

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y
JUSTIFICACIÓN

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad una de las problemáticas que preocupa a la sociedad en su conjunto es la disfuncionalidad de la familia, una problemática que trae consigo muchas consecuencias negativas y que puede también ser el origen de algunas psicopatologías y conductas desadaptadas en personas que no cuentan o que no tuvieron una familia funcional, que cumpliera con los roles esperados. El funcionamiento familiar tiene mucha importancia en el desarrollo psíquico de sus miembros, por ende la ausencia de una familia o su mal funcionamiento puede traer consigo muchas consecuencias negativas; algunas de estas consecuencias son la depresión y la tendencia al riesgo suicida, las mismas que serán abordadas en el presente estudio. En relación a la funcionalidad familiar, a pesar de que los siguientes datos no tienen un abordaje profundo que pueda ofrecer indicadores de cómo es el funcionamiento familiar, aportan con información de tipo general acerca de esta problemática, entendido así, de acuerdo a los datos de “La Encuesta Hogares” realizada el año 2015 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el Estado Plurinacional de Bolivia, 45,5% de los hogares está conformado por el jefe de hogar, cónyuge e hijo(s) (hogar nuclear completo), mientras que 10,9% está integrado por el jefe/a de hogar sin cónyuge, con la presencia de hijo(s) (hogar monoparental). (Instituto Nacional de Estadística, 2017).

La familia en estos últimos años ha dejado de cumplir roles muy fundamentales, esto ha llegado a convertirse en algo desfavorable porque está dando paso al surgimiento de psicopatologías y conductas desadaptadas que afectan directamente a los integrantes de la familia e indirectamente repercuten en la sociedad.

Una de estas psicopatologías es la depresión; dentro del país de acuerdo con los datos proporcionados por el Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) durante la gestión 2016 se reportaron un total de 8.778 episodios depresivos en Bolivia, de los cuales 6.105 fueron protagonizados por mujeres y 2.673 por varones. (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En relación a las conductas desadaptadas, una que en la actualidad es de preocupación pública y que acontece con frecuencia es el suicidio. De acuerdo a los datos del Primer Informe Mundial Sobre el Suicidio de la OMS (Organización Mundial de la Salud) publicado el 2019, refiere que más de 800 000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos. Así también indica que el suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Es importante mencionar que toda esta problemática tiene mayores índices y frecuencia en población joven, quizás porque están en un periodo del desarrollo estresante lleno de cambios y presiones, que junto con un funcionamiento familiar poco óptimo hace que se agrave la situación.

De esta manera, el presente estudio busca conocer la relación que existe entre el funcionamiento familiar, los niveles de depresión y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija. Es importante mencionar que el término “relación” hace referencia a “la asociación entre dos o más variables, las cuales se cuantifican, analizan y se establecen las vinculaciones” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Para la presente investigación se procederá a relacionar las siguientes variables: el tipo de funcionamiento familiar, el nivel de depresión y la tendencia al riesgo suicida.

El presente estudio pretende identificar el tipo de funcionamiento familiar que presentan los estudiantes de la carrera de Psicología. El término funcionamiento familiar para Olson (1989) hace referencia a *“la interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia (cohesión) y que tenga la capacidad de cambiar su estructura con el objetivo de superar las dificultades que atraviesan la familia a lo largo de su ciclo de vida (adaptabilidad)”*. (Aguilar C, 2017:12).

Para los fines del estudio una variable que es fundamental describir es el nivel de depresión. Cuando se habla de depresión se está haciendo referencia a *“un estado*

anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”. (Beck, 1983:78).

Asimismo, un aspecto importante para identificar también, es la tendencia al riesgo suicida. La misma que es definida 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).

Dentro del **plano internacional** en relación a la problemática fueron realizados muchos estudios, así por ejemplo en México se realizó un estudio denominado “Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar” el mismo que tuvo una muestra significativa de 252 estudiantes. Para evaluar la depresión y la funcionalidad familiar se utilizó la escala de Birleson y el instrumento FACES III. Los resultados encontrados refieren que la frecuencia de la depresión fue de 29.8%; asimismo los adolescentes con depresión se observaron con mayor frecuencia en familias rígidamente dispersas, también se pudo encontrar que en los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas, las estructuralmente aglutinadas y las rígidamente aglutinadas. (Leyva, Hernández, Nava & López, 2006).

Asimismo, un estudio realizado en Argentina en el año 2015, denominado “Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina” que estuvo conformado por una muestra de 116 pacientes, en sus resultados finales, se evidenció que un 40% presentan una grave disfunción familiar y en cuanto a los factores de riesgo suicida: las puntuaciones medias más bajas –entendiendo que a menor puntaje, mayor riesgo- se obtuvieron en el factor relacionado con los afectos negativos y en el factor relacionado con la satisfacción. (Burgos, Narváez, De las Mercedes, Burrone, Fernández & Abeldaño, 2017).

De igual forma en Lima- Perú, se realizó un estudio en el año 2014 denominado “Funcionamiento familiar y riesgo suicida en estudiantes que acuden a la clínica

universitaria en la ciudad de Huancayo”. La muestra estuvo conformada por 216 sujetos entre las edades de 16 y 24 años. La investigación pudo determinar que el tipo de cohesión familiar que predomina es desligada, teniendo de esta manera un funcionamiento familiar de rango medio. Así también se pudo encontrar que los estudiantes no presentan riesgo suicida. En cuanto a la relación entre ambas variables se indica que *“no existe relación significativa entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en estudiantes ingresantes que acuden a la Clínica Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes”* (Ríos, 2014: 4).

Dentro del **plano nacional**, se encuentran investigaciones que abordaron las variables del presente estudio. Entre algunas de estas investigaciones se encuentra la realizada en la ciudad de Cochabamba; esta investigación titulada “Trastorno depresivo: evaluación de la prevalencia en adolescentes y jóvenes de la Facultad de Derecho de la UMSS”. Los resultados finales indican que poco más del 40% de los estudiantes de Derecho de la UMSS presentan alta probabilidad de padecer depresión y alrededor de un 7% de los estudiantes de esta carrera son potenciales suicidas. (López, León, Gonzales & Gutiérrez, 2004).

De igual manera en el departamento de La Paz, se llevó a cabo un estudio denominado “Determinación de los factores asociados al riesgo suicida en universitarios de 18 a 24 años de edad, de la Universidad Mayor de San Andrés”. Esta investigación tuvo una muestra representativa de 1260 estudiantes. Una de las conclusiones a las que se llegó refiere que un 27,2% de los universitarios se encuentra con riesgo suicida alto. (Mamani, 2015:S/P).

Asimismo, en Cochabamba se realizó una investigación titulada “Disfunción familiar y factores psicosociales que intervienen en el intento de suicidio en adolescentes del Hospital Obrero N°2 Caja Nacional de Salud”. Este estudio contó con una muestra de 50 adolescentes de ambos sexos, atendidos en los servicios de emergencias de las especialidades de Pediatría y Medicina interna por intento de suicidio. Los resultados encontrados en cuanto a la funcionalidad familiar refieren que la mayor parte de las

familias de los adolescentes presentó algún grado de disfunción (leve a moderada en la mayoría de los casos), encontrándose en su mayoría familias monoparentales desintegradas. (Navia & Solís, 2009).

En relación al **plano regional**, se realizó un estudio denominado “Funcionamiento familiar y tendencia al riesgo suicida en estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio “José Manuel Belgrano”, turno tarde, de la ciudad de Tarija”. Esta investigación se tipificó como un estudio descriptivo-correlacional, contó con una muestra representativa de 197 estudiantes; esta muestra fue obtenida a partir de un muestreo probabilístico aleatorio estratificado considerando las variables sexo y edad, entre hombres y mujeres de 14 y 18 años. Esta muestra equivalente al 49% en relación a la población total. En relación a los instrumentos, fueron utilizadas tres escalas psicométricas: la escala de Tendencia Suicida de Poldinger, la escala FASE III con su complemento anexo el FCS. Posteriormente se realizó un análisis estadístico a través del coeficiente de correlación Lineal de Pearson para encontrar el tipo de correlación existente entre variables abordadas. (Altuzarra, 2017).

Los resultados encontrados refieren que existe un predominio del diagnóstico de “No riesgo suicida”. Sin embargo, una cuarta parte de estudiantes presentan una inclinación de “Tendencia al riesgo suicida”. Asimismo, se manifestaron grados muy bajos de diagnóstico de “Riesgo Suicida”. Por otra parte, también se encontró que el tipo de familia predominante es de “Rango medio”, entendiéndose que el tipo de funcionamiento de estas familias no es del todo saludable. (Altuzarra, 2017).

Asimismo, en relación a la variable depresión en otro estudio denominado “Características sociodemográficas, niveles de autoestima y depresión en estudiantes de la carrera de Psicología, UAJMS”. Este estudio fue tipificado como exploratorio y descriptivo, también es importante mencionar que se contó con una muestra de 80 estudiantes de la carrera de Psicología, 16 estudiantes de cada año, 50% de mujeres y 50% de varones, cuyas edades varían desde los 17 hasta los 25 años en general. También es importante mencionar que los datos obtenidos para los resultados fueron recabados

entre los meses de octubre y diciembre de la gestión 2010. En cuanto al instrumento utilizado para recabar datos sobre la depresión, fue utilizado el Inventario de Depresión de Beck. (Ballesteros, 2011).

En relación a los resultados, se pudo encontrar que el 29% de los estudiantes de la carrera de Psicología no tienen depresión; asimismo un 28% presentaron depresión grave lo que indica que suelen presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismos y sentimientos de culpa; un 26% presentó depresión leve lo cual hace referencia a que el estudiante se siente triste y preocupado por ciertos acontecimientos, por la situación de incertidumbre, causando una pérdida de interés en las actividades que debe realizar y finalmente también se pudo encontrar que un 17% de los estudiantes de la carrera de Psicología presentó depresión moderada lo cual indica que el sujeto se muestra cansado, puede rehuir de las actividades sociales, tiene pesimismo, en el área psíquica se produce tristeza, desmoralización y pérdida de autoestima; en la orgánica, decaimiento o debilidad, abatimiento, pérdida o aumento de peso y alteraciones del sueño. (Ballesteros, 2011).

Por último, el año 2017 se realizó una investigación titulada “Relación entre el nivel de ansiedad, depresión y autoestima con el rendimiento académico de los estudiantes de 4°, 5° y 6° de secundaria que asisten a la unidad educativa nocturna Nuestra Señora del Rosario de la localidad de Entre Ríos”. Es necesario mencionar que para el análisis de los resultados se utilizaron ambos enfoques, tanto el cuantitativo como también el enfoque cualitativo. La población estuvo constituida por 150 estudiantes del nivel secundario, en relación a la muestra estuvo conformada por 75 estudiantes del 4°, 5° y 6° de secundaria que en términos porcentuales representa aproximadamente al 50% de la población total. (Cayo, 2017).

En cuanto a los resultados y en relación a la variable depresión los resultados encontrados refieren que *“los estudiantes presentan un nivel de depresión normal y depresión leve, lo que indica, que en algunos momentos pueden presentar síntomas*

como ser tristeza, falta de autoestima, cansancio, falta de interés o desilusión, pero de una forma suave que no afecta a sus actividades diarias”. (Cayo, 2017:66).

De acuerdo a todo lo expuesto en párrafos anteriores y a la información planteada que refleja el estado del tema de estudio, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre el tipo de funcionamiento familiar y el nivel de depresión, tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Es de mucha importancia la realización de estudios con estas características, puesto que se apunta a hacer un abordaje y analizar la relación de variables que en los últimos años han tenido mayor incidencia negativa dentro de la sociedad.

Tomando en cuenta la vital importancia que tiene la familia como principal eslabón en la prevención, detección y asistencia de casos de depresión y del riesgo suicida, se debe aportar con datos que sirvan a futuras implementaciones de programas dirigidos a la familia y a su funcionamiento. Asimismo, este tipo de investigaciones contribuye a la identificación de grupos de riesgo y convoca a la reflexión de autoridades e instituciones relacionadas al ámbito de la salud.

Tomando en cuenta datos en relación al país, los índices de suicidios son preocupantes; según datos del Ministerio de Salud, apoyado en un informe de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC), da cuenta que después de La Paz con (33%), le sigue 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%). (Página Siete, 2017).

Las estadísticas y los medios de comunicación cada día muestran que el suicidio como una consecuencia de la depresión, está siendo ahora un problema de salud pública, debido a los numerosos casos que se han presentado. Contando con información y al realizar estudios como el presente, se puede trabajar en la detección y prevención de este tipo de conductas desadaptadas, con este tipo de datos se pueden aperturar campos de acción, diseño de proyectos y políticas para trabajar con la familia adolescentes y la población en general, evitando de esta manera que la problemática siga en aumento.

El presente estudio presenta **justificación teórica** porque aporta dentro del medio con datos nuevos sobre la relación entre el tipo de funcionamiento familiar, nivel de depresión y tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija. Durante el proceso del estudio fueron abordadas variables como el funcionamiento familiar, depresión y la

tendencia al riesgo suicida. Para ello se utilizó una batería de test que permitió identificar el tipo de funcionamiento familiar, también coadyuvar a establecer el nivel de depresión que puedan presentar los estudiantes y por último se pudo determinar la tendencia al riesgo suicida.

Es relevante mencionar que el estudio tiene un abordaje amplio, lo cual favorece en la generalización de los resultados encontrados. Asimismo, tomando en cuenta que dentro del medio no se han realizado estudios donde se relacionen las variables mencionadas anteriormente, los datos encontrados puedan servir como punto de partida teórico para la realización de futuras investigaciones.

En relación al **aporte práctico**, el presente estudio tiene un aporte de estas características altamente significativo, debido a que la información que brinda el estudio se relaciona con las necesidades e interrogantes que tienen algunas instituciones dentro del medio. Entre algunas de estas instituciones se encuentran: el Ministerio Público, la Fiscalía Departamental, el Servicio Departamental de Gestión Social “SEDEGES”, el Instituto de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación e Investigación de Drogodependencias y Salud Mental. “INTRAID”, Secretarías del Gobierno Municipal Autónomo de la ciudad de Tarija, la Carrera de Psicología y la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho en su conjunto. Al identificarse el tipo de funcionamiento familiar, los niveles de depresión y la tendencia al riesgo suicida y tomando en cuenta la relación que pueda existir entre estas variables es posible contribuir a que instituciones como el ministerio público o la misma alcaldía puedan implementar acciones que vayan a disminuir los índices de esta problemática.

