que los grupos etarios menores se encuentran ubicados, en su mayoría, dentro del diagnóstico de no riesgo suicida no podemos dejar de lado los resultados en relación al diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida que indican una evolución con los años dentro del grupo adolescentes. Podemos concluir de esta manera que entre los rangos de edades de 14 a 18 años existe una evolución progresiva del diagnóstico de tendencia de riesgo suicida en los adolescentes de edades superiores. Pero al mismo tiempo el diagnóstico de Riesgo Suicida como tal presenta una ligera reducción mientras más superior sea la edad del adolescente. Esto por lo ya anteriormente expuesto.

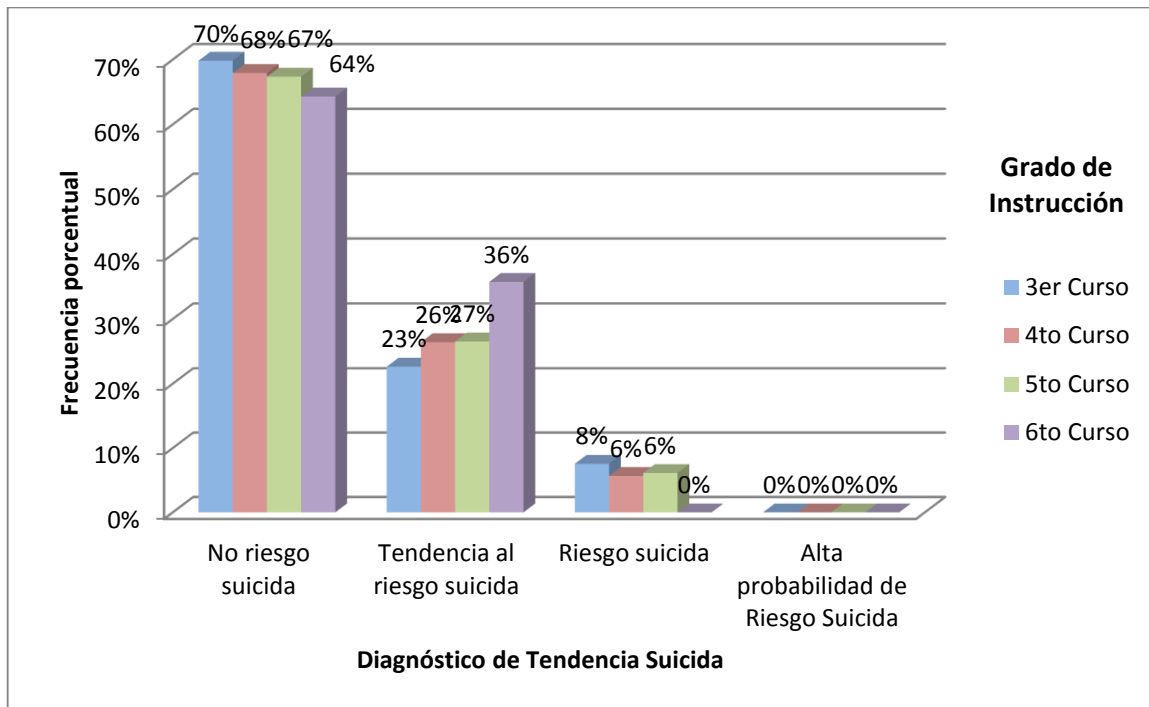
### Cuadro N° 5

*Tendencia suicida según el grado de instrucción de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*

	Grado de Instrucción									
	3ER Curso		4TO Curso		5TO Curso		6TO Curso		Total	
Tendencia Suicida	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
No riesgo suicida	37	70%	36	68%	33	67%	27	64%	133	68%
Tendencia al riesgo suicida	12	23%	14	26%	13	27%	15	36%	54	27%
Riesgo suicida	4	8%	3	6%	3	6%	0	0%	10	5%
Alta probabilidad de Riesgo Suicida	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>	<b>197</b>	<b>100%</b>

### Gráfico N° 4

*Tendencia suicida según el grado de instrucción de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*





Los resultados obtenidos nos permiten analizar el cruce de variables entre la Tendencia Suicida con relación al grado de instrucción de los estudiantes evaluados. En el cuadro N° 5 y su gráfica N° 4, se puede observar objetivamente dicha relación, encontrando en primer lugar al grupo con un grado de instrucción de 3er curso compuesto por 53 estudiantes, donde 37 de ellos que representan al 70% se localizan dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida; contrariamente, 8 estudiantes que representan el 8% se encuentran localizados dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida. Posteriormente, en segundo lugar, hallamos al grupo con un grado de instrucción de 4to curso compuesto por 53 estudiantes, donde 36 de ellos que representan al 68% se localizan dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida; contrariamente 3 estudiantes que representan el 6% se encuentran localizados dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida.

En tercer lugar, hallamos al grupo con un grado de instrucción de 4to curso compuesto por 53 estudiantes, donde 36 de ellos que representan al 68% se localizan dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida; contrariamente, 3 estudiantes que representan el 6% se encuentran localizados dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida.

En cuarto lugar, hallamos al grupo con un grado de instrucción de 5to curso compuesto por 49 estudiantes, donde 33 de ellos que representan al 67% se localizan dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida; contrariamente, 3 estudiantes que representan el 6% se encuentran localizados dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida.

Finalmente, en quinto lugar, hallamos al grupo con un grado de instrucción de 6to curso compuesto por 42 estudiantes, donde 27 de ellos que representan al 64% se localizan dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida; contrariamente, 15 estudiantes que representan el 36% se encuentran localizados dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida.

De acuerdo a estos resultados, podemos observar que dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida el número de sujetos va decreciendo progresivamente mientras mayor sea el grado de instrucción. Asimismo, podemos observar que el diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida crece mientras mayor sea el grado de instrucción. Cabe mencionar que este dato va muy relacionado al anterior análisis realizado según la edad de los estudiantes, por lo que podemos inferir que el grado de instrucción en este caso no determina significativamente la posibilidad de presentar tendencias suicidas y que la condición para que se dé el diagnóstico es por sobre todo la edad.

Llegamos a esta conclusión bajo el criterio contrario de que en general se considera que un mayor grado de instrucción puede contribuir a combatir la depresión y las Tendencias Suicidas en las personas debido a que cuentan con un mayor desarrollo cognoscitivo. Sin embargo, se debe mencionar, por otro lado, que mientras mayor sea la edad del adolescente, es probable que tenga mayores responsabilidades y por lo tanto mayor carga de ansiedad por el proceso de transición entre la niñez y adultez, incluso por el hecho de culminar sus estudios de bachillerato y la duda de lo que hará en el futuro. Y si el adolescente no cuenta con una orientación madura por parte de los padres o un profesional, estos aspectos pueden convertirse en una carga ansiógena que desencadene conductas depresivas e incluso suicidas como una forma de solución a sus problemas. Entonces, por lo expuesto diríamos que los estudiantes que se encuentran en grados superiores de instrucción presentan mayor Tendencia al Riesgo Suicida.

## OBJETIVO N° 2

Establecer el tipo de funcionamiento familiar predominante en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija.

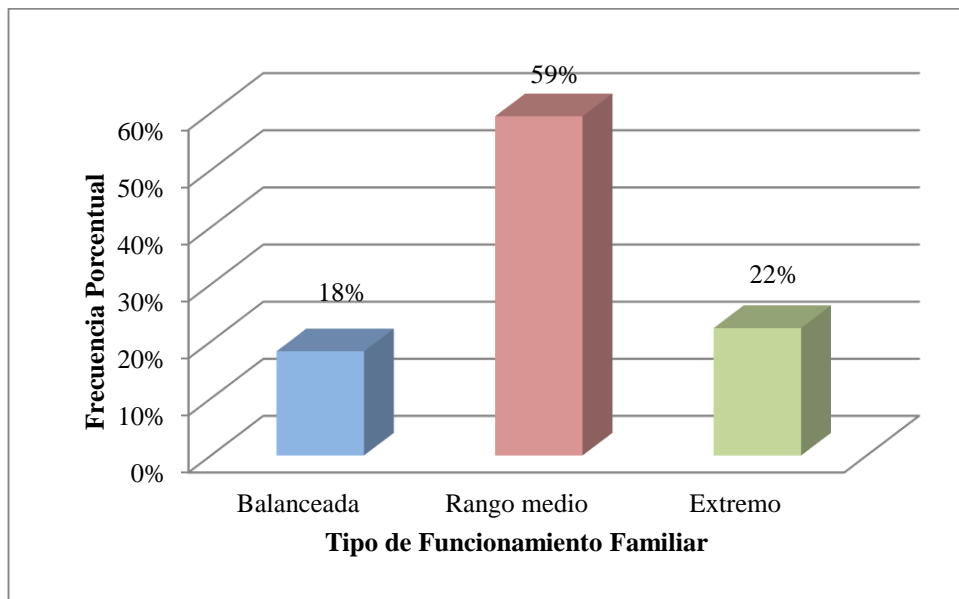
**Cuadro N° 6**

*Tipo de funcionamiento familiar de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*

<b>Tipo de Funcionamiento Familiar</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
Balanceada	36	18%
Rango medio	117	59%
Extremo	44	22%
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 5**

*Tipo de funcionamiento familiar de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*



De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la aplicación de la escala de funcionamiento familiar FACE III para establecer el tipo de funcionamiento familiar global en los estudiantes de nivel secundario del colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija, se observa en el cuadro N° 6 y su gráfico N° 5 el predominio de un 59% con 117 estudiantes evaluados que corresponden a un tipo de funcionamiento familiar de Rango Medio; seguido de este dato encontramos un 22% con 44 estudiantes evaluados que corresponden a un tipo de funcionamiento familiar extremo teniendo un funcionamiento familiar no funcional dentro de este último tipo de familia.