CAPÍTULO III
DISEÑO TEÓRICO

II. DISEÑO TEÓRICO

2.1. PREGUNTA PROBLEMA

¿Qué relación existe entre el tipo de funcionamiento familiar y el nivel de depresión, tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo general

Establecer la relación entre el tipo de funcionamiento familiar y el nivel de depresión, tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos específicos

1. Identificar el tipo de funcionamiento familiar predominante en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.
2. Establecer el nivel de depresión que presentan los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.
3. Determinar la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.
4. Analizar la relación entre el tipo de funcionamiento familiar predominante y el nivel de depresión en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.
5. Analizar la relación entre el tipo de funcionamiento familiar predominante y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

6. Analizar la relación entre el nivel de depresión y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

2.3. HIPÓTESIS

1. Los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija presentan un tipo de funcionamiento familiar de “rango medio”.
2. Los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija presentan un nivel de depresión moderada.
3. Los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija presentan “tendencia al riesgo suicida”.
4. A mayor disfuncionalidad familiar mayor depresión en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.
5. A mayor disfuncionalidad familiar mayor tendencia al riesgo suicida en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.
6. A mayor nivel de depresión mayor tendencia al riesgo suicida en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>Funcionamiento familiar: Para Olson (1989) el funcionamiento familiar “es la interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia (cohesión) y que tenga la capacidad de cambiar su estructura con el objetivo de superar las dificultades que atraviesan la familia a lo largo de su ciclo de vida (adaptabilidad)”. (Aguilar C, 2017).</p>	<p>-Cohesión familiar</p> <p>-Adaptabilidad familiar</p>	<p>Relacionada con el apego o desapego presente entre los miembros de la familia, un grado de unión emocional percibido por los miembros de una familia.</p> <p>Vinculada con el grado de flexibilidad y capacidad de cambio del sistema familiar, es decir, la magnitud de los cambios en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.</p>	<p>“Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)” “David H. Olson, Joyce Portner & Yoav Lavee” COHESIÓN FAMILIAR</p> <p><i>-Desligada</i> (De 10 a 34 puntos)</p> <p><i>-Separada</i> (De 35 a 40 puntos)</p> <p><i>-Unida</i> (De 41 a 45 puntos)</p> <p><i>-Enredada</i> (De 46 a 50 puntos)</p>

			<p><i>ADAPTABILIDAD FAMILIAR</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Rígida (De 10 a 19 puntos) -Estructurada (De 20 a 24 puntos) -Flexible (De 25 a 29 puntos) -Caótica (De 30 a 50 puntos) <p><i>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Extremo -Rango medio -Equilibrado
<p>Depresión: “Es un estado anormal del organismo que se manifiesta</p>	-Cognitivo-Afectiva	-Tristeza -Pesimismo	“Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)”

<p><i>a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”.</i> (Beck, 1983:78).</p>	<p>-Somática</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Fracaso -Pérdida de placer -Sentimientos de culpa -Sentimientos de castigo -Disconformidad con uno mismo -Autocrítica -Pensamientos o deseos suicidas -Llanto -Pérdida de interés -Desvalorización -Cambios en el apetito -Agitación -Indecisión -Pérdida de energía -Cambios en los hábitos de sueño 	<p>“Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J”</p> <ul style="list-style-type: none"> -No depresión (De 0 a 13 puntos) -Depresión leve (De 14 a 19 puntos) -Depresión moderada (De 20 a 28 puntos) -Depresión grave (De 29 a 63 puntos)
---	------------------	--	---

	-Intento suicida	Desvinculación con la familia o actividades académicas Desesperación Preparativo del intento Intento del suicidio	
--	------------------	---	--

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

III. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se presenta la información recabada en relación al tema de estudio. En este capítulo se exponen cada una de las definiciones de las variables abordadas en la investigación, también las teorías que se utilizarán como respaldo para la comprensión de los conceptos que se están abordando. En primer lugar, se abordan las conceptualizaciones e implicaciones con relación a la variable “funcionamiento familiar”, posteriormente se trata el abordaje en torno a la variable “depresión” y en tercer lugar se tratan las conceptualizaciones de la variable “tendencia al riesgo suicida”.

De igual manera, en la parte final de este capítulo se exponen diferentes investigaciones relacionadas con el tema de estudio, las cuales sustentan la interpretación de la información recogida.

3.1. El funcionamiento familiar y su relación con psicopatologías y conductas desadaptadas

En la actualidad se han hecho más evidentes las carencias en el funcionamiento familiar que tienen muchas de las familias, un funcionamiento caracterizado por una pobre cohesión y por problemas con la adaptabilidad. Esto ha coadyuvado en cierto grado con la aparición de otras problemáticas como la depresión y la tendencia al riesgo suicida.

A juicio del investigador, la familia en la actualidad ya no cumple con roles fundamentales para el desarrollo psíquico de los hijos, muchas de las familias hoy en día tienen un funcionamiento disfuncional y que es acompañado en algunos casos por otros problemas como la violencia, abusos y lazos afectivos muy pobres que pasan a generar conflictos en el desarrollo de los niños.

Destacando la importancia de la familia y su funcionamiento, Hernández (1998) (Citado en Sigüenza, 2015:21) refiere que las emociones se ponen a prueba en el núcleo familiar, puesto que es aquí el medio donde se puede practicar la: tristeza, alegría, miedo, amor, etc., siempre que él brinde un ambiente protector e íntimo, ligado al afecto incondicional que se ofrezcan entre sus miembros.

Estos argumentos se orientan por un solo camino, el reconocimiento de la familia como un eje central de satisfacción, reconocimiento, aprendizaje y utilización emocional, que serán el eslabón directo de sus integrantes en los diversos contextos en los que se desenvuelvan, esta conexión será positiva o negativa en la medida que la satisfacción emocional de sus integrantes hayan sido suplidas. (Sigüenza, 2015:21).

3.1.1. La familia.

En cuanto a la conceptualización de familia, David Olson (1976) (Citado por Lorente & Martínez, 2003: 195) la conciben como *“un conglomerado dinámico funcional mediante tres variables: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación familiar, aunque no despeja la incógnita de lo que es una familia pues no establece integrantes”*.

Según Paladines & Quinde (2010:17) *“la familia es una parte de la sociedad, en donde cada miembro evoluciona, se desenvuelve interactuando con factores internos (biológicos, emocionales, psicológicos) y externos (sociales). Al hablar de familia desde una perspectiva sistémica se la concibe como un todo diferente a la suma de sus partes, la familia es un sistema que se encuentra constituida por una red de relaciones y conformada por subsistemas”*.

3.1.1.1. Clasificación de la familia según su estructura

- **Familia nuclear:** Este tipo de familia está compuesto, por ambos padres y los hijos que viven en un hogar; es la estructura familiar predominante en casi todas las sociedades occidentales. La familia nuclear se considera el ideal social e incluso se considera por la sociedad en general y por diversos especialistas como inevitablemente patológica, cualquier otro tipo de estructura familiar que sea diferente de ésta. El hecho de crecer en una familia nuclear se asocia con ventajas para los hijos, como mayores recursos económicos, pues cuentan con los ingresos íntegros de ambos padres, una parentalidad más efectiva, debido a que se pueden dividir los roles en el cuidado de los hijos, lo cual representa un aumento de la cantidad y la calidad del tiempo que se dedica a los mismos y el

apoyo mutuo ante las dificultades o los retos que implica la crianza y de una mayor estabilidad emocional de ambos padres debido al apoyo mutuo y el afecto que se brindan. (Ríos J, 2014:39-40).

- **Familia Extensa:** también es conocida como familia compleja; se refiere a los abuelos, tíos abuelos, bisabuelos, etc., además, puede abarcar parientes consanguíneos y no consanguíneos.
- **Familia compuesta:** se le denomina familia compuesta por el padre o madre y los hijos, principalmente si son adoptados o tienen vínculos consanguíneos con alguno de los padres, esto quiere decir que comparten sangre por tener algún pariente común.
- **Familia monoparental:** es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último, da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- **Familia de padres separados:** familia en la que la vida en común entre los cónyuges o padres se ha interrumpido porque se niegan a vivir juntos; no son pareja, pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad y maternidad. (Navarrete C, 2010).

3.1.1.2. Funciones básicas de la familia.

De acuerdo a Martínez (2005) (Citado por Freile, 2015:35) la familia tiene las siguientes funciones básicas:

- **Brindar afecto:** en la familia se dan las condiciones ideales para que el afecto se manifieste en toda su intensidad, ya que por el hecho de vivir juntos y tener que compartirlo todo se favorecen las relaciones interpersonales. Cuando las necesidades afectivas de los miembros están satisfechas, es más fácil resolver cualquier problema al cual se enfrenten.

- Estabilidad económica: el seno familiar es el lugar donde los adolescentes, en condiciones típicas, obtienen el sustento para vivir, es decir, ya que en nuestra sociedad en esa etapa no se acostumbra trabajar, es la familia en donde encuentra vivienda, ropa, comida, apoyo para el estudio y para los momentos de esparcimiento, además de todos los gastos relacionados a la salud; dicho de otra manera, la satisfacción de las necesidades afectivo – emocionales y materiales de sus miembros.
- Biológica y educativa: la función principal de la familia es la procreación y mantenimiento de la especie, que conlleva al establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital con la creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual, además de la promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros y el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales. El aprendizaje y la creatividad son dos atributos que deben ser estimulados por la familia, ya que de éstos depende el desarrollo pleno de la personalidad.
- Cultural y espiritual: Las costumbres culturales, sociales y religiosas son transmitidas de generación en generación teniendo, como punto de partida la familia, tomando en cuenta la imitación como una de las vías de adquisición de estos patrones. Los modelos de conducta adecuados hacen que los miembros de la familia logren la plena integración de la sociedad. (Martínez, 2005) (Citado por Freile, 2015:36).

Para Sigüenza (2015:56) *“la familia es considerada como la base principal de la organización social, pues cumple con un sinnúmero de funciones entre las que están: alimentación, cuidado, educación, vestuario, reproducción, desarrollo físico y emocional de sus integrantes, etc., es así que la familia es considerada como un sistema abierto que se encuentra en constante intercambio de información entre sus integrantes y el ambiente que los rodea, la misma que afecta en mayor o menor grado el equilibrio de la familia; sin embargo la identidad que adquiera cada familia, será la que les*

permita reducir el impacto negativo de los eventos inesperados de la vida, transformando sus debilidades en fortalezas, favoreciendo a la estabilidad familiar, pero sin restringir su evolución, pues en este intercambio continuo con el ambiente exterior, las familias re-forman la cultura, re-formulan la tradición y cambian la sociedad”.

Es importante mencionar que, al referirnos a la familia, debemos tener presente algunos factores como, por ejemplo: en qué etapa evolutiva se halla, la ubicación contextual de ésta, la presencia o no de hijos, del número de hijos, agentes internos y personales de sus integrantes, agentes externos a la familia, etc., situaciones que permitirán la comprensión de la familia en sus diversos aspectos, pero sobre todo en sus aspectos organizacionales internos y externos. (Sigüenza, 2015:56).

Según Ferreíra A. (2003:78) *“el sistema familiar juega un papel fundamental en la vida del individuo. Indudablemente, la familia es el primer marco de referencia en que se inicia la socialización y, por lo tanto, la personalidad del sujeto. La posición del individuo en su sistema familiar y la relación entre sus miembros tiene una gran influencia, si la estructura familiar no es saludable ejercerá una influencia negativa y nociva, caracterizada por el temor y el desarrollo atípico. Lo que los hijos aprenden de los padres dependen en parte del tipo de personas que estos sean. Esto significa que la familia se constituye en la principal fuente de conocimiento, valores, actitudes, roles y hábitos que se transmiten de una generación a otra”.*

3.1.2. Psicopatologías

En relación al concepto, De la Serna (2018) refiere que la Psicopatología “como designación de un área de estudio en Psicología, en oposición al estado de salud, se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados no sanos en el proceso mental”.

Dentro de esta área de estudio, existen un conjunto de enfermedades de orden psicológico que afectan a la persona en diferentes ámbitos de su vida, pero es importante mencionar que dentro de la presente investigación se abordó solamente la depresión.

3.1.2.1. El funcionamiento familiar y la depresión

“La familia constituye el contexto social más importante donde un proceso de enfermedad se genera y se resuelve. En el área de la salud-enfermedad mental, hay evidencias empíricas de que las actitudes y las acciones de las familias influyen en el desarrollo de la enfermedad, facilitando o interfiriendo el proceso con relación a la etiología, la duración del tratamiento y en el proceso de recuperación. Con relación a la enfermedad depresiva un número importante de estudios, en los últimos años, han prestado una atención sistemática y fundamentada en aspectos como el papel que tiene la familia con relación a la evolución de la depresión o en la génesis de la enfermedad, así como con relación al impacto de la enfermedad sobre la vida familiar y cómo influye en el proceso de cuidado”. (Ferré, 2008: S/P).

Es importante mencionar que todos los estados de ánimo que presenta un individuo dependen mucho de cómo se van conformando las ideas que tiene sobre sí mismo de su desarrollo personal y social, de cómo evolucionan aquellos que constituyen su núcleo familiar más cercano y de cómo se integra a su comunidad (Pasantes, 2003) (Citado por Freile, 2015).

Según Almonte (2009) (Citado por Freile, 2015), el sistema familiar constituye el principal campo de expresión emocional, por lo que juega un papel preponderante en el inicio y mantenimiento de los trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos; su importancia en el desarrollo de la autonomía es fundamental. Es importante mencionar que las características del ejercicio del papel parental facilitan o perturban este proceso. En primera instancia, los padres sobreprotectores dificultan el logro de la autonomía al tratar al hijo como menos capaz de lo que realmente es y los permisivos, al no poner límites, dificultan que el hijo adquiera su propio control interno.

De igual manera es importante mencionar que en la depresión también interfieren otros elementos. Balcázar L, Ramírez Y & Rodríguez M. (2015:137) refieren que en la depresión intervienen múltiples factores biológicos que condicionan la enfermedad y mecanismos psicosociales que condicionan el reconocimiento y uso de herramientas o

recursos por la familia para solucionar el conflicto traducido como enfermedad en uno de sus miembros.

3.1.3. Conductas desadaptadas.

Es importante mencionar que cuando se hace referencia al término “Conductas desadaptadas”, se está haciendo mención a *“a la conducta que causa problemas en la vida. Además, abarca desde miedos relativamente menores pero perturbadores, hasta una alteración severa de la realidad y la incapacidad para funcionar de manera independiente”*. (Sarason & Sarason, 2006:40).

Para el presente estudio, se abordará la conducta desadaptada de la Tendencia al riesgo suicida, que a juicio del investigador, es una conducta que evidencia de manera clara la vulnerabilidad y la incapacidad del individuo para afrontar situaciones fuertes en su diario vivir.

En relación a ello, Sarason & Sarason (2006:9) refieren que *“describir la conducta como inadaptada implica que existe un problema; también sugiere que ya sea la vulnerabilidad del individuo, su incapacidad para el afrontamiento o el estrés excepcional en el ambiente son lo que han provocado los problemas para vivir. Los estudiosos de la conducta desadaptada se interesan en especial en la conducta que no sólo es diferente o desviada, sino que además representa un motivo de preocupación para el individuo, su familia y amigos o la sociedad”*.

3.1.3.1. La familia del suicida.

En cuanto a la familia del suicida, Campos (2004:25-26) refiere que *“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 en 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.

De acuerdo a Herrera (1997) (Citado en Ríos J, 2014:16-17) con frecuencia, los adolescentes y jóvenes se encuentran en situaciones de conflictos con sus padres, y no pueden encontrar en ellos el apoyo necesario. La familia tiene la tarea de preparar a sus miembros para enfrentar cambios internos y externos y con ello llevar a modificaciones estructurales y funcionales favorables. La familia 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.

De acuerdo a Ríos J. (2014:21) *“la edad de riesgo suicida, intentos de suicidio y suicidios están entre los grupos de edades de 16 a 24 años, así como que el factor familiar fuertemente implicado en el riesgo suicida en adolescentes y jóvenes procede de familias donde existe un deterioro de estabilidad familiar cuyos padres se han separado; factores que condicionan la génesis del suicidio, al que suelen sumarse la indiferencia, la hostilidad y la permisividad o el exceso de autoridad.*

3.1.4. La adolescencia y la juventud.

Tomando en cuenta las edades de la población objeto de estudio, en este caso, los estudiantes de la carrera de Psicología, es importante mencionar que se trabajó con estudiantes que tienen desde los 17 años en adelante, de esta manera se consideran adolescentes y jóvenes, siendo dos etapas del desarrollo cercanas y con algunas características comunes. A continuación, se presenta toda la información en relación a estas etapas del desarrollo mencionadas:

3.1.4.1. La adolescencia.

Para Ríos (2014:74), *“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”*.

En relación a la adolescencia, Campos (2004:3) refiere que *“durante la adolescencia, esta etapa fundamental de cambios y descubrimientos, se presentan en los jóvenes diversas situaciones que les producen ansiedad y depresión y que pueden culminar, en muchas ocasiones, en una tentativa de suicidio. Desafortunadamente este problema se da en más individuos de los que imaginamos, ya que debemos ser conscientes del sub registro de casos, no solo en nuestro país, sino a nivel mundial. El suicidio entre los jóvenes es una tragedia que se menciona pocas veces en nuestra sociedad, suele callarse y evadirse pues nos enfrenta directamente con la realidad de que nuestros jóvenes encuentran la vida tan dolorosa que de forma consciente y deliberada se causan la muerte, es un tema que impacta y cuestiona nuestro sistema familiar y social; sin embargo, es importante encarar el problema y tratar de comprender las posibles razones para que un adolescente, con todo un futuro por vivir, acabe repentinamente con su existencia motivado por una situación, o en muchos casos un sufrimiento, que lo obliga a tomar tal decisión”*.

Es importante mencionar que la adolescencia, como etapa de desarrollo de todo individuo, se caracteriza por ser una etapa dolorosa en la que el joven pasa por cambios

difíciles que le producen ansiedad y depresión. Por esto, la tentativa del suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente. Por el contexto depresivo que la envuelve, la tentativa de suicidio plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis durante la adolescencia. (Campos, 2004:36).

De acuerdo a Pérez P. (2016:253) *“La adolescencia es la población más propensa a intentar suicidarse debido a características propias de su desarrollo, es decir, son personas en busca de su identidad, de ser aceptados por su entorno, que atraviesan conflictos en sus relaciones interpersonales y actúan en forma impulsiva cuando enfrentan una situación estresante, así mismo las investigaciones dan cuenta que muchos de los jóvenes potencialmente suicidas tienen una pobre o ninguna relación con sus padres, así como, inadecuadas relaciones con los compañeros, ausencia total de relaciones sociales consistentes y serias dificultades escolares”*.

3.1.4.2. La juventud o adultez temprana

La adultez temprana, definida por lo general como el lapso entre los 20 y 40 años, suele ser un periodo de posibilidades: muchas personas de esta edad por primera vez son autosuficientes, se hacen cargo de la casa que habitan y se ponen a prueba en las actividades que eligieron. Cada día toman decisiones que ayudan a determinar su salud, su profesión y su estilo de vida. Sin embargo, cada vez son más los adultos jóvenes que no sientan cabeza de inmediato. Para ellos, el período entre los 20 y 25 años, e incluso un poco más, se ha convertido en una etapa de exploración llamada adultez emergente; se trata de una etapa exploratoria, una época de posibilidades, una oportunidad para probar nuevas y diferentes formas de vida, un momento en que los jóvenes ya no son adolescentes pero todavía no se han asentado en los roles adultos. (Ríos, 2014:78).

Tomando en cuenta los objetivos planteados, los instrumentos que se utilizarán y su correspondiente información teórica, a continuación, se presentan cada de las variables a medir en la presente investigación:

3.2. Funcionamiento familiar

Para Olson, H., Sprenkle, D., & Russel, C. (1989) (Citado por Aguilar C, 2017:54), el funcionamiento familiar “*es la interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia (cohesión) y que tiene la capacidad de cambiar su estructura con el objetivo de superar las dificultad que atraviesa la familia a lo largo de su ciclo de vida (adaptabilidad)*”. Al ocurrir un desequilibrio en el sistema familiar, se puede observar su disfuncionalidad que es la disminución de la funcionalidad familiar que puede significar dolor y agresión, ausencia de afecto, deterioro o posible desintegración, ya que la estabilidad de la familia depende de un patrón de intercambio emocional.

Camacho (2009: 81) (Citado por Sigüenza, 2015) incluye otros aspectos mencionados a continuación: se trata de una dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante las dimensiones de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, participación y adaptabilidad; que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud. En definitiva, pretender generalizar el funcionamiento de las familias es muy complicado, pues con cada nuevo sistema familiar constituido, se establecen funciones familiares diferentes a las de sus familias de origen, si bien es cierto podrán mantener patrones algo parecidos, pero difícilmente iguales.

3.2.1. Modelo Circumplejo de Olson

3.2.1.1. Antecedentes

El Modelo Circumplejo de sistemas familiares fue desarrollado por el Dr. David H. Olson y sus colegas Russell y Sprenkleen, entre los años de 1979 a 1989, como un intento de involucrar o integrar tanto la investigación teórica como la práctica, proponiendo una escala destinada a evaluar la percepción del funcionamiento familiar en dos parámetros: la Adaptabilidad y la Cohesión familiar, el “FACES III”. Sin embargo,

de forma implícita evalúa la variable de la comunicación, que se torna subyacente o estructural de la adaptabilidad y de la cohesión, esto quiere decir que entre más adaptada y cohesionada sea una familia mejor serán sus procesos comunicacionales y por el contrario entre menos adaptada y cohesionada sea una familia sus estados comunicacionales serán escasos. (Sigüenza, 2015:29).

3.2.1.2. Cohesión Familiar.

La dimensión 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. (Ferreira A, 2003:63).

La cohesión familiar está relacionada con el apego o desapego presente entre los miembros de la familia, como lo mencionan Schmidt, Barreyro, y Maglio (2010:31) *“la cohesión se refiere al grado unión emocional percibido por los miembros de una familia”*. Asimismo, Ortiz (2008:233) menciona que Olson para realizar el diagnóstico de éste parámetro dentro de la familia tomó en consideración lo siguiente: “los lazos emocionales/independencia, los límites/coaliciones, el tiempo/espacio, los amigos/toma de decisiones, y los intereses/recreación”. Estas consideraciones facilitan establecer los estilos familiares dentro del modelo Circumplejo, así tenemos familias con estilo desligado, separado, unidas y enredadas.

- a) **Desligada.** Caracterizada por la presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes. (Sigüenza, 2015:35).

Para Ferreira A. (2003:63) en este tipo de familia se puede observar una extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, se toma las decisiones independientemente y el interés se focaliza fuera de la familia.

- b) **Separada.** Sus límites externos e internos son semi-abiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo, cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares. (Sigüenza, 2015:35).

De acuerdo a Ferreira A. (2003:64) en este tipo de familias existe separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta, se prefiere la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal y el tiempo individual es importante, pero se pasa parte del tiempo, juntos.

- c) **Unidas.** Poseen límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual, además poseen límites externos semi-abiertos. (Sigüenza, 2015:35).

Para Ferreira A. (2003:64) este tipo de familias se caracterizan porque existe cercanía emocional, la lealtad familiar es esperada, se enfatiza el involucramiento 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 se pasa juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes y se prefiere la recreación compartida, que la individual.

- d) **Enredada.** Se caracterizan por poseer límites difusos, por lo que se dificulta identificar con precisión el rol de cada integrante familiar (Sigüenza, 2015:35).

Según Ferreira A. (2003:64) en este tipo de familias existe una cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, 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 se pasa juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el

interés se focaliza dentro de la familia y se prefieren los amigos de la familia a los personales.

3.2.1.3. Adaptabilidad familiar.

La dimensión de adaptabilidad es la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Para que exista un buen sistema de adaptación se requiere un balance entre cambios y estabilidad. (Ferreira A, 2003:66).

- a) **Caótica.** Se trata de un tipo de familia caracterizada por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente. (Sigüenza. 2015:35).

De igual forma, Ferreira A. (2003:66) refiere que este tipo de familia se caracteriza por un Liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones, existe alternancia e inversión en los mismos y frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente.

- b) **Flexible.** Se caracteriza por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia considere necesario (Sigüenza. 2015:35).

Para Ferreira A. (2003:66) se presenta un liderazgo que es igualitario que permite cambios, la disciplina es algo severa negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y algunas reglas cambian.

- c) **Estructurada.** Caracterizada porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes lo solicitan (Sigüenza. 2015:35).

Para Ferreira A. (2003:66) en este tipo de familia se puede ver que en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los

padres toman las decisiones, las funciones son estables, pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente y pocas son las que se cambian.

- d) **Rígida.** Con un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina rígida sin opción de cambios (Sigüenza. 2015:35).

El liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos y las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio. (Ferreira A, 2003:66).

3.2.1.4. Comunicación Familiar.

La comunicación familiar para Ferreira A. (2003:63) *“es la tercera dimensión y facilita el movimiento en las dimensiones de la cohesión y adaptabilidad. La comunicación familiar es un proceso interactivo en el que la comunicación es siempre una acción conjunta. Para el análisis, interesa más la forma y el contexto en que la comunicación actúa. Las habilidades de comunicación positiva, tales como empatía, reflexiva y comentarios de apoyo, permiten a las familias compartir entre sí sus necesidades y preferencias cambiantes en relación con la cohesión y la adaptabilidad. Las habilidades negativas tales como doble mensajes, dobles vínculos y críticas, disminuyen la habilidad para compartir los sentimientos y restringen por lo tanto la movilidad de la familia en las otras dimensiones”*.

La comunicación familiar es considerada como un punto importante del modelo Circumplejo de Olson, al decir de Lorente, y Martínez (2003) la comunicación dentro de este modelo “es considerada como un elemento modificable, en función de la posición de los matrimonios y familias a lo largo de las otras dos dimensiones”, sin embargo por ser facilitadora no se encuentra graficada en el modelo de Olson, ya que si se cambia el estilo comunicacional de las familias, muy probablemente se podría modificar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar.

Al decir de Lorente y Aquilino (2003) (Citado en Sigüenza, 2015:36) en el centro del modelo Circumplejo se encuentran los cuatro tipos de familias que se consideran

funcionales y son menos frecuentes; en los alrededores se encuentran las familias de carácter intermedio, que están próximas a la disfuncionalidad o a la funcionalidad; por otro lado los cuatro tipos extremos, reflejan el nivel de funcionamiento máximo y mínimo de las dos dimensiones, siendo los tipos de familia más disfuncionales tanto para un desarrollo individual como familiar, concluyendo que cuando una familia es extrema en una dimensión también suele ser extrema en la otra dimensión.

3.2.1.5. Niveles de funcionamiento familiar

La correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determina 3 niveles de funcionamiento familiar. En el rango balanceado se ubican las familias de óptimo funcionamiento, mientras que en el extremo se ubican las familias no funcionales.

Tipo equilibrado

Las familias de esta categoría son centrales en ambas dimensiones, y se encuentran al centro del círculo. Hablamos de las familias: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada.

En los sistemas abiertos, los individuos se distinguen por su habilidad por experimentar y balancear los extremos de independencia y dependencia familiar. Tienen la libertad de estar solos o conectados al miembro de la familia que elija. El funcionamiento es dinámico por lo que pueden cambiar. La familia es libre para moverse en la dirección de la situación, que el ciclo de vida familiar o la socialización de un miembro de la familia lo requiera. Ese tipo de familia es considerado el más adecuado. (Ferreira A, 2003:67).

De 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, rígidamente conectada. El funcionamiento de estas familias presenta algunas dificultades en una sola dimensión, las cuales pueden ser originadas por momentos de estrés. (Ferreira A, 2003:67).

Extremo

Este tipo de familia, tiene un funcionamiento menos adecuado. Según Olson (1989) (Citado en Ferreira A, 2003:78) estas familias son extremas tanto en las dimensiones de

cohesión como adaptabilidad, es decir, tienen una tendencia a ser rígida con liderazgo autoritario y una disciplina estricta, y en la que rara vez se combinan los roles y son familias que demuestran poca cercanía emocional entre sus miembros o una extrema cercanía emocional con alta dependencia y lealtad.

Olson considera que 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.

3.2.1.6. Lo funcional y lo disfuncional

Para comprender de mejor manera las diferencias entre la familia funcional y la familia disfuncional, en relación a ello, Almonte (2009) (Citado por Freile, 2015), refiere que una familia que funciona es la que tiene un respeto claro y oportuno por cada uno de sus miembros, sea cual fuere la edad que tengan, además que hacen respetar las jerarquías pero sin necesidad de ser autoritarios ni agresivos los unos a los otros, lo que conlleva a una comunicación basada en la confianza y por lo mismo a un desarrollo individual y de identidades acorde a las diferentes etapas de los individuos que conforman el núcleo sistémico familiar. Entonces, una familia disfuncional sería la que, como su nombre mismo dice, “no funciona”; dentro de los parámetros establecidos, es aquella que no logra cumplir cabalmente las tareas que se esperan de ella y presenta una perturbación en su funcionamiento interno, que repercute en la salud mental de uno o más de sus miembros. Cuando el sistema familiar no logra corregir la perturbación en su funcionamiento, se desarrollan círculos de interacción viciosos que aumentan la problemática a nivel interaccional y sintomático.