Al respecto del primer dato sobre las familias de Rango Medio podemos decir que *“El funcionamiento de estas familias presenta algunas dificultades pues son extremas en una sola dimensión, que pueden ser originadas por ciertos momentos de estrés, es decir no son las más adecuadas. Sus características son las siguientes: Liderazgo limitado, ausencia de claridad en sus funciones, cumplimiento estricto de reglas, ausencia de límites y otros”* (Olson 1982, citado por Ferreyra, 2003) por lo tanto, estas familias son aquellas consideradas moderadamente funcionales donde la dinámica entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar consiste en que una es extrema y la otra equilibrada. Dando como resultado a familias con un principio de liderazgo de los padres demasiado autoritarios, en algunos casos la disciplina es severa y predecible hacia los hijos y los padres son quienes toman la decisión designando responsabilidades y normas definidas; también las familias de este tipo están conformadas por miembros extremadamente individualistas, donde existe poca intimidad y lealtad familiar debido a la poca interacción de los miembros.

Por otro lado, las familias de tipo extremo son extremas, tanto en las dimensiones de cohesión como adaptabilidad, por lo que su funcionamiento es el menos adecuado que el resto de las tipologías. Son una forma exagerada de las familias de Rango Medio, ya que pertenecen a un continuo de características que varían en intensidad, cualidad y cantidad. Se caracterizan por un liderazgo ineficaz, disciplina muy poco severa o contrariamente pueden resultar demasiado rígidas provocando una

intimidación en los miembros y con ellos el desapego emocional y la falta de cercanía parento-filial, son familias demasiado ineficaces en el control parental sin definición de roles claros o excesivamente rígidos; también dentro de este tipo de familias se encuentran aquellas con alta dependencia emocional donde el interés se focaliza únicamente en la familia y no se permiten tomar decisiones de forma independiente. En cualquiera de estos casos resultan problemáticos y pueden tener como consecuencia que el interés de los adolescentes se focalice fuera de la familia o cayendo en malas amistades, vicios, depresión o una progresiva evolución hacia el riesgo suicida.

Las familias ubicadas en los extremos a pesar de ser consideradas como disfuncionales, tienen particularidades especiales; como la capacidad de buscar soluciones a raíz de su caos, con lo que pueden aprender a generar cambios que podrían ser positivos y llegarían a un mejor funcionamiento, por lo que a nivel general de todas las familias es necesario cierto grado de conflicto para generar un entorno más funcional; para que ésta situación ocurra la familia debe estar consciente y aceptar que tienen un problema, además cabe mencionar que la resolución de cualquier problema de orden familiar extremo no sería posible sin la predisposición de los miembros y la búsqueda de ayuda profesional.

Al comparar los hallazgos del presente estudio encontramos similitud con la investigación realizada por Ríos (2014) donde el predominio del tipo de funcionamiento familiar es de Rango Medio con 114 estudiantes evaluados (52.78%) En segundo lugar se encuentra el tipo de funcionamiento familiar Extrema con 59 estudiantes evaluados (27.32 %), seguida con un porcentaje casi similar por el tipo de funcionamiento familiar Balanceada con 43 estudiantes evaluados (19.91%). Tales resultados coinciden con la investigación realizada por Rivas (2008), cuyos resultados señalan que el tipo de familia que predomina está ubicado dentro del rango medio con 46.54%, 37.62% dentro del rango balanceado y 15.84% rango extremo.

En conclusión y respondiendo al segundo objetivo específico de esta investigación, se establece a través de los hallazgos, que el tipo de familia predominante en la

población evaluada es de Rango Medio, en este tipo de funcionamiento se ubican aquellas familias moderadamente funcionales. Asimismo, los resultados indican que existe un porcentaje significativo de familias de tipo extremo que son aquellas familias consideradas como no funcionales

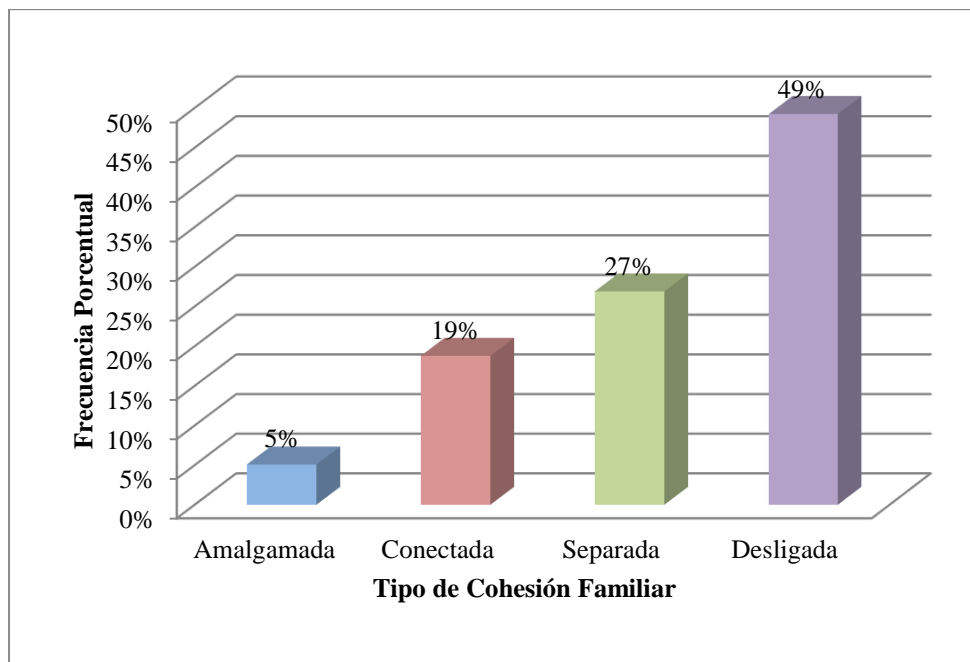
### Cuadro N° 7

*Tipo de cohesión familiar predominante en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*

<b>Tipo de Cohesión Familiar</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
Amalgamada	10	5%
Conectada	37	19%
Separada	53	27%
Desligada	97	49%
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100%</b>

### Gráfico N° 6

*Tipo de cohesión familiar predominante en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*



Al analizar los resultados obtenidos a través de la escala de funcionamiento familiar FACE III en relación a la dimensión de cohesión familiar, definida como *“El vínculo emocional o ligazón emocional que los miembros de la familia tienen entre sí”* (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 44). podemos evidenciar por medio del cuadro N°7 y su correspondiente gráfica N° 6 que en los estudiantes de nivel secundario del colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija, predomina la cohesión familiar de tipo Desligado con un indicador de 49% con 97 estudiantes puntuados dentro de esta categoría, cuyas características principales están marcadas por *“la ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia”* (Olson 1982, citado por Ríos 2014, p 45). Son familias con una extrema separación emocional debido a la poca interacción entre sus miembros, donde predomina la separación personal y se toman decisiones de forma independiente. Podemos inferir que esta situación se debe a que el interés de los miembros familiares se focaliza fuera de la familia quizá debido a un liderazgo ineficaz dentro de la familia o contrariamente a un excesivo autoritarismo; esto empuja a los miembros de la familia a revelarse y limitar la cercanía

Asimismo, se puede evidenciar un índice del 5% con 10 estudiantes que corresponden a un tipo cohesión familiar Amalgamado donde la característica principal *“prima el “nosotros” apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez existe una fuerte exigencia de fidelidad y la lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común”* (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 48). Las familias amalgamadas o aglutinadas son aquellas que extreman la cercanía emocional y tienen una fuerte dependencia y necesidad de lealtad hacia la familia. Probablemente este tipo de familias forme miembros inestables e inseguros para desenvolverse fuera del círculo familiar, acarreando serios problemas de autoestima o fracaso. Les resulta difícil salir de su zona de confort.

Cabe destacar la similitud de los resultados encontrados por Ríos (2014) donde se obtuvo un porcentaje de 42.12 % en el tipo de cohesión Desligada seguida por el tipo de cohesión Separada con un porcentaje de 29.63%. Los tipos de cohesión Conectada

con un 20.84% y Amalgamada alcanzando el 7.41% siendo el tipo de cohesión Desligada la que predomina.

En conclusión, se establece a través de los hallazgos que el tipo de cohesión familiar predominante en la población evaluada es del tipo Desligada, marcada por la ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia.