3.3. Depresión.

Para la presente investigación, se tomará la definición cognitivista de Beck, el mismo que define a la depresión como *“un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas*

específicas”. Para Beck lo más característico del trastorno depresivo es la denominada triada cognitiva: visión negativa sobre uno mismo, visión negativa de su entorno y visión negativa acerca del futuro. (Beck, 1983:78).

Es importante referir que cuando la depresión aumenta su intensidad, las personas pueden sufrir un trastorno del estado de ánimo. En relación a esto, Dahab, Rivadeneira & Minici (2002) refieren que cuando la depresión se torna intensa y se presenta de modo consistente casi a diario estén o no los sucesos que generan tristeza la persona padecen un trastorno del estado del ánimo. Los trastornos del ánimo muestran frecuentemente alteraciones del humor o un estado emocional negativo de carácter prolongado y persistente. El desorden más común dentro de este grupo es la depresión (Trastorno Depresivo Mayor según el DSM-IV), un estado en el que persona se siente triste y pierde el interés en la realización de actividades cotidianas. De igual forma aparecen sentimientos de inutilidad y desesperanza que se cristalizan en la idea de que la persona ha fracasado en su vida. El cansancio frecuente e intenso es acompañado de una gran dificultad para tomar decisiones aún en actividades muy sencillas. De esta manera, incluso prepararse un plato de comida o bañarse puede transformarse en un problema imposible de resolver. El cuadro se completa con síntomas tales como insomnio o hipersomnia, dificultad para la concentración y falta de deseo sexual. Los pacientes graves pueden llevar a cabo intentos de suicidio.

3.3.1. Características de la depresión en diferentes áreas

De acuerdo a Dahab, Rivadeneira & Minici (2002), la depresión presenta diversas características en las siguientes áreas:

-Estado de ánimo: sentimientos de tristeza, preocupación, vacío, melancolía y sensación de infelicidad.

-Cognoscitiva: dificultades de concentración, pérdida de interés, pensamientos negativos, culpa, indecisión e ideas suicidas.

-Conducta: retraso o agitación psicomotriz, aislamiento, relaciones de dependencia, llanto y suicidio.

-Somática: insomnio o hipersomnia, fatiga, aumento o disminución de apetito, pérdida o incremento del peso, molestias gástricas y falta de deseo sexual.

3.3.2. Modelo cognitivo de la Depresión

“El modelo de trabajo postulado por Beck y sus seguidores intenta conceptualizar de otro modo la relación propuesta tradicionalmente entre cognición, emoción y conducta. En lugar de pretender, como en el esquema clásico estímulo-respuesta, que la emoción evocada determina los pensamientos y conductas del sujeto de tal manera que si modificamos aquélla (por ejemplo por medio de fármacos) mejoraremos estos últimos, ahora la generación de emociones y conductas se los ve dependientes de una evaluación cognitiva del significado de la información ambiental”. (Figuroa, 2002: S/P).

Las operaciones cognitivas son la manera cómo las "estructuras" y los "procesos" cognitivos participan de modo interactivo para elaborar la información proveniente de los datos sensoriales, y gestan los "contenidos" (pensamientos, creencias, ideas). En la depresión se influyen circularmente de acuerdo a una retroalimentación negativa y deformada que se va perpetuando y causando los síntomas y quejas psicológicas, así como las manifestaciones somáticas. De igual manera, de acuerdo a una serie de experiencias en animales y humanos, Beck hace referencia que en la depresión sucesos estresantes infantiles estimulan la generación de estructuras o "esquemas" cognitivos estables negativos. (Figuroa, 2002:S/P).

Es importante mencionar que Beck propuso que las personas que padecían depresión se definían por las siguientes tres características en su manera de pensar:

- Los esquemas: los esquemas depresivos son creencias o supuestos básicos disfuncionales, mantenidos, no explícitos, abstractos, que regulan la información sobre sí mismo ("esquema de sí") así como los actos, emociones y creencias latentes ("yo soy

chico y gordo y sé que no tengo ninguna esperanza de que una mujer se fije en mí"). Esta información de los esquemas está almacenada en la memoria de largo plazo bajo la rúbrica de proposiciones generales, juicios y suposiciones distorsionados, e incluye reglas para la autoevaluación. (Figueroa, 2002:S/P).

- Los pensamientos automáticos: con el nombre de automático se quiere recalcar que este procesamiento no se da en forma deliberada, vale decir, que el individuo no elige necesariamente atender a cierta información y pasar por alto o descalificar otra. Son pensamientos que ocurren rápidamente, por momentos de manera subliminal, mientras se encuentra la persona en una situación, y en que ésta no llega a darse cuenta del alcance que tienen en su vida hasta que el terapeuta se los señala mediante preguntas dirigidas con habilidad ("*me invitaron a jugar fútbol, todos se van a reír de mí porque se van a dar cuenta que no le pego ni al tercer bote*", "*siempre tengo que estar en las buenas con toda la gente*"). Beck denomina "distorsiones cognitivas" a estas numerosas formas características de elaboración de su experiencia de los pacientes deprimidos (inferencia arbitraria, sobre generalización, etc.) y ha hecho notar que un análisis detenido de su contenido habitualmente revela errores típicos de lógica, que corrientemente persisten a pesar de evidencias que las contradicen ("*soy un perdedor*", "*antes de la prueba ya sé que será un desastre*", "*si no contesto todas las preguntas el profesor me va a dejar en ridículo frente a mis compañeros*") (Figueroa, 2002:S/P).

- La tríada cognitiva: en relación a la tríada cognitiva Camacho (2003:45), refiere que el paciente depresivo tiene una alteración en los patrones cognitivos que lo inducen a tener una:

- Visión negativa de sí mismo: se considera un inútil, un perdedor, se ve desgraciado, torpe, enfermo, tiende a subestimarse constantemente. Piensa que le faltan las cualidades o atributos que lo harían ser feliz, alegre o bueno.
- Visión negativa de sus experiencias: considera las relaciones con el medio en términos de derrotas o frustraciones, tiende a sentir que no puede enfrentar

las exigencias de la vida. Cada pequeña actividad se transforma en un esfuerzo terrible, tienden a ver los obstáculos y problemas constantemente.

- Visión negativa del futuro: tiende a ver el porvenir como negro, solo vendrán cosas peores, les cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista. En los pacientes depresivos el síntoma principal es la desesperanza por eso el futuro se ve como algo tan sombrío.

3.3.3. Signos y síntomas de la Depresión

En relación a los signos y síntomas Beck, Rush, Shaw & Emery (1979) refieren lo siguiente:

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.). También pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea.

Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979:S/P)

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera

fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979:S/P).

Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se pro-ponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una “inhibición psicomotriz”. (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979:S/P).

La depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. (Villa D, 2017:S/P).

Los estudiantes aquejados por los síntomas depresivos presentan dificultades en la concentración, en cumplir con sus obligaciones académicas y lograr obtener buenas calificaciones, por no poder poner atención en clases o estudiar; por ello, los alumnos deprimidos tienen doble propensión a abandonar sus estudios universitarios. (Rosas M, Yampufé M, López M, Carlos G & Sotil A, 2011).

En cuanto a la depresión y su relación con el sexo se pueden encontrar algunas diferencias, Vásquez A. (2013) indica que “algunos factores biológicos, fundamentalmente genéticos y hormonales tratan de explicar estas diferencias. Las mujeres están expuestas a mayor cantidad de estresores psicosociales y parecen ser más vulnerables al efecto depresogénico de estos”.

Algunos autores señalan que, aunque tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas de depresión, la experimentan de diferentes maneras y muestran diferencias a la hora de expresar sus síntomas depresivos, las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales; mientras a los hombres les resulta difícil expresar sus emociones y tienden más a la somatización”. (Vásquez A, 2013).

Gaviria S. (2009) refiere que “las mujeres están en mayor riesgo de depresión que los hombres, especialmente durante los años reproductivos. La diferencia en la depresión varía a través del ciclo vital, con un predominio de las mujeres sobre los hombres, que comienza al principio de la adolescencia y persiste en la madurez. Durante esos años las mujeres pueden asumir innumerables funciones y responsabilidades, es más probable que experimenten violencia sexual y doméstica y, con frecuencia, se encuentran en desventaja en términos de condición social y económica”.

La adolescencia es un período de tránsito entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Es esta una etapa de la vida en la que se afrontan grandes retos, por un lado, el cumplimiento de nuevas tareas del desarrollo, la adaptación a los nuevos cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con el incremento hormonal. Asimismo, en esta etapa de la vida se evidencia el establecimiento de una identidad individual, sexual y social, por medio de las relaciones con sus iguales y adultos significativos, (Alzuri M, Hernández N. & Calzada Y, 2017:152).

3.4. Tendencia al riesgo suicida.

Antes de definir la tendencia al riesgo suicida, es importante hacer la conceptualización del suicidio. El suicidio como tal 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, 1999) (Citado por Ríos, 2014: 15).

Por su parte la tendencia al riesgo suicida es atendida 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).

En relación a la tendencia al riesgo suicida, Reyes & Torres (2001:S/P) refieren que *“Los factores de riesgo familiares esenciales aumentan la vulnerabilidad de las familias para que aparezcan conductas autodestructivas entre sus miembros, su acción debilita la base afectivo emocional de la personalidad, aunque no podemos olvidar que el acto suicida tiene una etiología multifactorial y la familia no es la única variable que interviene en la evolución de este proceso.*

3.4.1. Fases del suicidio Según Poldinger.

Estadios del suicidio según Poldinger

Poldinger (1969, citado en Ríos J, 2014:60-61), hace referencia a los siguientes tres estadios:

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”.

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. 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 expresado 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.

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. (Poldinger, 1969, citado por Ríos J, 2014:60-61).

De acuerdo a Ríos J. (2014:62) la tasa de suicidio consumado para los hombres es casi cuatro veces mayor que la de mujeres, aunque descubrimientos recientes sugieren que la brecha se está cerrando, conforme más mujeres incurren en riesgos mayores. Por mucho, es más probable que las mujeres lo intenten, pero al parecer los hombres son más exitosos, debido a que utilizan medios más letales.

3.4.2. Clasificación de la conducta suicida.

De acuerdo a Campos (2004:43), la conducta suicida se puede clasificar en cuatro tipos:

1. La conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
2. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, la persona considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
3. Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que "no hay otra salida".
4. El intento suicida como medio de comunicación, en donde el individuo no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y, así, puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

Es importante mencionar que en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del individuo y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El suicida intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos. (Campos, 2004:55).

3.4.3. Etiología de la conducta suicida.

Para Téllez & Forero (2006) (Citado por Altuzarra, 2017), existen corrientes biológicas, psicológicas y sociales cuyos representantes al tratar de explicar la etiología de esta conducta, convergen hoy en el criterio de que la etiología de la conducta suicida es multifactorial.

- 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.

3.4.4. Teoría Cognitiva de Beck en relación al suicidio

Según Beck (1979) (Citado por Ortega, 2018), el suicidio forma parte de un contexto más amplio de la depresión. De acuerdo con su teoría cognitiva, los individuos elaboran categorías mentales en función de sus experiencias. Con dichas categorías los individuos perciben, estructuran e interpretan la realidad. Las categorías distorsionadas generan depresión, la cual puede provocar la conducta suicida, esta se puede producir porque el individuo elabora una imagen distorsionada de la realidad. Estos procesos cognitivos

operan como codificación, almacenamiento y recuperación de la información con base en el tipo de estructura cognitiva. Beck sostiene que los pacientes con tendencias suicidas muestran pensamientos negativos y creencias disfuncionales. Dichos pensamientos y creencias están vinculados con el intento de suicidio, es decir, todo acto auto dañino consciente y dirigido a la autodestrucción. Las creencias se consideran como mapas internos que dan “sentido” al mundo con base en las experiencias construidas y generalizadas. En el caso del suicida es común que las creencias generen diferentes distorsiones cognitivas como la abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización, pensamiento dicotómico, culpabilidad, etiquetas globales y muchos otros. El producto inmediato de estas distorsiones son los pensamientos que orientan el comportamiento suicida.

3.5. Investigaciones realizadas sobre funcionamiento familiar, nivel de depresión y tendencia al riesgo suicida.

Fueron realizadas muchas investigaciones tomando como tema de estudio al funcionamiento familiar, entre las cuales se encuentran las siguientes:

En **México** se realizó una investigación denominada “Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar” la misma que tuvo una muestra significativa de 252 estudiantes. Se utilizó estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, rangos, media, mediana y desviación estándar; para comparar las frecuencias de las variables, χ^2 ; para evaluar la fuerza de la asociación entre las variables, razón de momios (OR). Todos los cálculos se efectuaron con SPSS versión 10.

Para evaluar la depresión y la funcionalidad familiar se utilizó la escala de Birleson y el instrumento FACES III. En cuanto a los resultados “de los 273 alumnos participantes se eliminaron 21, de tal forma el total de adolescentes involucrados fue de 252: 134 hombres (53.2%) y 118 mujeres (46.8 %). Las edades estuvieron en el rango de 15 a 19 años. Se identificó depresión en 75 adolescentes (29.8 %). De acuerdo con el sexo, la frecuencia de la depresión en las mujeres fue de 42.4 % y en los hombres de 18.7%.

La familia rígidamente dispersa se presentó con más frecuencia en el grupo con depresión, y las familias flexiblemente aglutinada, estructuralmente aglutinada y rígidamente aglutinada, en los adolescentes sin depresión. En el resto de los tipos familiares no hubo diferencias estadísticamente significativas. (Leyva, Hernández, Nava & López, 2006).

En **Argentina** se realizó otra investigación en el año 2015, denominada “Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina”. Esta investigación estuvo conformada por una muestra de 116 pacientes. El objetivo principal fue analizar los componentes funcionales de la dinámica familiar y factores asociados al intento de suicidio en pacientes asistidos en un hospital público de Argentina en el año 2015. El estudio fue de tipo descriptivo-transversal en la guardia del Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo.

En cuanto a los instrumentos utilizados, destacan dos instrumentos respectivamente validados: el Apgar familiar y la Escala de riesgo de suicidio. Para la recolección de los datos se procedió al trabajo con casos clínicos de pacientes que habían sido ingresados al Servicio de Guardia del hospital, los cuales cumplían los criterios de inclusión para la muestra. Se aplicó el instrumento, en algunos casos, a los pacientes durante la asistencia en guardia y, en otros casos, debido al estado clínico o a la gravedad de la lesión, se acordó una entrevista posterior por consultorio externo. En los casos en los que no se tuvo acceso al paciente en la instancia de guardia, se contactó y se programaron entrevistas a través de los centros de atención primaria.

Los resultados encontrados refieren que en el 21.2% de los pacientes se observó un funcionamiento familiar muy bueno, mientras que en el 37.9% se observó un funcionamiento familiar moderado y en el restante 40.9% se observó una grave disfunción familiar. (Burgos, Narváez, De las Mercedes, Burrone, Fernández & Abeldaño, 2017).

En cuanto al riesgo suicida, las puntuaciones medias más bajas, entendiendo que a menor puntaje, mayor riesgo se obtuvieron en el factor relacionado con los afectos negativos (media 1.8; DE 0.5) y en el factor relacionado con la satisfacción (media 2.3; DE 0.6). Mientras que el factor con las medias más altas fue relacionado con el sentido de vida (media 2.8; DE 0.5). La media de toda la escala fue de 2.4 (DE 0.5).

Al interior de cada componente de la escala de riesgo suicida se observó que, dentro de la sub escala de conductas suicidas, los ítems con menor puntaje están relacionados con los sentimientos de que la vida no vale la pena, con el deseo de estar muerto y lejos de todo, mientras que las representaciones vinculadas a imaginar el propio suicidio también tuvieron puntajes que señalan a estas afirmaciones como los factores de riesgo más importantes. (Burgos, Narváez, De las Mercedes, Burrone, Fernández & Abeldaño, 2017).

Un estudio que destaca dentro del **ámbito local**, es el realizado el año 2018, denominado “Funcionamiento familiar y tendencia al riesgo suicida en estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio” “José Manuel Belgrano”, turno tarde, de la ciudad de Tarija”. Esta investigación se tipificó como un estudio descriptivo-correlacional, con una muestra de 197 sujetos obtenida a partir de un muestreo probabilístico aleatorio estratificado considerando las variables sexo y edad entre hombres y mujeres de 14 y 18 años, estudiantes de nivel secundario. Se realizó un abordaje diagnóstico utilizando tres escalas psicométricas: la escala de Tendencia Suicida de Poldinger, la escala FASE III con su complementó anexo el FCS. Posteriormente, se realizó un análisis estadístico a través del coeficiente de correlación Lineal de Pearson para encontrar el tipo de correlación existente entre las diferentes variables. (Altuzarra, 2017).

De manera general, dentro de los resultados se encontró que el tipo de diagnóstico de Tendencia Suicida imperante corresponde al de No Riesgo Suicida. Asimismo, se encontraron grados muy bajos de diagnóstico de Riesgo Suicida. Si bien este dato no tiene mayor relevancia desde el punto de vista cuantitativo, adquiere una significatividad muy alta desde el punto de vista cualitativo, ya que se está hablando de vidas humanas.

Por otro lado, se encontró que el tipo de funcionamiento familiar predominante es el de Rango Medio, referidas a aquellas familias moderadamente funcionales. A la vez, dentro de las dimensiones que compone el funcionamiento familiar se encontró que la cohesión familiar predominante es el tipo desligada, interpretado como un nivel bajo dentro de esta dimensión. Asimismo, existe una prevalencia del tipo de Adaptabilidad familiar Caótica, interpretado como un nivel alto dentro de esta dimensión. Cabe mencionar que los niveles altos o bajos son formas extremas que componen a las familias disfuncionales. (Altuzarra, 2017).

Por último, de acuerdo al resultado obtenido a través del coeficiente de correlación de Pearson se pudo concluir como resultado de la investigación realizada que existe una relación poco significativa entre la tendencia 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. (Altuzarra, 2017).

En cuanto a la variable depresión destacan varios estudios realizados no solo en el ámbito internacional, sino que se encuentran también investigaciones dentro del medio. Entre las realizadas fuera del país se encuentran las siguientes:

En **Colombia** se realizó un estudio titulado “Prevalencia de depresión y de ansiedad en estudiantes de Medicina”. *“para alcanzar los objetivos de investigación se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con elementos analíticos, en el cual se evaluó la presencia de síntomas depresivos y ansiosos (a la mitad del periodo académico del segundo semestre de 2006) mediante la utilización de las escalas de Zung para depresión y ansiedad (pruebas de tamizaje), así como la severidad de la psicopatología. También se recolectó información sobre variables sociodemográficas, académicas y otras variables clínicamente relevantes de control para evaluar la asociación entre la presencia de depresión y ansiedad según las escalas de Zung y el desempeño académico.* (Bohórquez, 2007:48).

La población de estudio estuvo constituida por 743 estudiantes de Medicina de 1° a 10° semestre de la Pontificia Universidad Javeriana, activos en el segundo semestre de la gestión 2006.

En relación a la variable que interesa al presente estudio, los resultados refieren que la prevalencia de depresión durante el segundo semestre fue de 46,95%, siendo leves 58,48 de los tamizajes positivos, moderada 30,32% y severa 11,19%. (Bohórquez, 2007).

De igual manera, en **Colombia** se realizó un estudio denominado “Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud de una universidad pública”

El objetivo de esta investigación fue identificar los niveles de depresión presentes en un grupo de universitarios y las variables sociodemográficas que se relacionan con ellos. En relación a la muestra, esta estuvo conformada por 190 estudiantes (35,8% hombre y 64,2% mujeres, con una media de 20,4 años y una Desviación Típica de 2,7) de cuarto y quinto semestre de los Programas de Psicología, Medicina, Odontología y Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud de una Universidad Pública del Departamento del Magdalena. (Ferrel, Celis & Hernández, 2011).

En cuanto a los instrumentos, fue utilizado el “Inventario de Depresión de Beck” (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y se registraron los datos sociodemográficos necesarios.

Los resultados encontrados refieren que el 52% de la población universitaria estudiada sufre de algún grado de depresión, el 8% presentó síntomas de depresión grave, el 19% presentó depresión moderada y por último el 25% depresión leve. Tomando en cuenta que esta investigación relacionó los resultados de la depresión con algunos datos socio demográficos, en función a ello, los resultados refieren que en cuanto a los factores sociodemográficos asociados se encontró que presentaron mayor porcentaje de depresión los estudiantes de Medicina (5,7%), seguido por los de Odontología (1,5%), y

Enfermería (0,5%). En Psicología no se presentó ningún caso. Hay una mayor presencia de la enfermedad en mujeres (30,4%) que en hombres (21,4%), sin embargo, los hombres tienen mayor presencia de depresión grave en una proporción superior a casi la tercera parte que las mujeres. También se encontró que los niveles de depresión grave se concentran más en los estratos 1 y 2, y que la depresión prevalece en mayor medida entre los jóvenes de 18 a 24 años que en los de mayor edad. Se concluye que existe una tendencia a presentar trastornos depresivos en esta población, la cual puede llevar al ausentismo, deserción o suicidio. (Ferrel, Celis & Hernández, 2011).

Dentro del **ámbito local**, otra investigación que aportó datos importantes, es la titulada “Relación entre el nivel de ansiedad, depresión y autoestima con el rendimiento académico de los estudiantes de 4°, 5° y 6° de secundaria que asisten a la unidad educativa nocturna Nuestra Señora del Rosario de la localidad de Entre Ríos”. A pesar de que en este estudio no se centró en su totalidad en la depresión, arrojó datos importantes en relación a esta variable. Este estudio fue realizado el año 2017, para el análisis de los resultados se utilizaron ambos enfoques, tanto el cuantitativo como también el enfoque cualitativo. La población estuvo constituida por 150 estudiantes del nivel secundario, en relación a la muestra estuvo conformada por 75 estudiantes del 4°, 5° y 6° de secundaria que en términos porcentuales representa aproximadamente al 50% de la población total.

Para el diagnóstico de la depresión fue utilizado el Inventario de Depresión de Beck de Aaron Beck, el cual es un instrumento compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y jóvenes a partir de los 13 años.

En cuanto a los resultados, se encontró que *“los estudiantes presentan un nivel de depresión normal y depresión leve, lo que indica, que en algunos momentos pueden presentar síntomas como ser tristeza, falta de autoestima, cansancio, falta de interés o desilusión, pero de una forma suave que no afecta a sus actividades diarias”*. (Cayo, 2017:66).

Por último, tomando en cuenta que en este estudio se correlacionó la variable depresión con el rendimiento académico, los resultados refieren que *“de acuerdo a los resultados obtenidos del cálculo de índice de correlación de Pearson, entre el nivel de depresión y el nivel de rendimiento académico se obtuvo como resultado -0,048 lo que indica que existe una correlación negativa muy baja, entre las variables estudiadas”*. (Cayo, 2017:56).

Dentro del **ámbito local**, otro estudio que fue realizado y que incluyó a la variable depresión es el titulado “Características sociodemográficas, niveles de autoestima y depresión en estudiantes de la carrera de Psicología, UAJMS”. Este estudio fue tipificado como exploratorio y descriptivo, contó con una muestra de 80 estudiantes de la carrera de Psicología, 16 estudiantes de cada año, 50% de mujeres y 50% de varones, cuyas edades varían desde los 17 hasta los 25 años en general. También es importante mencionar que los datos obtenidos para los resultados fueron recabados entre los meses de octubre y diciembre de la gestión 2010. Para recabar datos sobre la depresión fue utilizado el Inventario de Depresión de Beck.

En relación a la variable depresión los resultados encontrados refieren que el 29% de los estudiantes de la carrera de Psicología no tienen depresión, de igual manera un 28% presentaron depresión grave lo que indica que suelen presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismos y sentimientos de culpa, así también un 26% presentó depresión leve lo cual hace referencia a que el estudiante se siente triste y preocupado por ciertos acontecimientos, por la situación de incertidumbre, causando una pérdida de interés en las actividades que debe realizar y finalmente también se encontró que un 17% de los estudiantes de la carrera de Psicología presentó depresión moderada lo cual indica que el sujeto se muestra cansado, puede rehuir las actividades sociales, tiene pesimismo, en el área psíquica se produce tristeza, desmoralización y pérdida de autoestima; en la orgánica, decaimiento o debilidad, abatimiento, pérdida o aumento de peso y alteraciones del sueño. (Ballesteros, 2011:S/P).

En relación a la tendencia al riesgo suicida se realizó una investigación en la ciudad de **México**, denominada “Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas”; para este estudio la muestra estuvo constituida por 10,659 estudiantes, de los cuales el 50.5% fueron hombres y el 49.5% mujeres. Se seleccionaron aleatoriamente escuelas de las 16 delegaciones del DF. El diseño de muestra fue estratificado, bietápico (escuela-grupo) y por conglomerados, la variable de estratificación fue el tipo de escuela. (García, 2006:S/P).

La información fue obtenida a través de un cuestionario auto aplicable en tres formas, las secciones específicas del instrumento que se utilizaron en el presente trabajo, se encuentran en las tres formas y son: Escala de Ideación Suicida y la Cédula de Intento Suicida. En cuanto a los resultados, se encontró que la prevalencia de intento suicida es 3 veces mayor en las mujeres (16.5%) que en los hombres (5.8%). Respecto a la ideación suicida, se encontró que el 6.3% de los hombres y el 8.7% de las mujeres reportó haber presentado los 4 síntomas. (García, 2006:S/P).

Por otro lado, en lo que respecta a los motivos para intentar suicidarse, se encontró que la soledad, tristeza y depresión (43.8%), fue el principal motivo. El segundo lugar, lo ocuparon los problemas familiares con 41.8%. El tercer motivo para las mujeres fueron tanto los problemas de pareja como los problemas personales (18.6% para ambos). En cuanto a los hombres, los principales motivos que reportaron para haber intentado suicidarse, fueron los problemas familiares, seguidos de la soledad, tristeza y depresión (37.5% y 32.8% respectivamente). El tercer motivo reportado fueron los problemas personales (18.8%). Cabe destacar que este motivo fue reportado al igual que las mujeres en tercer lugar, no obstante las mujeres tuvieron igual porcentaje en problemas de pareja y en los hombres se reportó en cuarto lugar con 17.5%. (García, 2006:106).

Asimismo, en **Argentina** se realizó un estudio titulado “Ideación suicida en adolescentes”. Esta investigación contó con una muestra representativa de 92 adolescentes escolarizados de 15 a 18 años de una Institución Educativa de la Ciudad de Río Cuarto, Córdoba. Como principal objetivo se planteó describir la prevalencia de Ideas Suicidas en Adolescentes. El abordaje se realizó entregándole

a cada alumno un Inventario sobre Orientaciones Suicidas–ISO-30 y una pequeña Escala Sociodemográfica, ambos auto-administrados, reservando anonimato, y realizados de manera voluntaria.

Es importante mencionar que se utilizó una metodología cuantitativa y descriptiva de los datos. En cuanto al periodo de aplicación, estos datos fueron recabados en el segundo semestre del año 2015. (Varengo, 2016).

En relación a los resultados que fueron encontrados, estos refieren que el 65,2% de la población posee un bajo nivel de ideación suicida, el 19,5% posee un moderado nivel de ideación suicida, y por último el 17,4 % de la población posee un alto nivel de ideación suicida. Una de las conclusiones finales refiere que si bien prevalece un bajo nivel de ideación suicida, existe una población significativa a tener en cuenta, puesto que muchos adolescentes han contestado positivamente a la presencia de ideas suicidas. (Varengo, 2016).

De igual manera, en **Perú** se realizó una investigación denominada “Inteligencia emocional y riesgo suicida en estudiantes de quinto año de la institución educativa secundaria Comercial N° 45 Emilio Romero Padilla”. Esta investigación fue de diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional, de enfoque cuantitativo y de corte transversal.

En cuanto a la muestra, la misma estuvo conformada por 89 estudiantes entre mujeres y varones del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Comercial N° 45. Para la recolección de la información sobre el riesgo suicida fue utilizada la Escala de riesgo suicida de Plutchik. (Sumari & Vaca, 2017).