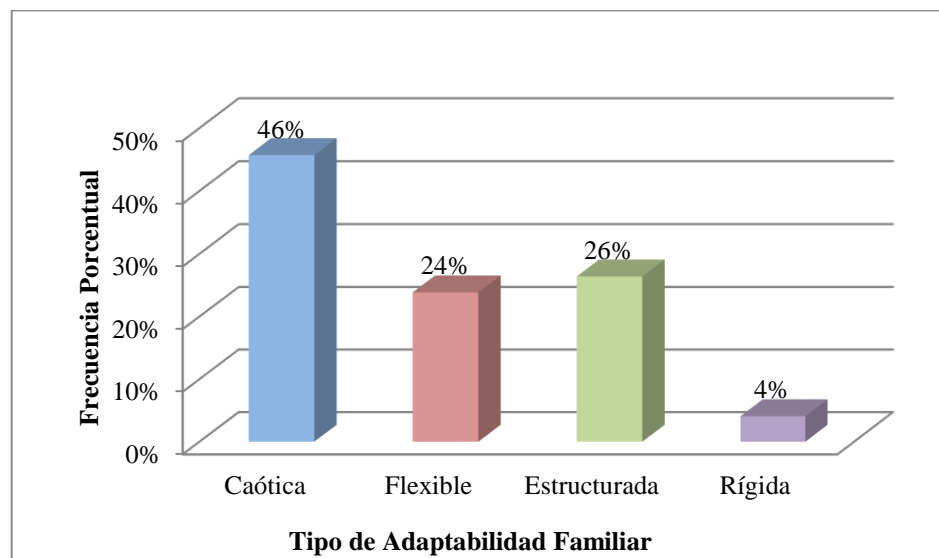
### Cuadro N° 8

*Tipo de adaptabilidad familiar predominante de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*

<b>Tipo de Adaptabilidad Familiar</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
Caótica	90	46%
Flexible	47	24%
Estructurada	52	26%
Rígida	8	4%
	<b>197</b>	<b>100%</b>

### Gráfico N° 7

*Tipo de adaptabilidad familiar predominante de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*





El análisis obtenido a partir de los resultados de la escala de funcionamiento familiar FACE III con relación a la dimensión de adaptabilidad familiar, definida como "*la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo*" (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 49), podemos evidenciar por medio del cuadro N° 8 y la gráfica N° 7 que en los estudiantes de nivel secundario del colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija, predomina la adaptabilidad familiar de tipo Caótico con una ponderación de 46% con 90 estudiantes puntuados dentro de esta categoría, presentándose en este grupo características de liderazgo limitado e ineficaz, disciplina poco severa, decisiones parentales impulsivas, falta de claridad en las funciones e inversiones en los mismos, y frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente. (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014).

Podemos inferir que estas características en la familia de tipo caótica se dan debido a la falta de responsabilidad de los padres de familia y la falta de límites familiares como la definición de roles claros y congruentes; al mismo tiempo supone una condición familiar donde no existen normas y probablemente las reglas cambian constantemente.

Por otro lado, encontramos una ponderación del 4% con 8 estudiantes que corresponden a una adaptabilidad familiar de tipo Rígida, este tipo de familia "*se caracteriza por el liderazgo autoritario, donde existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida y de aplicación severa, es autocrática, donde los padres imponen las decisiones, las funciones (roles) están estrictamente definidas, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambiarlas.*" (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p 49-50). Los miembros de una familia dentro de esta tipología sufren de un exceso de responsabilidades y al verse en un ambiente de normas inflexibles sin la posibilidad de cambiar las reglas entran en crisis que

desencadenan problemas a largo plazo como la separación de la familia, conflictos de identidad, autoestima, entre otros.

Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Tueros (2004) quien concluye que, en el nivel de adaptabilidad familiar del grupo de niños con rendimiento académico adecuado, predomina la adaptabilidad caótica. Se encuentra también una coincidencia en la investigación de Ríos (2014), donde encuentra que el tipo de adaptabilidad caótica tiene 113 estudiantes haciendo un 52.31%

Asimismo, podemos observar estos resultados en el estudio de Camacho, León & Silva (2009), en esta investigación, refieren que respecto a la dimensión de adaptabilidad el 55.61 % presentó adaptabilidad alta llamada familia caótica, caracterizada por liderazgo limitado o ineficaz y con frecuencia a cambios en las reglas.

Concluyendo, se establece de acuerdo a los resultados obtenidos que la adaptación familiar de tipo Caótico predomina en los adolescentes evaluados. Lo que evidencia alteraciones en la dinámica familiar y la posibilidad de que en las familias de los adolescentes, los roles en el hogar no son claros, no se cumplan de forma efectiva, que los padres no tengan autoridad ni liderazgo en su dinámica familiar, causando frecuentes cambios en las reglas, y que las decisiones parentales sean impulsivas; situación que se puede presentar debido a la ausencia de uno o ambos padres en el hogar por motivos laborales o fallecimiento.

### OBJETIVO N° 3

Analizar la correlación entre el tipo de funcionamiento familiar y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija.

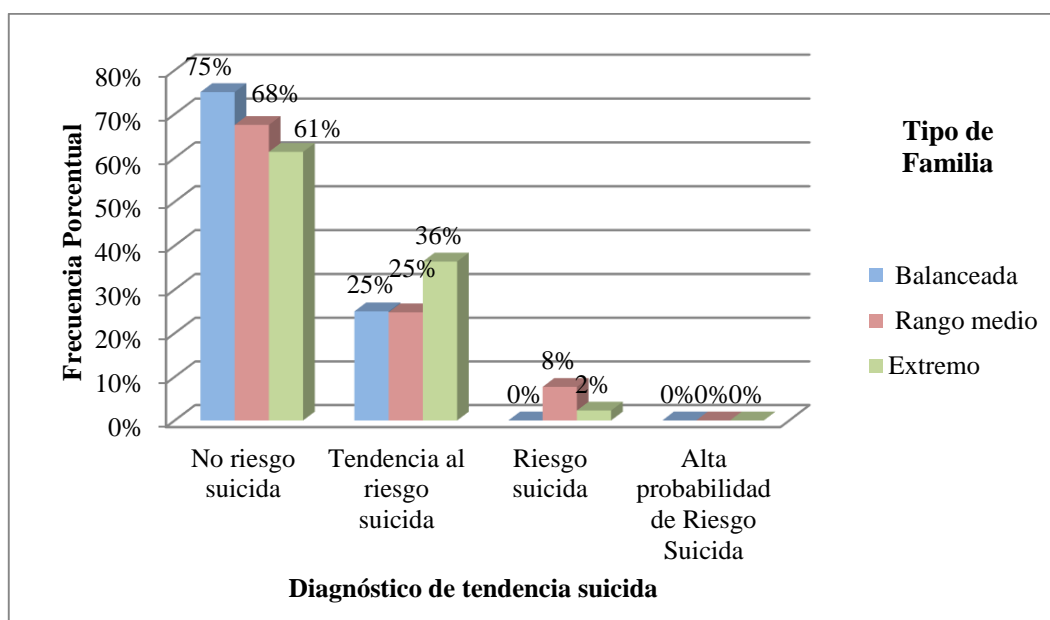
Cuadro N° 9

*Tipo de funcionamiento familiar según la tendencia suicida en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano*

	Tipo de Funcionamiento Familiar							
	Balanceada		Rango medio		Extremo		Total	
Tendencia suicida	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
No riesgo suicida	27	75%	79	68%	27	61%	133	68%
Tendencia al riesgo suicida	9	25%	29	25%	16	36%	54	27%
Riesgo suicida	0	0%	9	8%	1	2%	10	5%
Alta probabilidad de Riesgo Suicida	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>117</b>	<b>100%</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>	<b>197</b>	<b>100%</b>

Gráfico N° 8

*Tipo de funcionamiento familiar según la tendencia suicida en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*



Los resultados correspondientes al cuadro N° 9 y su gráfica N° 8 representan un cruce de variables entre la Tendencia suicida y los tipos de funcionamiento familiar.

Al analizar los datos encontramos en primera instancia al tipo de Familia Balanceada con 36 estudiantes, dentro de ellos encontramos un predominio del diagnóstico de No Riesgo Suicida con 27 estudiantes que representan el 75% y por otro lado se encuentra el diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida con 9 estudiantes representando al 25%. *“Las familias de esta categoría son centrales en ambas dimensiones. Los individuos se distinguen por su habilidad para experimentar y balancear los extremos de independencia y dependencia familiar. Tienen la libertad de estar solos o conectados al miembro de la familia que elijan. El funcionamiento es dinámico, por lo que pueden cambiar. La familia es libre de moverse en la dirección que la situación, el ciclo de vida familiar o la socialización de un miembro de la familia lo requiera. Ese tipo de familia es considerada la más adecuada.”* (Olson 1982, citado por Ríos 2014, p 53). Estas familias corresponden a un tipo de funcionamiento familiar óptimo y en correlación podemos observar, de acuerdo a los resultados, que tres cuartas partes de los estudiantes se encuentran en situación de No Riesgo Suicida dentro de las familias balanceadas por lo que podríamos inferir que a mejor funcionamiento familiar menor riesgo de suicidio, considerando que mientras más saludable sea el ambiente familiar más saludable será el desarrollo emocional y cognitivo de los miembros de la familia. Sin embargo, existe una cuarta parte de estudiantes que se ubican dentro del diagnóstico de Tendencia al Riesgo suicida que, posiblemente se deba a diversos factores condicionantes como los factores sociales, psicológicos, genéticos o biológicos que escapan del control familiar y estos deben ser atendidos por un profesional.

En segundo lugar, hallamos al tipo de Familia de Rango Medio con 117 estudiantes, encontrando dentro de este tipo un predominio del diagnóstico de No Riesgo Suicida con 79 estudiantes que representan el 68% de la composición y por otro encontramos el diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida con 29 estudiantes que representan el 25%, situando a este tipo de familia como la composición más numerosa de

estudiantes dentro de la población *“El funcionamiento de estas familias presenta algunas dificultades pues son extremas en una sola dimensión, que pueden ser originadas por ciertos momentos de estrés, es decir no son las más adecuadas. Sus características son las siguientes: Liderazgo limitado, ausencia de claridad en sus funciones, cumplimiento estricto de reglas, ausencia de límites y otros”* (Olson 1982, citado por Ríos, 2014, p. 144). Al respecto de estos resultados, si bien existe una gran cantidad de estudiantes dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida, existe un preocupante número de sujetos dentro del diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida además de una pequeña pero significativa cantidad dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida, siendo este último grupo el que tiene mayores probabilidades de tomar una decisión de suicidarse. Asumiendo que el mayor número de estudiantes con tendencias suicidas se encuentran dentro de las familias de Rango Medio podemos inferir que este resultado se debe a las dificultades y ambigüedades que provoca un modelo familiar de rango medio, no olvidando que se trata de familias que pueden ser extremas en la dimensión de cohesión y equilibradas en la dimensión de adaptabilidad o viceversa. También, como ya se mencionó, existen diferentes posibilidades para el riesgo suicida que están fuera del funcionamiento familiar como factores de riesgo.