En relación a los resultados encontrados, los mismos refieren que el 48.3% de los encuestados evidencian un riesgo suicida en un nivel leve, es decir no han habido intentos suicidas, y la ideación es de baja frecuencia e intensidad y el autocontrol está conservado; de igual manera se encontró que un 46.1% presenta un nivel de riesgo moderado, es decir las ideas suicidas son más intensas y frecuentes, pero existe autocontrol y finalmente un 5.6% evidencia un riesgo alto, es decir que evidencia un deterioro de autocontrol, donde la tristeza, infelicidad e ideación son más frecuentes, intensos y persistentes. (Sumari & Vaca, 2017).

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación pertenece al área de la **Psicología clínica**, ya que la unidad de estudio es el individuo, en este caso en particular fueron realizados diagnósticos individuales a cada uno de los sujetos que formaron parte de la muestra poblacional. Se realizaron diagnósticos sobre tipo de funcionamiento familiar, el nivel de depresión y la tendencia al riesgo suicida para posteriormente analizar la relación entre estas variables.

En relación al término de Psicología clínica, Sánchez (2008: 4) refiere que *“La Psicología se ocupa de los problemas relativos al área de la salud mental. Los psicólogos clínicos evalúan, diagnostican y tratan individuos y grupos con una serie de métodos y técnicas propias, con el objeto de lograr una mejor adaptación conductual, efectividad y satisfacción personal”*.

Asimismo, tomando en cuenta otro punto de vista, la presente investigación cuenta con las siguientes características:

Es un estudio de tipo **descriptivo y correlacional**. Descriptivo porque se realizó la caracterización de un grupo de variables, haciendo a su vez una valoración cuantitativa y consecutivamente cualitativa de forma independiente.

En relación a los estudios descriptivos; Hernández, Fernández & Baptista (2014: 92) refieren que *“con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”*.

Asimismo, es un estudio de tipo correlacional, porque una vez determinados los valores descriptivos de las variables, se procedió a encontrar el tipo de relación existente entre las mismas. En este caso en particular se procedió a encontrar la relación entre el tipo de funcionamiento familiar, el nivel de depresión y la tendencia al riesgo suicida.

En función a los estudios correlacionales; Hernández, Fernández & Baptista (2014: 93) refieren que *“este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio de vínculos entre tres, cuatro o más variables”*.

Por otra parte, tomando en cuenta que con la realización del presente estudio se pretende generar información absorbiendo dudas científicas, se lo puede marcar como un estudio de tipo **teórico**. Desde un inicio se pretendió identificar el tipo de funcionamiento familiar predominante, estableciendo el nivel de depresión y determinando la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija. En relación a los estudios teóricos Robles (2017) indica que el propósito de este tipo de investigaciones es incrementar las bases del conocimiento científico, ya que solo buscan mejorar el entendimiento humano sobre ciertos fenómenos o un comportamiento en particular.

Tomando en cuenta los instrumentos que fueron empleados y por el procedimiento de tabulación de datos que se utilizó, el estudio puede ser tipificado como **cuantitativo**. Los instrumentos que se utilizaron fueron validados a través de la estadística inferencial, además cada uno de los baremos de estos instrumentos fueron contruidos en base las medias poblacionales.

En relación a los estudios cuantitativos, Hernández, Fernández & Baptista (2014: 4) refiere que este tipo de estudios *“utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías”*.

En función al tiempo que se utilizó para el desarrollo de las distintas etapas de la investigación, el estudio es de tipo **transversal**, ya que el estudio se realizó en un solo momento temporal, además se seleccionó una muestra representativa, sin el seguimiento exhaustivo de una o pocas unidades de estudio.

En relación a los estudios de tipo transversal; Hernández, Fernández & Baptista (2014:154) refieren que *“su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es como tomar una fotografía de algo que sucede”*.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. Población

Para el presente estudio la población estuvo constituida por todos los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija. De acuerdo a datos proporcionados por “UNADA” de la facultad de Humanidades, los estudiantes de la carrera de Psicología son un número de 818. (Datos proporcionados por UNADA de la “Facultad de Humanidades”, el 19 de noviembre de 2019).

Para delimitar la población con mayor precisión se utilizaron las siguientes variables de selección:

1. Sexo:

a) Masculino b) Femenino

2. Semestre:

a) Primer b) Tercer c) Quinto d) Séptimo e) Noveno

4.2.2. Muestra

La muestra seleccionada para la presente investigación estuvo compuesta por 130 estudiantes de la carrera de Psicología. La definición del tamaño de la muestra estuvo determinada por las características propias del estudio, esto porque el mismo es de tipo exploratorio.

En cuanto al tipo de muestreo, en el presente estudio se empleó el muestreo probabilístico, con este tipo de muestreo todos los estudiantes de la carrera de Psicología tuvieron las mismas probabilidades de ser elegidos.

A continuación, se muestra el detalle de la muestra dividida por semestre y por la variable sexo:

Sexo	Semestre					Total
	Primer	Tercer	Quinto	Séptimo	Noveno	
Masculino	13	13	13	13	13	65
Femenino	13	13	13	13	13	65
Total	26	26	26	26	26	130

Fuente: Elaboración propia

4.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.3.1. Métodos

Para la presente investigación se emplearon los métodos en base a los cuales se estructura el proyecto en su totalidad, el procedimiento de interpretación de los datos, y los métodos que hacen referencia a la recolección de datos. Todos estos métodos se encuentran descritos en los siguientes apartados:

Métodos de la estructura lógica del proyecto:

Método analítico. En el presente estudio fue empleado el método analítico, puesto que se pretendía identificar algunos elementos componentes de un fenómeno, en este caso en particular se buscó identificar primero el tipo de funcionamiento familiar, el nivel de depresión y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología. Es importante mencionar que todos estos objetivos planteados en la presente investigación son de naturaleza analítica. En relación a este método, Lopera, Ramírez, Zuluaga & Ortiz (2010) refieren que el método analítico es un camino para llegar a un resultado mediante la descomposición de un fenómeno en sus elementos constitutivos.

Método deductivo. La presente investigación empleó el método deductivo puesto que a partir de teoría se procedió a interpretar los resultados que fueron encontrados. Es importante mencionar que esta deducción se realizó correlacionando los resultados de los instrumentos y las teorías correspondientes a los mismos.

De acuerdo a Hernández, Fernández & Baptista (2014), la lógica o razonamiento deductivo comienza con la teoría y de ésta se derivan expresiones lógicas denominadas “hipótesis” que el investigador somete a prueba. En relación a ello, es importante mencionar que dentro de la presente investigación, las hipótesis fueron planteadas mediante un proceso hipotético deductivo, debido a que los conocimientos previos con los que se cuentan sobre la funcionalidad familiar, la depresión y la tendencia al riesgo suicida, fueron formulados a través de tentativas cuya naturaleza se basa en deducciones de teorías psicológicas relacionadas con las variables mencionadas.

Método de campo o naturalista participante. La presente investigación utiliza como método general al método naturalista o de campo, debido a que el investigador no ejerce influencia alguna sobre la población objetivo, solamente se procedió con el registro de datos en función a los objetivos planteados.

De igual manera se empleó el método naturalista o de campo porque se realizó el abordaje en el lugar donde se presenta el fenómeno de estudio. Asimismo, es necesario mencionar que se trata de un método naturalista **participante** puesto que el investigador realizó la aplicación de los instrumentos de manera personal, influyendo en cierto grado en la población objetivo. En cuanto a la relación del investigador y el objeto de estudio en el método naturalista, Guba (1981:149) sostiene que *“el investigador y las personas investigadas, están interrelacionados, cada uno influye en el otro. Por supuesto, los investigadores hacen todos los esfuerzos para mantener una distancia óptima entre ellos mismos y el fenómeno, pero ni por un momento consideran que la distancia óptima sea impenetrable a los intercambios investigador-investigado”*.

Métodos referidos al procedimiento de recolección de los datos:

Para el cumplimiento de los objetivos planteados, se empleó el siguiente método para recoger los datos:

Test psicológicos estandarizados. Se empleó este método, puesto que se utilizaron test estandarizados, los cuales cuentan con su respectiva validez y fiabilidad. Otra característica que tienen estos test es que cuentan con normas específicas para la aplicación y la interpretación de los datos.

En relación a los test estandarizados Tristán & Pedraza (2017:18) refieren que *“las pruebas estandarizadas son los instrumentos de medición más utilizados en psicología, educación, ciencias de la salud y ciencias sociales, que cuentan con un amplio desarrollo técnico y metodológico con formas perfeccionadas para medir los rasgos observables o latentes, en la población focal específica y con un grado de precisión previamente establecido y controlado por procedimientos logísticos y administrativos igualmente objetivos”*.

3.3.2. Técnicas

Para el cumplimiento de cada uno de los objetivos planteados y en función a los métodos adoptados se estableció la siguiente técnica:

Técnica de los test psicométricos. Se empleó esta técnica ya que todos los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos, son de naturaleza psicométrica, esto refiere que son instrumentos que cuentan con escalas objetivas y estructuradas. Es importante mencionar también que los resultados fueron procesados de manera estadística. Dentro de esta técnica se enmarcan, la escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Tendencia Suicida de Poldingen.

3.3.3. Instrumentos

En función a los métodos y las técnicas que se emplearon en el estudio, a continuación, dentro de una tabla resumen se presentan los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos:

Cuadro resumen de las variables y sus respectivos instrumentos:

Variable	Instrumentos
1. Funcionamiento familiar.	1. Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)
2. Depresión	2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
3. Tendencia al riesgo suicida	3. Escala de Tendencia Suicida de Poldinger

Para una mejor descripción, a continuación se presenta la ficha técnica de cada uno de los instrumentos que fueron empleados en la presente investigación:

Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)

Autor: David H. Olson, Joyce Portner & Yoav Lavee.

Objetivo del test: Determinar el funcionamiento familiar a través de dos variables centrales: cohesión y adaptabilidad familiar.

Técnica: Test psicométrico (Escala).

Historia de creación y baremación: el Modelo Circumplejo de sistemas familiares fue desarrollado por el Dr. David H. Olson y sus colegas Russell y Sprenkleen, entre los años de 1979 a 1989, como un intento de involucrar o integrar tanto la investigación teórica como la práctica, proponiendo una escala destinada a evaluar la percepción del funcionamiento familiar en dos parámetros: la Adaptabilidad y la Cohesión familiar. La versión original del FACES contaba con 111 ítems y fue modificada en varias ocasiones para mejorar sus propiedades psicométricas, llegando a conformar el cuestionario FACES II y luego el FACES III. El FACES III, consta de dos partes con 20 ítems cada una, las cuales deberán ser puntuadas a través de una escala de Likert, con un rango de uno a cinco puntos desde una visión cuantitativa y de una forma cualitativa contempla los parámetros: casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi

nunca. Su primera parte se encuentra constituida por 20 ítems, destinados a valorar el nivel de cohesión (10 ítems) y adaptabilidad (10 ítems) de la familia de acuerdo a la percepción del sujeto en ese momento de una forma real. Su segunda parte se encuentra constituida por los mismos 20 ítems de la primera parte que reflejan la adaptabilidad y la cohesión familiar, pero desde una visión idealista del sujeto, es decir lo que a éste le gustaría que fuese su familia. Comparando los resultados, se obtiene la diferencia de la percepción real versus la ideal y el índice de satisfacción que el sujeto tiene con el funcionamiento de su familia.

Confiabilidad y validez: En el Perú, la Escala original fue adaptada por Rosa María Reusche Lari (1994). Su investigación fue realizada en Lima, con una muestra de 443 adolescentes de ambos géneros, estudiantes de secundaria pertenecientes a un nivel socio-cultural medio. Usando el Coeficiente Alpha de Cronbach, la confiabilidad para cada escala (cohesión y adaptabilidad), se obtuvo en cada submuestra y muestra los siguientes resultados.

	Muestra 1	Muestra 2	Muestra total
Cohesión	0.76	0.75	0.77
Adaptabilidad	0.58	0.63	0.62
Escala total	0.67	0.67	0.68

Estableciendo así una alta confiabilidad en el instrumento de Olson. También, de esta manera se elaboró una investigación en México con 270 familias elegidas al azar para determinar la validez de constructo del FACES III donde se pudo llegar a la conclusión que el respectivo instrumento tiene confiabilidad en un 70%.

Procedimiento de aplicación y calificación: en cuanto a la aplicación del instrumento, se trata de una escala muy sencilla y de rápida aplicación, la pueden completar personas de 12 años en adelante con un grado mínimo de escolarización, pues sus ítems están redactados de forma clara, intentando disminuir la mayor cantidad de dobles negaciones. Esta escala puede ser administrada a individuos, parejas y familias, que se encuentren en cualquier etapa del ciclo vital familiar, ya sea con fines clínicos o como parte de una investigación.

Para la obtención de los puntajes del FACES III se debe seguir unos pasos muy sencillos luego de su aplicación y de haber verificado que los sujetos evaluados no hayan dejado algún ítem sin responder:

Primero se debe partir de sumar los ítems impares, los mismos que nos darán un posterior resultado de la variable cohesión. Los valores de cada ítem estarán dados por la opción de respuesta escogida por el sujeto evaluado, valores que podrán ir de 1 si eligió la opción casi nunca, hasta 5 si es casi siempre.

Después se debe sumar los ítems pares lo que nos dará un posterior resultado de la variable adaptabilidad, recordando que los valores de los ítems estarán dados por la opción de respuesta que el sujeto haya elegido al igual que en el paso anterior. Después se debe emplear los baremos y se deben identificar los valores aproximados tanto de cohesión y adaptabilidad en la columna de números de la derecha del puntaje bruto obtenido en los dos pasos anteriores, trabajo que posibilita la obtención del tipo de familia.

Sin embargo, otra posibilidad es la ubicación de estos puntajes en el diagrama del modelo Circumplejo de Olson, en el lugar correspondiente a cada dimensión, realizando una intersección entre ambos puntajes, obteniendo uno de los 16 posibles tipos de familias, las que se forman de la combinación de ambas dimensiones. Finalmente, se realizan todos los pasos anteriores también para la familia ideal, obteniendo la idealización familiar de los sujetos evaluados.

Descripción de los materiales: El FACES III, consta de dos partes con 20 ítems cada una, las cuales deberán ser puntuadas a través de una escala de Likert, con un rango de uno a cinco puntos desde una visión cuantitativa y de una forma cualitativa contempla los parámetros: casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca.

Su primera parte se encuentra constituida por 20 ítems, destinados a valorar el nivel de cohesión (10 ítems) y adaptabilidad (10 ítems) de la familia de acuerdo a la percepción del sujeto en ese momento de una forma real.

Su segunda parte se encuentra constituida por los mismos 20 ítems de la primera parte que reflejarán la adaptabilidad y la cohesión familiar, pero desde una visión idealista del sujeto, es decir lo que a éste le gustaría que fuese su familia.

Comparando los resultados, se obtiene la diferencia de la percepción real versus la ideal y el índice de satisfacción que el sujeto tiene con el funcionamiento de su familia.

La escala se encuentra estructurada con dos ítems para cada uno de los cinco conceptos relativos a la dimensión de cohesión: vinculación personal (11-19), apoyo (1-17), límites familiares (5-7), tiempo y amigos (9-3), e intereses y recreación (13-15); dos ítems para cada una de las variables de la dimensión de adaptabilidad: liderazgo (6-18), control (12-2), disciplina (4-10); y cuatro ítems vinculados a la combinación de roles y reglas. (8-14-16-20).

Escala:

Para determinar el tipo de cohesión y adaptabilidad familiar se utilizan las siguientes escalas:

Cohesión familiar: Desligada (de 10 a 34 puntos), Separada (de 35 a 40 puntos), Unida (de 41 a 45 puntos) y enredada (de 46 a 50 puntos).

Adaptabilidad familiar: Rígida (de 10 a 19 puntos), Estructurada (de 20 a 24 puntos), Flexible (de 25 a 29 puntos) y Caótica (de 30 a 50 puntos).

Dentro de la matriz propuesta por Olson, a partir de la combinación de la variable cohesión y adaptabilidad, se derivan los siguientes tipos de funcionamiento familiar:

Extremo

Rango medio

Equilibrado

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Autor (es): Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J.

Autor de la adaptación española (BDI-II): Jesús Sanz, Antonio Luis Perdigón y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España.

Objetivo del test: el objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la depresión.

Técnica: Test psicométrico (Inventario).

Historia de creación y baremación: este inventario fue creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva Aarón T. Beck y sus colaboradores, en el año 1961. El BDI es bastante utilizado como una herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores de varias áreas.

Una razón de la popularidad de este instrumento es el creciente prestigio que fue adquiriendo su creador, Aarón Beck, y la progresiva difusión y éxito de su teoría y terapia cognitivas de la depresión.

El inventario de depresión de Beck ha sido modificado con el paso de los años. Para la presente investigación se utiliza el (BDI-II), esta reciente versión del inventario de depresión para su baremación y estudio de propiedades psicométricas, se administró a una muestra española de 490 personas procedentes de una población heterogénea en cuanto a edad, estado civil, profesión y nivel de estudios. Estas personas fueron reclutadas mediante la técnica de la "bola de nieve", es decir, se pidió a un grupo de estudiantes de tercer curso de Psicología que invitaran a participar en un estudio sobre personalidad y esquizotipia a sus familiares y amigos según unos criterios que aseguraran la estratificación de la muestra en función de la edad y del sexo. Es importante mencionar que no se tuvieron en cuenta los datos procedentes de 11 personas que devolvieron el BDI-II incompleto, de otras ocho que no indicaron su sexo o edad, y de una persona que era menor de 18 años, de forma que la muestra final quedó constituida por 470 personas (223 varones y 247 mujeres). Las puntuaciones totales del BDI-II oscilaron entre 0 y 43, con una media igual a 9,4 y una desviación típica igual a 7,7. Estos resultados son consistentes con los que presenta la literatura científica sobre el BDI-II en muestras de la población general. (Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003:23).

Confiabilidad y validez.

Tomando en cuenta que la confiabilidad es entendida como el cambio que pueda existir al aplicar un instrumento en varias ocasiones y que los resultados de las mismas sean análogos, en relación a la confiabilidad del (BDI-II); en un estudio realizado con el test original se obtuvo una correlación test-retest muy elevada (0,93). La muestra estaba formada por 26 pacientes y el intervalo entre aplicaciones fue de una semana. Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del (BDI-II).

En cuanto a la validez, las puntuaciones de la prueba presentaron una adecuada validez convergente: elevadas correlaciones (superiores a 0.50) con las medidas de depresión del MCMI-II y del LED. La validez discriminante resultó más comprometida. Por un lado, se obtuvieron correlaciones moderadas con la medida de ansiedad del STAI. Por otro, sin embargo, se observaron altas correlaciones con la medida de ansiedad del BAI. Los autores argumentan que esta elevada asociación se explica por la presencia de síntomas compartidos en las definiciones clínicas de depresión y ansiedad. Los resultados expuestos indican que el BDI-II es un test apropiado para la medición de la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva en la población española, tanto en ámbitos clínicos como de investigación.

Procedimiento de aplicación y calificación:

La aplicación puede realizarse de dos maneras, la primera haciéndolo de manera directa con el individuo y la segunda forma de aplicación puede realizarse de manera colectiva. El tiempo de aplicación puede ser entre 5 y 10 minutos. En cuanto a la puntuación, tomando en cuenta que el formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3, entonces la puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems, el rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico.

Descripción de los materiales:

Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

Escala:

En cuanto a la escala, se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, no depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Escala de Tendencia Suicida de Poldinger

Autor: Walter Poldinger

Objetivo del test: esta escala tiene como objetivo evaluar la posibilidad de un suicidio en una o varias personas.

Técnica: Test psicométrico (Escala).

Historia de creación y baremación: La escala de tendencia suicida fue creada por el Dr. Walter Poldinger en el año 1980, a partir de la publicación de su libro titulado “La tendencia al suicidio: estudio médico-psicológico y médico-sociológico”. Originalmente esta escala fue creada en la República Federal Alemana. 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.

Confiabilidad y validez: Para encontrar 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 encontrado 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.

Procedimiento de aplicación y calificación: el instrumento puede ser aplicado tanto de manera individual como de manera colectiva. Se procede a entregar a cada sujeto el cuadernillo con 16 ítems, donde el evaluado deberá anotar la opción de respuesta que más se adecue sobre aspectos que ha sentido o hecho. En relación a las opciones de respuestas, el sujeto evaluado puede responder entre SÍ o NO. Para la calificación de este instrumento, se procede primero a sumar las respuestas positivas y negativas obteniendo un resultado global, después de realizar esto se procede a multiplicar el resultado global por una constante de 6.25 llegando, a brindar de esta manera la probabilidad de llevar a cabo la conducta suicida. El autor asume como puntuación lo siguiente:

- Anotar un punto por cada respuesta de Sí del ítem 1 al 11 y colocar en N1.
- Anotar un punto por cada respuesta No desde el ítem 12 al 16 y colocar en N2.
- Sumar $N1 () + N2 () = \underline{\quad} \times 6.25 = \underline{\quad}$

Descripción de los materiales: este instrumento emplea un cuadernillo, el cual contiene 16 ítems que permiten apreciar la tendencia suicida del evaluado.

Escala: para la determinación si existe o no riesgo de suicidio, el autor del instrumento plantea cuatro intervalos de clasificación que se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro de intervalos de clasificación:

Rango	Clasificación de la tendencia al riesgo suicida
0 a 25 puntos	No hay riesgo suicida
30 a 50 puntos	Tendencia al riesgo suicida
55 a 80 puntos	Riesgo de suicidio
85 a 100 puntos	Alta probabilidad de riesgo suicida

Es importante mencionar que el riesgo del suicidio será más significativo, cuando se contesten de manera afirmativa más preguntas desde el ítem 1 al 11 y de igual manera, más preguntas desde ítem 12 al 16 pero de manera negativa.

4.4. PROCEDIMIENTO.

La investigación atravesó varias fases, las cuales se describen a continuación:

1. Primera Fase: Revisión Bibliográfica y contacto con la institución y personas vinculadas al estudio. Corriente psicológica adoptada. En esta fase inicial se procedió a la exploración bibliográfica, fueron revisados distintos conceptos teóricos acerca del presente estudio con el fin de fundamentar el mismo. Por otra parte, es importante mencionar que no se adoptó una corriente psicológica determinada, o sea que la investigación asume una posición ecléctica, debido a que se están utilizando diferentes instrumentos de medición, los cuales a su vez son complementarios entre sí, tratando en todo momento de evitar contradicciones entre los mismos.

De igual manera, en esta fase se estableció contacto con los administrativos encargados de la Facultad de Humanidades de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, con el objetivo de conseguir los permisos correspondientes para tener el acceso a la población objetivo y aplicar los instrumentos previstos.

2. Segunda Fase: Prueba piloto. Dentro de esta fase mediante la aplicación de los tests a una muestra reducida, compuesta por 5 casos, se procedió a verificar si los instrumentos seleccionados responden a los objetivos planteados en un inicio; asimismo, esta aplicación ayudó con el entendimiento de cada uno de los ítems de los instrumentos, evitando de esta manera cualquier sesgo futuro. Los tests que fueron aplicados son los siguientes:

- Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)
- El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).
- La Escala de Tendencia Suicida de Poldinger.

3. Tercera Fase: Selección de los Instrumentos. Tomando en cuenta la información proporcionada en la prueba piloto, se procedió a selección definitiva de los instrumentos idóneos para la recolección de la información con el fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados en una etapa inicial.

4. Cuarta Fase: Selección de la Muestra. En esta etapa se procedió a la selección de la muestra, tomando en cuenta que la misma tenía que ser representativa. Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los números telefónicos de los estudiantes con los que se pudo contar en ese entonces, debido a que la aplicación de los instrumentos sufrió modificaciones por el confinamiento resultante de la pandemia.

5. Quinta Fase: Recojo de la información. Tomando en cuenta las previsiones e información recabada en la prueba piloto, se procedió con la aplicación de cada uno de los instrumentos. Debido a la emergencia sanitaria por consecuencia se tuvo que hacer modificaciones al proceso de aplicación, lo que implicó dejar a un lado la aplicación tradicional y hacerlo a partir de la virtualidad.

En primera instancia se procedió a la búsqueda de contactos telefónicos, esto se logró con la ayuda de sujetos claves en cada uno de los niveles de la carrera; asimismo, algunos contactos telefónicos fueron encontrados en algunos grupos de WhatsApp.

Ya concluida la búsqueda y completada la cantidad necesaria de contactos telefónicos se procedió a consultarles contacto por contacto si cada uno de ellos deseaba formar parte de la presente investigación. Una vez aceptada la invitación mediante WhatsApp se procedió a pasarles el enlace de formularios Google que fue utilizado para que cada individuo pueda responder a cada uno de los instrumentos previstos para el presente estudio.

6. Sexta Fase: Procesamiento de la información. Tomando en cuenta que los instrumentos que fueron utilizados tienen características numéricas, una vez obtenidos los datos se procedió a la sistematización de la información a través de la tabulación, haciendo uso del programa SPSS para Windows. Ya realizada la tabulación fueron

presentados los datos en porcentajes y frecuencias. Se procedió a realizar el cruce de las variables previstas en función a los objetivos trazados, posibilitando de esta manera la aceptación o el rechazo de las hipótesis planteadas.

7. Séptima Fase: Redacción del Informe Final. Una vez completadas las fases anteriores se procedió con la redacción del informe final, en el cual es presentada toda la información recabada, con sus respectivas gráficas y sus interpretaciones en base a la bibliografía propuesta dentro del marco teórico.

CAPÍTULO V
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Dentro de este capítulo, se presentan los datos de mayor relevancia derivados de la aplicación de los instrumentos seleccionados para la medición de las variables del estudio, es importante mencionar que todos estos datos ayudan a dar respuesta al objetivo general el cual es “Establecer la relación entre el tipo de funcionamiento familiar y el nivel de depresión, tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija”.

De igual manera, es importante mencionar que toda la información recabada se encuentra organizada en una serie de cuadros y gráficos, dentro de los cuales se ven reflejados todos los valores numéricos y porcentuales de cada dimensión de las variables de estudio. Asimismo, sumadas a los cuadros y respectivos gráficos, se encuentran las interpretaciones de cada uno de los anteriores. También es importante referir que para las interpretaciones, son presentados solamente los datos más significativos, los mismos que son derivados de los instrumentos que fueron aplicados, pudiendo de esta manera, responder a los objetivos específicos planteados en el presente estudio.

En primera instancia, son presentando los datos relacionados a las características generales de la muestra, después de ello, de acuerdo a los objetivos específicos, son presentados los datos reflejados en cuadros y gráficos, cada uno con sus respectivos análisis cualitativos.

Objetivo específico 1. Identificar el tipo de funcionamiento familiar predominante en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

Para poder dar cumplimiento a este objetivo, se procedió a utilizar la “Escala de evaluación de Cohesión y Adaptabilidad familiar (FACES III)”, mediante la misma se pudo evaluar el funcionamiento familiar que presentan los estudiantes, a partir del modelo Circumplejo de Olson.

Objetivo 2. Establecer el nivel de depresión que presentan los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

Para responder a este objetivo, se utilizó el “Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)”, el mismo que permitió establecer el nivel de depresión que presentan los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”.

Objetivo 3. Determinar la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

Para la obtención de los datos y posterior cumplimiento de este objetivo específico, se utilizó la “Escala de Tendencia Suicida de Poldinger”, la misma que permitió evaluar la posibilidad de suicidio, en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

Objetivo 4. Analizar la relación entre el tipo de funcionamiento familiar predominante y el nivel de depresión en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

Objetivo 5. Analizar la relación entre el tipo de funcionamiento familiar predominante y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

Objetivo 6. Analizar la relación entre el nivel de depresión y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

Para el cumplimiento de los objetivos específicos 4, 5 y 6. Se procedió a cruzar las variables principales, estos cruces están reflejados en los cuadros de doble entrada donde se van exponiendo los resultados mediante frecuencias y porcentajes.

5.1. Datos sociodemográficos

Las características generales de la muestra estudiada son las siguientes:

Cuadro N°1

Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	65	50%
Femenino	65	50%
Total	130	100%

Fuente: Elaboración propia

En relación a la variable sexo se puede observar que el 50% de los estudiantes son del sexo masculino y el restante 50% pertenecen al sexo femenino. La distribución de la muestra a partir del sexo se realizó de manera cuidadosa, con el objetivo de que los porcentajes correspondientes sean similares.

Cuadro N° 2

Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 17 a 19 años	27	20,8%
De 20 a 24 años	77	59,2%
De 25 a 30 años	26	20,0%
Total	130	100%

Fuente: Elaboración propia

En relación a la variable edad se pudo encontrar que el 59,2% de los estudiantes tienen entre 20 a 24 años de edad, un 20,8% tiene entre 17 a 19 años y un 20% de los estudiantes tiene entre 25 a 30 años de edad.