En tercer lugar, se puede observar al tipo de Familia Extrema, conformado por 44 estudiantes; dentro de ellos encontramos un predominio del diagnóstico de No Riesgo Suicida con 27 estudiantes que representan el 61%. Por otro, lado se encuentra el diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida con 16 estudiantes que representan el 36% de la composición. *“Las familias de esta categoría, son extremas, tanto en las dimensiones de cohesión como adaptabilidad (ambas dimensiones), por lo que su funcionamiento es el menos adecuado.”* (Olson 1982, citado por Ríos 2014, p.54) si bien en su mayoría la composición de estudiantes de este grupo familiar se encuentra dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida, existe en menor grado una parte de estudiantes que se encuentra dentro del diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida. Como ya mencionamos con anterioridad, las familias ubicadas en los extremos a pesar de ser consideradas como disfuncionales, tienen particularidades como la

capacidad de buscar soluciones a raíz de su caos, con lo que pueden aprender, generar cambios que podrían ser positivos y llegarían a un mejor funcionamiento. Probablemente los resultados de No Riesgo Suicida, se deban a esta característica particular de las familias extrema; pero aun así encontramos un porcentaje menor de estudiantes con tendencia al riesgo suicida. Aquí podemos inferir en que generalmente las familias extremas resultan problemáticas y pueden tener como consecuencia desenlaces perjudiciales para los miembros.

Al comparar los hallazgos del presente estudio encontramos similitud con la investigación realizada por Rivas (2008), cuyos resultados señalan que el tipo de familia que predomina está ubicado dentro del rango medio con 46.54%, 37.62% dentro del rango balanceado y 15.84% rango extremo. Asimismo, coinciden con Camacho, León & Silva (2009); que en los resultados de su investigación muestran que el funcionamiento familiar que predomina es de rango medio, dato importante que indica un funcionamiento familiar no saludable y con tendencia a la disfuncionalidad familiar.

En conclusión, el análisis nos permite evidenciar que el tipo de familia de rango medio es el que predomina dentro de los resultados. Cabe resaltar a la vez que dentro de este tipo de familia se encuentra la mayor cantidad de estudiantes con diagnóstico de No Riesgo Suicida seguido del diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida y en menor grado a estudiantes que corresponden al diagnóstico de Riesgo suicida como tal. Por otro lado, encontramos dentro de las familias extremas una mayor cantidad de estudiantes dentro del diagnóstico de tendencia al Riesgo Suicida considerando a este tipo de familias como no funcionales. En tal sentido se podría esperar que la mayor parte de los casos de tendencia suicida se encuentren ubicados dentro de las familias extremas y no así en las familias de Rango Medio. Se puede concluir de esta manera que existe una relación poco significativa entre la Tendencia Suicida y el tipo de Funcionamiento Familiar considerando otros factores condicionantes como la sociedad, de orden psicológico o biológico.

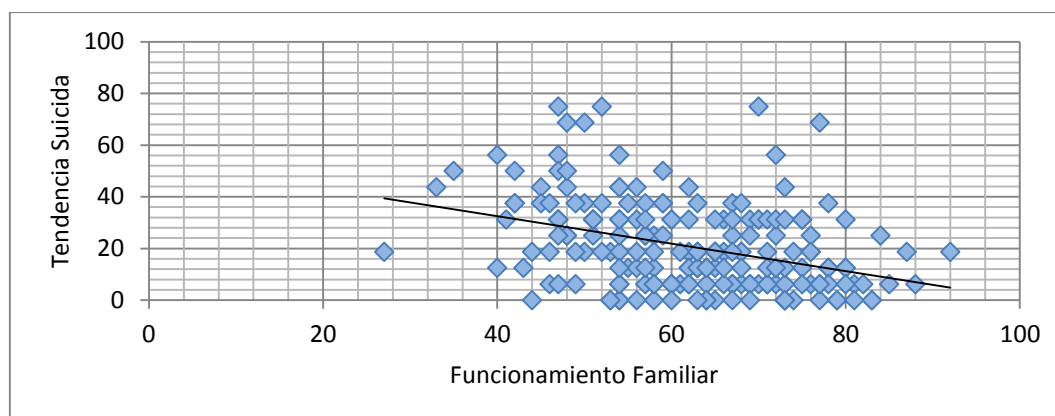
### Cuadro N° 10

*Análisis correlacional según Tendencia Suicida y Funcionamiento Familiar*

Medida de relación	Correlación Hallada	N
Coefficiente de correlación <b>r de Pearson</b>	$r = -0.37$	197

### Gráfica N° 9

*Diagrama de dispersión*



#### **Interpretación.**

La relación hallada entre las variables Tendencia Suicida y Funcionamiento Familiar es de:  $r = -0.37$ , lo que indica que existe una *correlación negativa baja*, esto significa que mientras más deficiente sea el funcionamiento familiar, mayor será el riesgo suicida. Este resultado puede ser interpretado como una relación poco significativa.

Este análisis puede verse corroborado con los resultados del cuadro de frecuencias N° 9; donde existe una persistencia del tipo de funcionamiento familiar de Rango Medio, encontrando dentro de este tipo familiar a la mayor parte de estudiantes diagnosticados con Riesgo Suicida. En sentido figurativo; si habláramos de una relación altamente significativa entre las dos variables, podríamos esperar que la mayoría de los estudiantes con diagnóstico de Riesgo Suicida se encontraran dentro de familias de tipo extremo o disfuncional, pero este no es el caso; los resultados develan una correlación poco significativa entre las variables Tendencia Suicida y Funcionamiento Familiar

## OBJETIVO 4

Establecer el tipo de cohesión familiar predominante y su correlación con la tendencia suicida

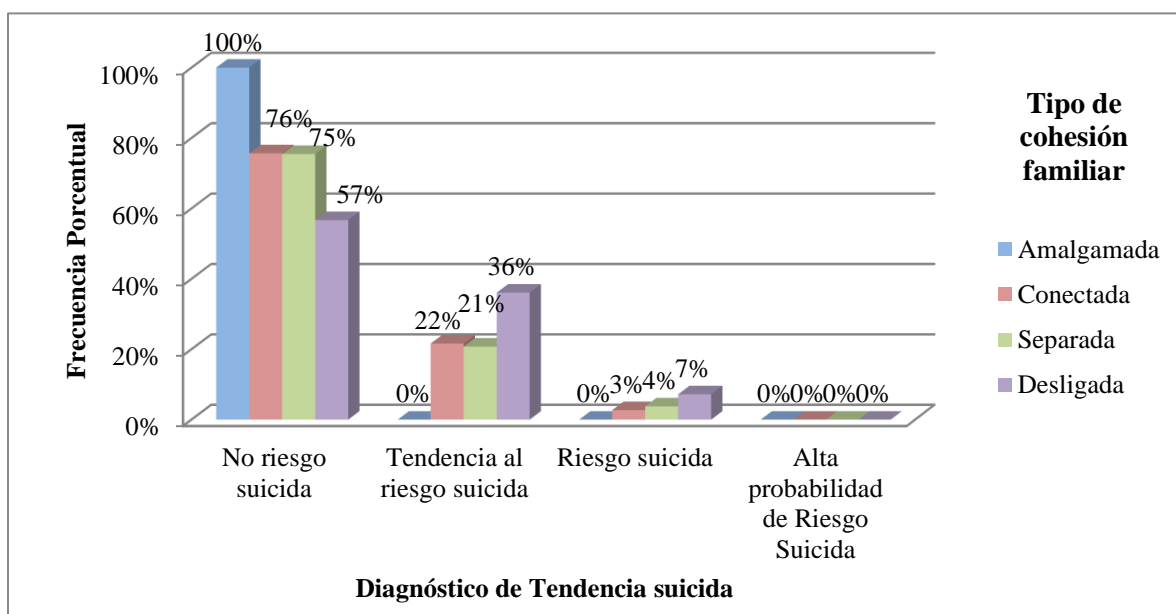
**Cuadro N° 11**

*Tipo de cohesión familiar según la tendencia suicida en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*

	Tipo de Cohesión Familiar									
	Amalgamada		Conectada		Separada		Desligada		Total	
Tendencia suicida	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
No riesgo suicida	10	100%	28	76%	40	75%	55	57%	133	68%
Tendencia al riesgo suicida	0	0%	8	22%	11	21%	35	36%	54	27%
Riesgo suicida	0	0%	1	3%	2	4%	7	7%	10	5%
Alta probabilidad de Riesgo Suicida	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>197</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 10**

*Tipo de cohesión familiar según la tendencia suicida en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*





El análisis obtenido a partir de los resultados correspondientes al cuadro N° 11 y su gráfica N° 10 representan un cruce de variables entre el diagnóstico de Tendencia Suicida en relación a la dimensión de Cohesión Familiar entendida como *"el vínculo emocional o ligazón emocional que los miembros de la familia tienen entre sí"* (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 44).

En primer lugar, encontramos que el tipo de Cohesión Familiar Desligada que presenta un predominio con 97 estudiantes dentro de esta tipología, 55 de ellos que corresponden al 57% se encuentran dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida siendo un dato mayoritario dentro de este tipo de familia. Por otro lado, encontramos a 35 estudiantes que representan el 36% que corresponden al diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida seguido en último lugar por el diagnóstico de Riesgo Suicida con 7 estudiantes que representan al 7%. Este tipo de familias se caracteriza principalmente por la *"ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia familiar"* (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 45). Evidentemente la mayor parte de los estudiantes se encuentran ubicados en este extremo. Se puede corroborar que existe una mayoría que no presenta riesgo suicida pero también existe un número alarmante de estudiantes con tendencias al riesgo suicida y en una cantidad menor a estudiantes con Riesgo Suicida como tal, lo que aumenta las probabilidades de un acto suicida a consecuencia de familias que presentan serios problemas desapego emocional y lealtad hacia la familia. La cercanía y la expresión afectiva dentro de los miembros es un factor imprescindible para el adolescente, puesto que son elementos que brindan protección y seguridad emocional a los adolescentes y sin ello se ven expuestos.

En segundo lugar, encontramos al tipo de Cohesión Familiar Separada representada por 53 estudiantes dentro de esta tipología, 40 de ellos que corresponden al 75% se encuentran dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida, siendo un dato mayoritario

dentro de este tipo de familias. Por otro lado, encontramos a 11 estudiantes que representan el 21% que corresponden al diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida. En este tipo de familias *“se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con cierta tendencia hacia la independencia”*. (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 46).

En tercer lugar, encontramos al tipo de Cohesión Conectada representada por 37 estudiantes dentro de esta categoría, 28 de ellos que corresponden al 76% se encuentran dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida siendo un dato mayoritario dentro de esta categoría. Por otro lado, encontramos a 8 estudiantes que representan el 22% que corresponden al diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida seguido en último lugar por el diagnóstico de Riesgo suicida con 1 estudiante que representan al 3%. *“Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con tendencia hacia la dependencia.”* (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 47).

En cuarto lugar, encontramos al tipo de Cohesión Amalgamada representada por un número minoritario de 10 estudiantes dentro de esta categoría, donde los 10 sujetos corresponden al 100% encontrándose dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida. Dentro de estas familias prima el nosotros, *“apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez existe una fuerte exigencia de fidelidad y la lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.”* (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 47-48).

Es importante mencionar también los resultados encontrados por Camacho, León & Silva (2009); respecto a la dimensión de cohesión encontró, que el 50.22% presentó cohesión baja, con pertenencia a un tipo de familia desligada.

A manera de conclusión, el análisis nos permite evidenciar niveles muy bajos de cohesión familiar que corresponden a tipos de familias desligadas; este dato se asocia ligeramente a la tendencia de riesgo suicida seguido del diagnóstico de Riesgo

Suicida como tal inferimos que a partir de este diagnóstico que los adolescentes que viven con familias que presentan una extrema separación emocional entre sus miembros son más propensos al riesgo suicida. Por otro lado, encontramos un número muy reducido de estudiantes correspondientes al tipo de familias Amalgamadas asociadas al diagnóstico de No Riesgo Suicida, este dato quizá se deba a que en las familias de este tipo se aprecia la máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez existe una fuerte exigencia de fidelidad y la lealtad hacia la familia.

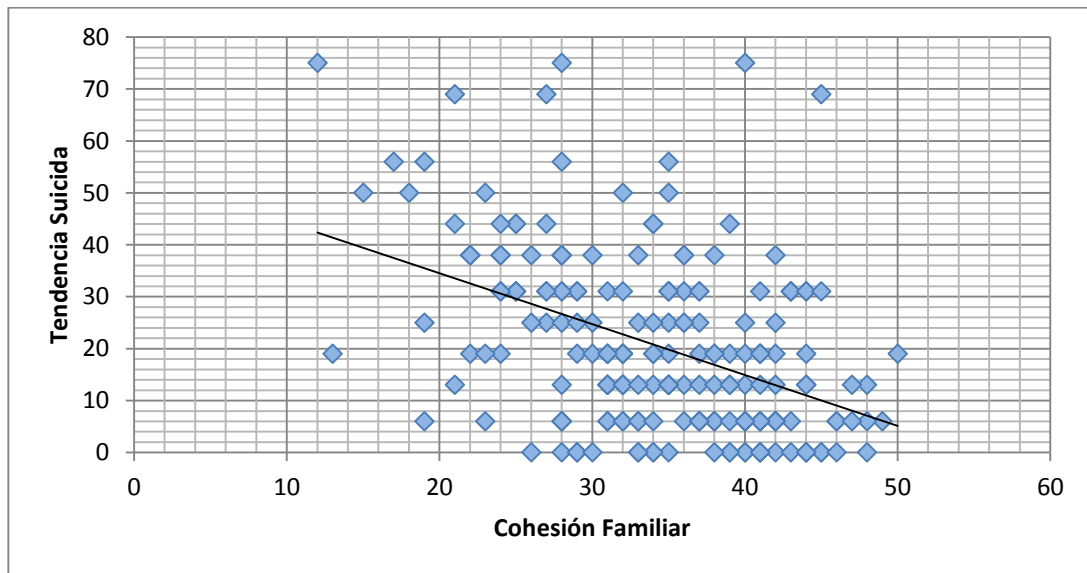
**Cuadro N° 12**

*Análisis correlacional según Tendencia Suicida y Cohesión Familiar*

Medida de relación	Correlación Hallada	N
Coeficiente de correlación <b>r de Pearson</b>	$r = -0.44$	197

**Gráfica N° 11**

*Diagrama de dispersión*



**Interpretación.**

La relación hallada entre las variables Tendencia Suicida y Cohesión Familiar es de:  $r = -0.44$ , lo que indica que existe una *correlación negativa moderada*, esto significa

que mientras más deficiente sea el nivel de cohesión familiar; mayor será el riesgo suicida. Este resultado puede ser interpretado como una relación medianamente significativa.

Este análisis puede verse corroborado con los resultados del cuadro N° 11; donde existe una persistencia de niveles bajos de cohesión familiar que corresponden a familias de tipo desligado, hallando dentro de ésta tipología a la mayor parte de estudiantes diagnosticados con Tendencia al Riesgo Suicida, develando de este modo, una correlación moderadamente significativa entre las variables Tendencia Suicida y Cohesión Familiar. De esta forma comprendemos que al existir una mejor cohesión familiar; menor llegara a ser el riesgo de conductas suicidas.

#### **OBJETIVO N° 5**

**Determinar el tipo de adaptabilidad familiar predominante y su correlación con la tendencia suicida**

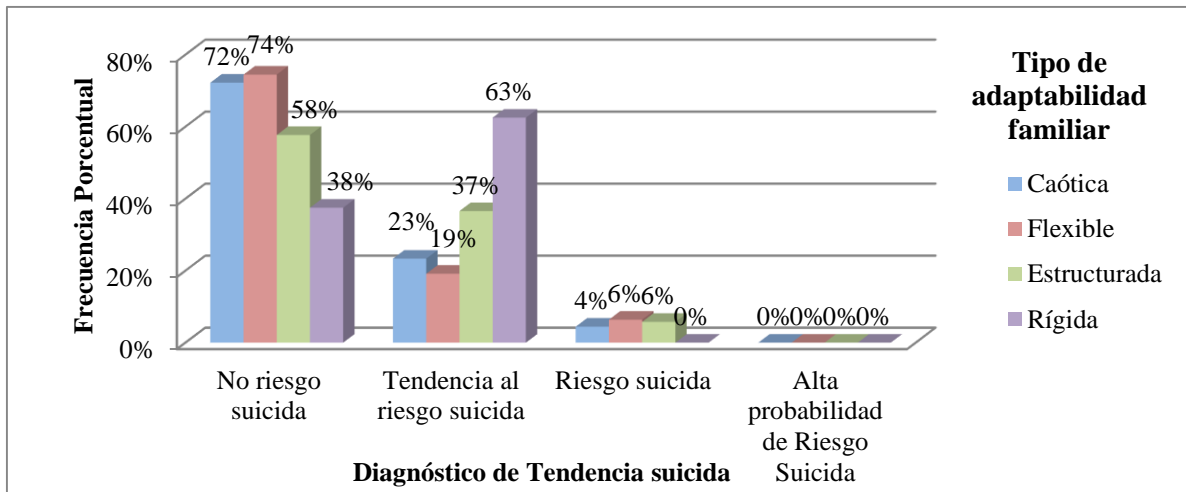
#### **Cuadro N° 13**

*Tipo de adaptabilidad familiar según la tendencia suicida en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*

	<b>Tipo de Adaptabilidad Familiar</b>									
	<b>Caótica</b>		<b>Flexible</b>		<b>Estructurada</b>		<b>Rígida</b>		<b>Total</b>	
<b>Tendencia suicida</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
No riesgo suicida	65	72%	35	74%	30	58%	3	38%	133	68%
Tendencia al riesgo suicida	21	23%	9	19%	19	37%	5	63%	54	27%
Riesgo suicida	4	4%	3	6%	3	6%	0	0%	10	5%
Alta probabilidad de Riesgo Suicida	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>197</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 12**

*Tipo de adaptabilidad familiar según la tendencia suicida en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*



Los resultados obtenidos correspondientes al cuadro N° 13 y su gráfica N° 12 representan un cruce de variables entre el diagnóstico de Tendencia Suicida en relación a la dimensión de Adaptación Familiar entendida como "la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo" (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 49).

En primer lugar, encontramos que el tipo de adaptabilidad Caótica es la que presenta un predominio con 90 estudiantes dentro de esta tipología, 65 de ellos que corresponden al 72% se encuentran dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida siendo un dato mayoritario dentro de este tipo de familia. Por otro lado, encontramos a 21 estudiantes que representan el 23% que corresponden al diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida seguido en último lugar por el diagnóstico de Riesgo Suicida con 4 estudiantes que representan al 4% entendiendo que estos últimos tienen mayor probabilidad de planificar o cometer un acto suicida asociando de esta forma a una adaptabilidad familiar caótica. "Este tipo de familias se caracteriza principalmente por un liderazgo limitado e ineficaz, la disciplina es muy poco severa

*habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones (roles) existen alternativas e inversiones en los mismos, hay frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente.*” (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 50-51).

En segundo lugar, encontramos al tipo de Adaptabilidad Familiar Flexible representada por 47 estudiantes dentro de esta categoría, 35 de ellos que corresponden al 74% se encuentran dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida siendo un dato mayoritario dentro de esta categoría. Por otro lado, encontramos a 9 estudiantes que representan el 19% que corresponden al diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida seguido, en último lugar, por el diagnóstico de Riesgo Suicida con 3 estudiantes que representan al 6%. Este tipo de adaptabilidad familiar *“Se caracteriza por un liderazgo igualitario que permite cambios, La disciplina es algo severa, negociándose las consecuencias, usualmente es democrática y tienen acuerdo en las decisiones, se comparten las funciones (roles), las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas pueden cambiar.”* (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 50).

En tercer lugar, encontramos al tipo de Adaptabilidad Familiar Estructurada representada por 52 estudiantes dentro de esta categoría, 30 de ellos que corresponden al 58% se encuentran dentro del diagnóstico de No Riesgo Suicida siendo un dato mayoritario dentro de esta categoría. Por otro lado, encontramos a 19 estudiantes que representan el 37% que corresponden al diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida seguido en, último lugar, por el diagnóstico de Riesgo Suicida con 3 estudiantes que representan al 6%. Este tipo de adaptabilidad familiar *“Se caracteriza en principio por el liderazgo autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles las consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones (roles) son estables, pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las veces que se cambian.”* (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 50).

En cuarto lugar, encontramos al tipo de Adaptabilidad Familiar Rígido representado por un número minoritario de 8 estudiantes dentro de esta categoría, 5 de ellos que corresponden al 63% se encuentran dentro del diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida siendo un dato mayoritario dentro de esta categoría. Por otro lado, encontramos a 3 estudiantes que representan el 8% que corresponden al diagnóstico de No Riesgo Suicida. Este tipo de adaptabilidad familiar *“Se caracteriza por el liderazgo autoritario, donde existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida y de aplicación severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, las funciones (roles) están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambiar.”* (Olson, 1985, citado por Ríos, 2014, p. 49).

El análisis de los resultados nos permite concluir que se encuentran niveles demasiado altos de adaptabilidad familiar, predominando el tipo de adaptabilidad Caótica, que se caracteriza por un liderazgo ineficaz, falta de disciplina, decisiones impulsivas, reglas inconsistentes y falta de claridad en los roles; a este dato se asocia el diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida con una mayor cantidad de estudiantes en relación a los otros tipos de familia. En muchos casos la falta de claridad de los roles, la falta de disciplina, la dejadez de los padres por mantener un orden y una autoridad equilibrada desembocan en problemas serios con los hijos ya que ellos crecen sin contar con una dirección apropiada desencadenando problemas y malas decisiones a futuro, tomando en cuenta que las ideas de muerte podrían encontrarse latentes en ellos.

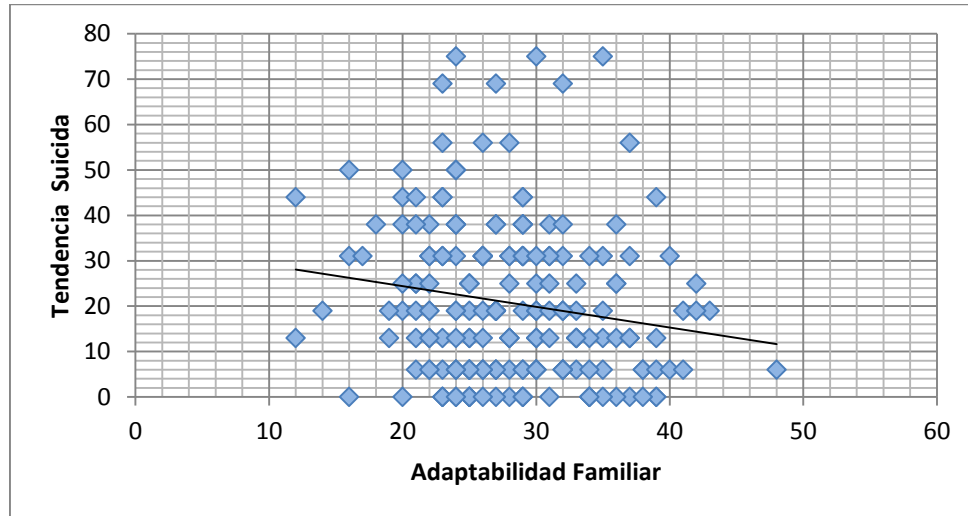
#### **Cuadro N° 14**

*Análisis correlacional según, Tendencia Suicida y Adaptabilidad Familiar.*

<b>Medida de relación</b>	<b>Hallada</b>	<b>N</b>
<b>Coeficiente de correlación r de Pearson</b>	r = -0.16	197

### Gráfica N° 13

#### Diagrama de dispersión



#### Interpretación.

La relación hallada entre las variables Tendencia Suicida y Adaptabilidad Familiar es de:  $r = -0.16$ , lo que indica que existe una *correlación negativa muy baja*, esto significa que mientras más deficiente sea el nivel de adaptabilidad familiar; mayor será el riesgo suicida. Debido al nivel bajo de correlación, este resultado puede ser interpretado como una relación poco significativa o casi nula.

Este análisis puede verse corroborado con los resultados del cuadro N° 13, donde hallamos la persistencia de niveles demasiados altos de adaptabilidad familiar que corresponden a familias de tipo Caótico; pero, los resultados develan de esta forma, una correlación poco significativa o casi nula entre las variables Tendencia Suicida y Adaptabilidad Familiar, debido a la frecuencia porcentual del diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida situado en familias de tipo Rígida con un 63%



**OBJETIVO N° 6**

Establecer el tipo de comunicación familiar y su correlación con la tendencia al riesgo suicida.

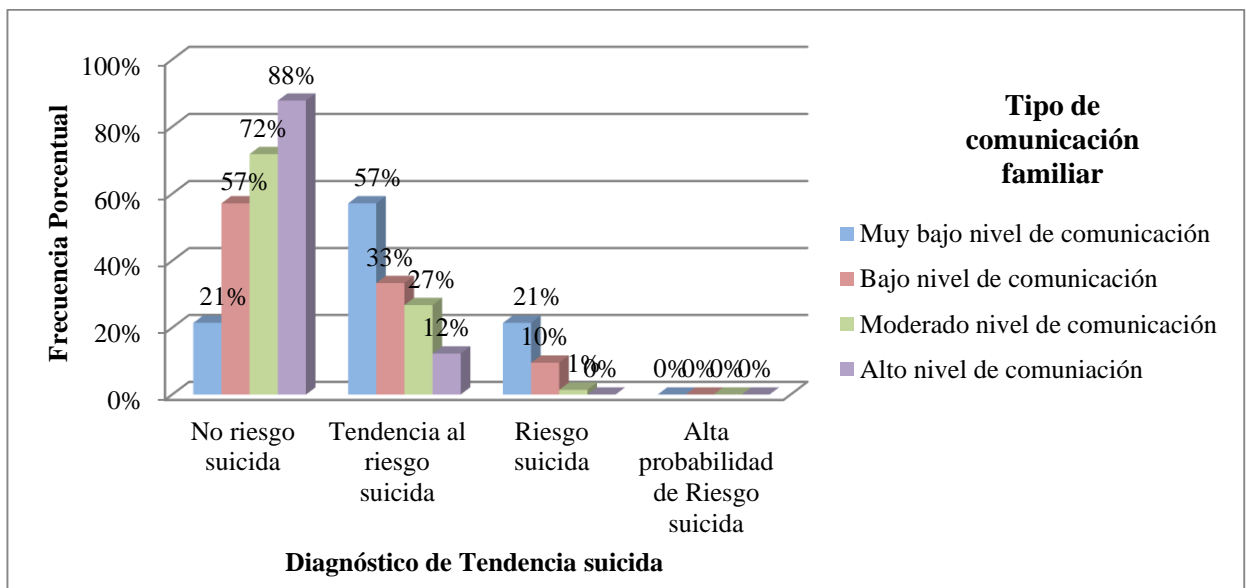
**Cuadro N° 15**

*Tipo de comunicación familiar según la tendencia suicida de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*

	Tipo de comunicación Familiar									
	Muy bajo nivel de Comunicación		Bajo nivel de Comunicación		Moderado nivel de Comunicación		Alto nivel de Comunicación		Total	
<b>Tendencia suicida</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>	<b>f</b>	<b>f %</b>
No riesgo suicida	3	21%	36	57%	51	72%	43	88%	133	68%
Tendencia al riesgo suicida	8	57%	21	33%	19	27%	6	12%	54	27%
Riesgo suicida	3	21%	6	10%	1	1%	0	0%	10	5%
Alta probabilidad de Riesgo suicida	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>	<b>197</b>	<b>100%</b>

**Gráfica N° 14**

*Tipo de comunicación familiar según la tendencia suicida de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.*



Los resultados correspondientes al cuadro N° 15 y su gráfica N° 14 representan un cruce de variables entre la Tendencia suicida y el nivel de comunicación familiar, entendiendo a esta última como el acto de transmitir información, ideas, pensamientos y sentimientos entre los miembros del núcleo familiar, a través de la percepción, de satisfacción respecto de la comunicación familiar, escuchar, expresión de afectos, discutir ideas y mediar conflictos (Olson, 2006, citado por Copez, Villarreal, Paz, 2016) *“Es un proceso interactivo que tiene gran importancia en la forma en cómo interactúan los miembros y en qué medida se facilita la adaptación y la cohesión en la familia.”* (Olson 1985, citado por Arenas, 2009, p 48), *“Se considera una dimensión facilitadora para que las familias se desplacen en las dimensiones de cohesión y de adaptabilidad.”* (Olson 1985, citado por Ríos 2014, p 51). En primer lugar, encontramos que el tipo de comunicación de nivel moderado es el que presenta un predominio con 71 estudiantes dentro de este grupo, 19 de ellos que corresponde al 27% se encuentran dentro del diagnóstico de Tendencia al Riesgo y la mayoría restante no presenta signos de Riesgo suicida. Inferimos que los adolescentes de familias que manifiestan una forma de comunicación moderadamente funcional también están expuestos en cierto modo a desarrollar a futuro tendencias suicidas, considerando que la comunicación en este grupo familiar no es del todo óptima, probablemente de ahí el porcentaje obtenido dentro del diagnóstico de tendencia al Riesgo Suicida.

En segundo lugar, hallamos al tipo de comunicación Familiar de Bajo Nivel compuesta por 63 estudiantes dentro de este rango, 21 de ellos corresponderían al 33% dentro del diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida. Asimismo, existiría un pequeño grupo de estudiantes conformado por 6 estudiantes, 10%, con Riesgo Suicida. El resto del grupo mayoritario no presenta Riesgo Suicida. Podemos

evidenciar que a medida que el nivel de comunicación baja aumenta la tendencia al riesgo suicida.

En tercer lugar, encontramos al tipo de Comunicación Familiar de nivel alto representada por 49 estudiantes dentro de este rango, 43 de ellos corresponderían al 88% quienes no manifiestan peligro de riesgo suicida. Por otro lado, encontramos solo a 6 estudiantes que representan el 12% que corresponden al diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida. Con relación a la composición de este grupo la relación entre un óptimo nivel de comunicación y la tendencia suicida es moderadamente significativa, partiendo del criterio de correlación donde mientras más óptima sea la comunicación familiar menor será la tendencia al riesgo suicida. La literatura respalda que en las familias funcionales y saludables sus miembros suelen expresar de manera espontánea tanto sentimientos positivos como negativos, sus iras y temores sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad, protegiendo de este modo a los hijos y formando una cohesión y adaptabilidad familiar sana.

En cuarto lugar, encontramos al tipo de Comunicación Familiar de Muy Bajo Nivel compuesto por un número minoritario de 14 estudiantes dentro de este rango, 8 de ellos que corresponden al 57% se encuentran dentro del diagnóstico de Tendencia al Riesgo Suicida siendo un dato mayoritario dentro de esta categoría. Por otro lado, encontramos a 3 estudiantes que representan el 21% que corresponden al diagnóstico de Riesgo Suicida. Dentro de estas familias podemos corroborar el decrecimiento drástico de sujetos que no presentan Tendencias al Riesgo Suicida, comprobando de este modo que mientras más baja sea la comunicación familiar mayor será la probabilidad de riesgo suicida en los adolescentes.

El análisis de los resultados nos permite concluir que dentro de la dimensión de comunicación Familiar, hallamos un predominio del tipo de comunicación de nivel moderado; en contraste a este dato hallamos al tipo de comunicación de muy bajo

nivel con una mínima cantidad de estudiantes. Asociando a estos datos, cabe destacar que las tendencias suicidas van evolucionando a medida que la comunicación familiar va menguando. Inferimos que las habilidades positivas de comunicación como mensajes claros y congruentes, empatía, comunicación de apoyo y habilidades afectivas de resolución de problemas, son factores muy importantes al momento de hablar de familias funcionales y saludables donde sus miembros suelen expresar espontáneamente sus sentimientos o pensamientos tanto positivos como negativos.

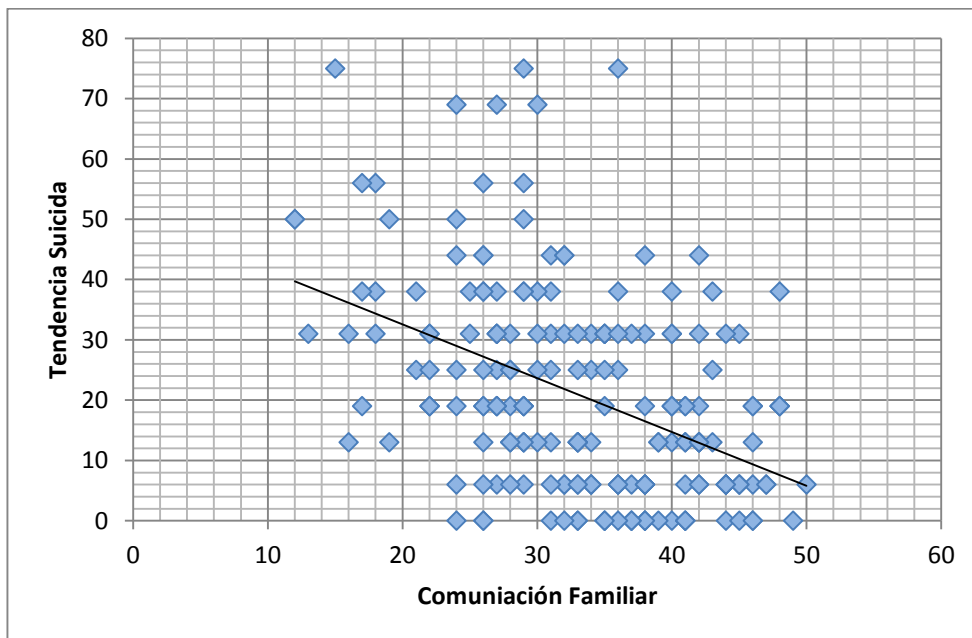
**Cuadro N° 16**

*Análisis correlacional según, Tendencia Suicida y Comunicación Familiar.*

<b>Medida de relación</b>	<b>Hallada</b>	<b>N</b>
<b>Coefficiente de correlación r de Pearson</b>	r = -0.44	197

**Gráfica N° 15**

*Diagrama de dispersión*



**Interpretación.**

La relación hallada entre las variables Tendencia Suicida y Comunicación Familiar es de:  $r = -0.44$ , lo que indica que existe una *correlación negativa moderada*, esto significa que mientras mayor sea el nivel de comunicación familiar; menor será el riesgo suicida. Este resultado puede ser interpretado como una relación medianamente significativa.

El análisis de estos datos puede verse corroborados con los resultados del cuadro N° 15, donde existe una persistencia de un nivel moderado de comunicación familiar, hallando dentro de ésta tipología a la mayor parte de estudiantes diagnosticados con Tendencia al Riesgo Suicida, Estos resultados demuestran una correlación medianamente significativa entre las variables Tendencia Suicida y comunicación Familiar.

## VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos con relación al objetivo específico N° 1, determinan que existe un predominio del diagnóstico de No Riesgo Suicida. Sin embargo, una cuarta parte de estudiantes presenta una inclinación de Tendencia al Riesgo Suicida, seguido de un pequeño grupo de estudiantes dentro del diagnóstico de Riesgo Suicida, este último grupo representa al 5% con 10 estudiantes. Si bien este porcentaje es bajo, recae sobre una alta significatividad desde el punto de vista cualitativo, considerando que este grupo de estudiantes tiene mayores probabilidades de cometer un acto suicida a futuro. De este modo se rechaza la hipótesis N° 1 que dice: *“Los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio J. M. Belgrano de la ciudad de Tarija presentan un alto índice de tendencia al riesgo suicida”*.
2. Al respecto del objetivo específico N° 2, se pudo establecer que el tipo de familia predominante es de Rango Medio, entendiendo que el tipo de funcionamiento de estas familias no es del todo saludable, debido a que son propensas a la disfuncionalidad caracterizándose por un liderazgo limitado, ausencia de claridad en sus funciones, cumplimiento demasiado estricto de reglas y ausencia de límites; en este tipo de funcionamiento se encuentran las familias moderadamente funcionales. De acuerdo a estos resultados se acepta la hipótesis N° 2 que dice: *“Existe un alto predominio del tipo de funcionamiento familiar de Rango Medio en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio J. M. Belgrano de la ciudad de Tarija.”*
3. Con relación al objetivo específico N°3, a través del análisis estadístico se halló una *correlación negativa baja*, esto significa que si bien existe una relación entre la Tendencia Suicida y el tipo de Funcionamiento Familiar, ésta no llega a tener un

alto grado de significatividad, dando lugar a la existencia de otras variables que condicionan la tendencia suicida; ya sean de orden psicosocial, psicológica, biológica o adiciones. De este modo se rechaza la hipótesis N° 3 que dice: *“Existe una correlación negativa muy alta entre la tendencia al riesgo suicida y el tipo de funcionamiento familiar en los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio J. M. Belgrano de la ciudad de Tarija, donde más deficiente sea el tipo de funcionamiento familiar; mayor será el riesgo suicida.”*

4. En tanto al objetivo específico N° 4, los resultados nos permite establecer un predominio en cohesión familiar de tipo desligado, los adolescentes que viven en familias que presentan una extrema separación emocional, falta de lealtad e independencia hacia la familia; son más propensos a conductas suicidas. A partir del análisis estadístico, se halló una *correlación negativa moderada*, esto significa que mientras más deficiente sea el nivel de cohesión familiar; mayor será el riesgo suicida. De este modo llegamos a confirmar la hipótesis N° 4 que dice: *“Existe un predominio en cohesión familiar de tipo desligado, con una correlación negativa moderada hacia la tendencia suicida, donde más deficiente sea el nivel de cohesión familiar; mayor será el riesgo suicida.”*
5. Al respecto del objetivo específico N° 5, se determinó un predominio en adaptabilidad familiar de tipo Caótico, caracterizado por un liderazgo ineficaz, falta de disciplina, decisiones impulsivas, reglas inconsistentes y falta de claridad en los roles. Asimismo, a partir del análisis estadístico, se halló una *correlación negativa muy baja*, esto significa que existe una relación poco significativo o casi nulo entre la tendencia suicida y la adaptabilidad familiar. En tal sentido, se rechaza la hipótesis planteada N° 5 que dice: *“Existe un predominio en adaptabilidad familiar de tipo rígida, con una correlación negativa muy alta hacia la tendencia suicida, donde más deficiente sea el nivel de adaptabilidad familiar; mayor será el riesgo suicida.”*
6. Con relación al objetivo específico N° 6, se pudo establecer que existe un predominio del tipo de comunicación familiar de nivel moderado, cabe destacar,

que la tendencia suicida va evolucionando a medida que la comunicación familiar disminuye. En el mismo sentido, de acuerdo al análisis estadístico, se halló una *correlación negativa moderada*, esto significa que mientras mayor sea el grado de comunicación familiar; menor será la tendencia suicida. De esta forma se rechaza la hipótesis N<sup>a</sup> 6 que dice: *“Existe un predominio del tipo de comunicación familiar de nivel bajo, con una correlación negativa muy alta hacia la tendencia suicida; donde menor sea el nivel de comunicación familiar, mayor será el riesgo suicida.”*

## **6.2. RECOMENDACIONES**

Con base a los resultados obtenidos se procede a brindar las siguientes recomendaciones:

### **A los Padres**

La familia se puede considerar como un factor protector, en la medida en que aporta confianza, seguridad y control, por eso es de vital importancia que los padres puedan identificar determinados comportamientos o señales que puedan indicar que el adolescente está pasando por un momento difícil y pueden estar teniendo pensamiento de suicidio de acuerdo a las siguientes recomendaciones.

- Es importante que los padres estén atentos a los cambios de conducta y de carácter. Aunque en los adolescentes los altibajos emocionales y del estado de ánimo son normales, cuando hay un pensamiento de suicidio estos cambios son mucho más llamativos y distintos a su forma de ser habitual. Asimismo, hay que estar atentos ante el consumo de drogas, querer “cerrar temas”, hacer cartas de despedida o verbalizar su deseo de morir. El aislamiento social prolongado también es una forma de indicio que no debemos dejar pasar por alto, no hablamos del tipo de aislamiento del adolescente buscando la intimidad de su dormitorio como algo necesario y habitual en esta etapa, sino del aislamiento en el que no solo no quiere comunicarse con sus padres, sino que tampoco quiere hacerlo con su grupo de iguales.



- Asimismo, es preciso que la familia esté atenta a cualquier forma de depresión en el adolescente como tristeza, llantos injustificados, rebeldía, desinterés por cualquier actividad. Si el adolescente está más triste de lo normal, tiene una visión del mundo o de sí mismo negativa y tiene una impresión pesimista respecto a su futuro. Con relación a este punto es necesario que se exprese emocionalmente y se desahogue como necesite y que obtenga una respuesta comprensiva por parte de los padres o cualquier familiar. No confrontar con la idea, ni minimizar la situación o el sentimiento. Acompañarle, acogerle y contenerle en estos momentos porque, aunque no lo exprese, necesita que se le transmita seguridad.
- Los/as adolescentes tienden a pensar que lo que están viviendo es lo peor y no le sucede a nadie más, que nadie les puede comprender y se aíslan. Enseñarle que hablar de nuestros problemas nos aporta posibles soluciones que nosotros no habríamos descubierto solos. Enseñarle que nada es para siempre y que los problemas tienen solución pero que hay que buscarla en el lugar y la forma adecuados. Si para esto es preciso buscar ayuda profesional sería una mejor forma de afrontar la situación. Es de personas inteligentes pedir ayuda cuando se necesita.
- Los padres no pueden hacer de psicólogos con los hijos, si es preciso, se debe buscar ayuda profesional cuando las situaciones se desbordan o no se sabe cómo solucionarlas, hay que buscar ayuda experta. También es saludable buscar ayuda para ustedes como padres, porque es posible que las emociones que tienen como resultado por la situación del adolescente puede que afecten personalmente no dejando que vean con claridad lo que está sucediendo. De esta manera es difícil poder ayudar a su hijo/a.

### **Al Colegio y Autoridades de Educación Departamental**

- Con el objetivo de promover la salud mental y prevenir el Riesgo Suicida es importante fomentar y desarrollar programas de prevención, detección, y entrenamiento de habilidades sociales dentro del colegio conjuntamente el área de

psicología a cargo del colegio para la detección diagnóstica temprana y manejo terapéutico de los casos de riesgo. En este sentido, es de utilidad el empleo de programas de detección, que consistan en la identificación de alumnos en riesgo de suicidio, principalmente mediante la aplicación de escalas y/o entrevistas individuales, con el fin de remitirlo, si fuera necesario, a un servicio de atención especializado. Asimismo, antes de comenzar con los programas de detección, es fundamental establecer un sistema de atención/intervención claro y bien definido, tanto en el colegio, como fuera del colegio (servicios de salud mental suficientemente accesibles como para remitirlos, y una buena cooperación con estos servicios). De tal forma que los alumnos con riesgo puedan conseguir ayuda inmediatamente si la necesitan.

- Los programas de desarrollo de habilidades tienen como objetivo la mejora de las habilidades de los alumnos, por ejemplo, mejorando los factores protectores de la conducta de suicidio en los jóvenes, como es el caso de la autoestima, la capacidad de afrontamiento, habilidades para la resolución de problemas, habilidades en la toma de decisiones y la disposición o voluntad para abrirse, comunicar y dar a conocer información sobre sí mismos a otras personas. Además, un objetivo prioritario es hacer que los alumnos se familiaricen con los signos y síntomas de la conducta suicida, y que puedan reconocerlos en otros.
- Se debe motivar a profesores y orientadores escolares a vigilar la conducta del alumnado observando con atención el aislamiento social de los alumnos, dificultades relacionales y el rendimiento escolar a lo largo del año para identificar posibles problemas o conflictos, como indicadores de salud mental.
- Algunos alumnos presentan un alto riesgo de desarrollar pensamientos y conductas de suicidio. Cuando se trabaja en salud mental en los colegios e institutos, es importante tener en cuenta ese grupo vulnerable, vigilar su salud y proporcionar una atención extra mediante el desarrollo de intervenciones dirigidas y adaptadas a ese grupo de población. No obstante, estas iniciativas deben dirigirse no solo a los alumnos, sino también a profesores y otros miembros del personal del ámbito escolar.

- Finalmente, la clave es que los centros escolares establezcan buenas relaciones con la comunidad y con agentes clave fuera del ambiente escolar. Para involucrar a los padres y madres, el colegio puede trabajar en la promoción de la salud mental y en la prevención del suicidio más allá del contexto escolar e incrementar la concienciación en la sociedad sobre los problemas de salud mental. Además, estrechar la relación con un servicio de Salud Mental externo es esencial si el colegio o instituto quiere construir un ambiente seguro y de apoyo tanto para el alumnado como para los profesionales del centro escolar. Permite al centro derivar a los servicios en los que confían y conocen, y ofrece oportunidades de trabajar juntos en proyectos o programas de salud mental. A través de la participación de todos estos socios podría tener lugar una acción colectiva e integral contra el suicidio.

#### **A Futuros Investigadores**

- Considerando que el suicidio es un tema muy delicado es preciso realizar no solo un trabajo de investigación estadístico, sino someter los futuros estudios a un tipo de investigación acción, donde el investigador se permita realizar un plan de acción consecuente con los resultados obtenidos y que involucren al investigador, al colegio, a los padres de familia y a instituciones formadas en prevención.
- A través de esta investigación se pudo llegar a la conclusión de que es preciso profundizar la relación del Riesgo Suicida con otras variables, se recomienda abordar variables condicionantes de orden psicosocial, psicológica, biológica o adiciones.
- Para lograr resultados generalizables es necesario contar con una muestra de mayor significancia, considerando varios establecimientos educativos de la ciudad de Tarija, apoyada con un equipo de trabajo que coadyuve en la investigación. De este modo se alcanzará importantes resultados para generar políticas de prevención suicida, que sean prácticas y efectivas.