5.2. Primer objetivo específico

Para dar cumplimiento al primer objetivo, el cual es *“Identificar el tipo de funcionamiento familiar predominante en estudiantes de la carrera de Psicología de*

la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija”, se presentan los siguientes resultados encontrados:

Cuadro N°3

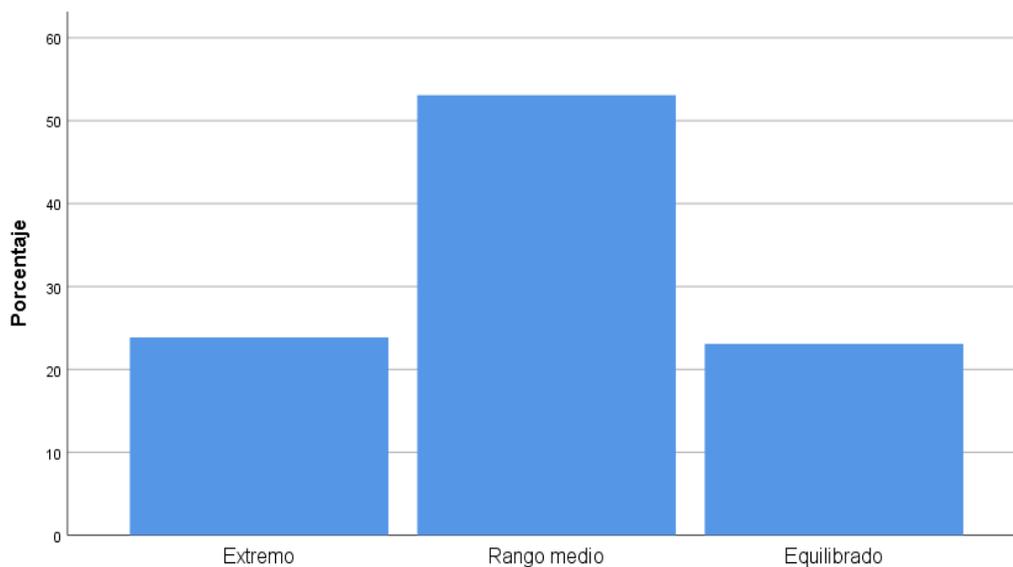
Funcionamiento familiar

Funcionamiento familiar	Frecuencia	Porcentaje
Extremo	31	23,8%
Rango medio	69	53,1%
Equilibrado	30	23,1%
Total	130	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°1

Funcionamiento familiar



En relación al funcionamiento familiar, definido por Olson, H., Sprenkle, D., & Russel, C. (1989, citado por Aguilar C, 2017:12), *“como la interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia (cohesión) y que tiene la capacidad de cambiar su estructura con el objetivo de superar las dificultad que atraviesa la familia a lo largo de su ciclo de vida (adaptabilidad)”* se pudo encontrar que el 53,1% de los estudiantes de la Carrera de Psicología tienen un funcionamiento familiar de “rango medio”. Esto muestra que la mayoría de los estudiantes presentan un funcionamiento familiar ubicado entre lo funcional y lo disfuncional. De acuerdo a Ferreira A. (2003:67) “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, rígidamente conectada. El funcionamiento de estas familias presenta algunas dificultades en una sola dimensión, las cuales pueden ser originadas por momentos de estrés”.

También se pudo encontrar que el 23,8% de los estudiantes de la Carrera de Psicología indican tener un funcionamiento familiar de tipo “extremo”, mismo que se caracteriza por ser el que más cerca de la disfuncionalidad se encuentra.

En relación a ello, Olson (1989) (Citado en Ferreira A, 2003:78) refiere que “estas familias son extremas tanto en las dimensiones de cohesión como adaptabilidad, es decir, tienen una tendencia a ser rígidamente con liderazgo autoritario y una disciplina estricta, en la que rara vez se combina los roles y son familias que demuestran poca cercanía emocional entre sus miembros o una extrema cercanía emocional con alta dependencia y lealtad”.

De igual forma, se pudo encontrar que el 23,1% de los estudiantes de la Carrera de Psicología presentan un funcionamiento familiar de tipo “equilibrado”, este tipo de funcionamiento familiar es considerado el más adecuado y relacionado con lo funcional. En función a esta categoría de funcionamiento familiar, Ferreira A. (2003:67) indica que “las familias de esta categoría son centrales en ambas dimensiones, y se encuentran al centro del círculo”. Asimismo refiere que en este tipo de sistemas “los individuos se distinguen por su habilidad por experimentar y balancear los extremos de independencia y dependencia familiar, tienen la libertad de estar solos o conectados al miembro de la

familia que elija, el funcionamiento es dinámico por lo que pueden cambiar, la familia es libre para moverse en la dirección que la situación, que el ciclo de vida familiar o la socialización de un miembro de la familia lo requiera”.

Al realizar la comparación de los resultados de la presente investigación con otros estudios de similares características y dentro de los cuales también fue utilizado el mismo instrumento para medir la variable funcionamiento familiar, se pueden ver similitudes con los resultados encontrados en el presente estudio.

Primero, en la investigación realizada por Ríos J. (2014) denominada “Funcionamiento familiar y riesgo suicida en estudiantes que acuden a Clínica Universitaria en la ciudad de Huancayo”, en donde de igual manera se encontró que el funcionamiento familiar predominante es el de “Rango medio” con un 52,78% de los estudiantes, seguido de un 27,32% y 19,91% correspondientes a las categorías de “extremo” y “equilibrado” respectivamente.

Asimismo, se pueden evidenciar resultados similares en la investigación realizada por Alturraza (2017) titulada “Funcionamiento familiar y tendencia al riesgo suicida en estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano, turno tarde, de la ciudad de Tarija”, donde también se encontró que el funcionamiento familiar predominante es el de “rango medio” con un 59% de los estudiantes de nivel secundario que asisten al colegio José Manuel Belgrano.

De igual forma, Sigüenza (2015) con su investigación denominada “Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson” encontró resultados significativos que indican una mayor prevalencia de familias con un funcionamiento de “rango medio” con un 38%, seguido por 31% correspondientes a las categorías de equilibrado y extremo respectivamente.

Para terminar, en respuesta de este primer objetivo, se establece a partir de los datos encontrados que el funcionamiento familiar predominante es el de “rango medio”, siendo un funcionamiento familiar de orden intermedio, dentro del cual se ubican aquellas familias moderadamente funcionales.

Cuadro N°4

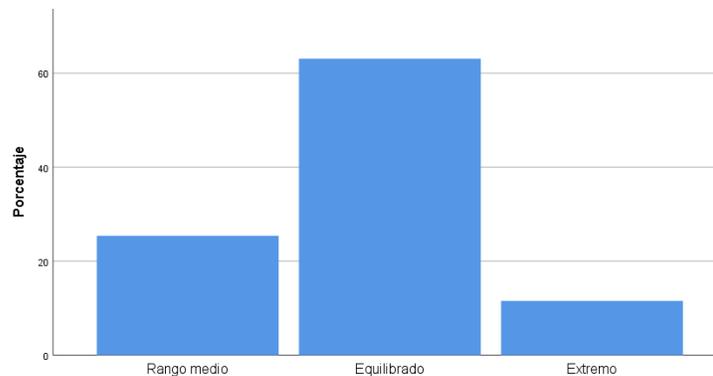
Funcionamiento familiar (ideal)

Funcionamiento familiar	Frecuencia	Porcentaje
Extremo	15	11,5%
Rango medio	33	25,4%
Equilibrado	82	63,1%
Total	130	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°2

Funcionamiento familiar (ideal)



Dentro de los resultados en función al funcionamiento familiar ideal, se encontró que el 63,1% de los estudiantes presentan un funcionamiento familiar ideal de tipo equilibrado. Los estudiantes quisieran tener un funcionamiento equilibrado, recordemos que este tipo de funcionamiento es el que está cerca de lo funcional, que según Almonte (2009) (Citado por Freile, 2015), refiere que en lo funcional existe “un respeto claro y oportuno por cada uno de sus miembros, sea cual fuere la edad que tengan, además que hacen respetar las jerarquías pero sin necesidad de ser autoritarios ni agresivos los unos a los otros”. Para terminar, asimismo se pudo encontrar que un 25,4% y un 11,5%, presentan un funcionamiento familiar ideal de tipo “rango medio” y “extremo” respectivamente.

Cuadro N°5

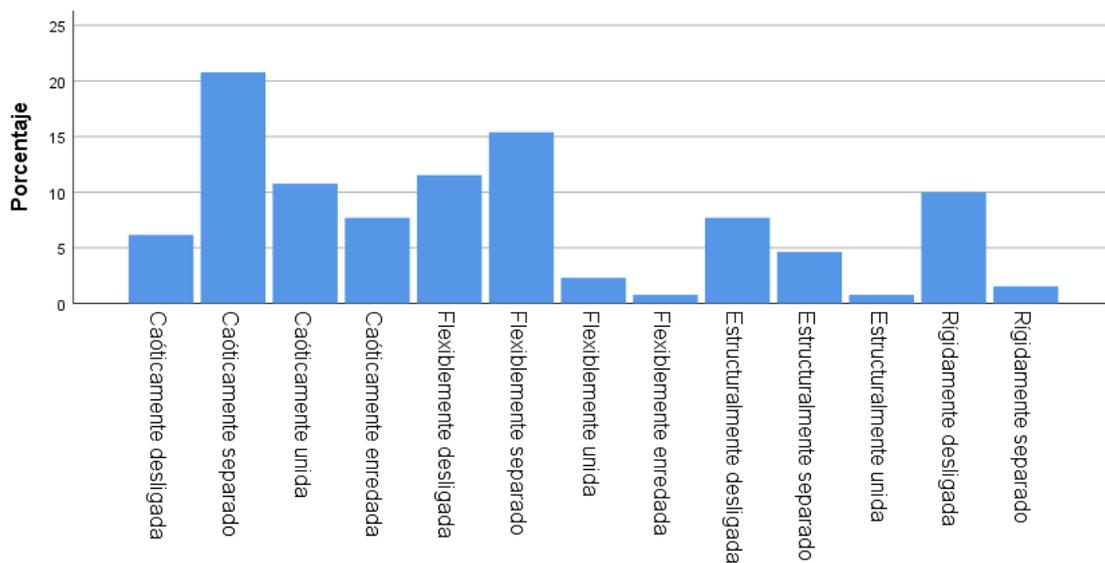
Tipo de familia a partir de la combinación de cohesión y adaptabilidad

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Caóticamente desligada	8	6,2%
Caóticamente separada	27	20,8%
Caóticamente unida	14	10,8%
Caóticamente enredada	10	7,7%
Flexiblemente desligada	15	11,5%
Flexiblemente separada	20	15,4%
Flexiblemente unida	3	2,3%
Flexiblemente enredada	1	0,8%
Estructuralmente desligada	10	7,7%
Estructuralmente separada	6	4,6%
Estructuralmente unida	1	0,8%
Rígidamente desligada	13	10%
Rígidamente separada	2	1,5%
Estructuralmente enredada	0	0%
Rígidamente unida	0	0%
Rígidamente enredada	0	0%
Total	130	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°3

Tipo de familia a partir de la combinación de cohesión y adaptabilidad



Tomando en cuenta que el modelo Circumplejo de Olson, permite a partir de la combinación de la cohesión y adaptabilidad obtener un tipo de familia, se pudo encontrar que el 20,8% de los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” presentan un tipo de familia denominada como “caóticamente separada”; en relación a ello, Sigüenza (2015:35) indica que este tipo de familia “se caracteriza por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente pero que a su vez cuenta con unos límites externos e internos semi-abiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema; sin embargo cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares”.

De igual manera, se encontró que el 15,4% de los estudiantes, presentan un tipo de familia denominada como “flexiblemente separada”; para este tipo de familia, Sigüenza (2015) refiere que “es un tipo de familia que se caracteriza por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos teniendo a su vez sus límites generacionales claros”.

Asimismo, se pudo encontrar que el 11,5% de los estudiantes de la Carrera de Psicología, presenta una familia denominada como “flexiblemente desligada”, la cual a criterios del autor, es una familia que cuenta con una adaptabilidad familiar positiva pero que en cuanto a la cohesión familiar, se encuentra caracterizada por una lejanía y poco tiempo en común compartido entre los miembros de la familia.

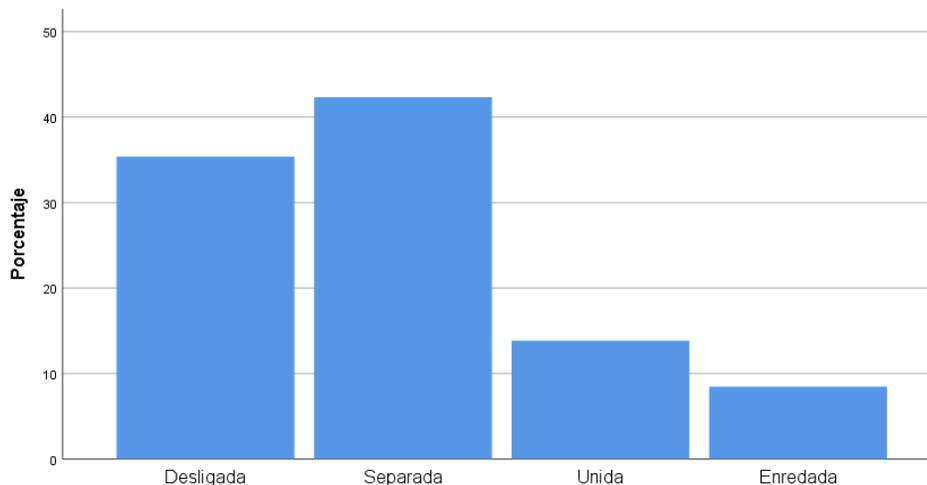
Cuadro N°6

Cohesión familiar

Cohesión	Frecuencia	Porcentaje
Desligada	46	35,4%
Separada	55	42,3%
Unida	18	13,8%
Enredada	11	8,5%
Total	130	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°4
Cohesión familiar



En relación a la cohesión familiar, la misma que de acuerdo a Schmidt, Barreyro, y Maglio (2010:31) es definida como “*el grado unión emocional percibido por los miembros de una familia*”, dentro del cuadro y gráfico N°3 se refleja que el 42,3% de los estudiantes de la Carrera de Psicología, presenta un tipo de cohesión “separada”; para Ferreira A. (2003:64) en este tipo de familias “*existe separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta, se prefiere la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal y el tiempo individual es importante pero se pasa parte del tiempo, juntos*”.

También se pudo encontrar que un 35,4% de los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, presentan una cohesión familiar de tipo “desligada”, la misma que según Sigüenza (2015:35) se encuentra “*caracterizada por la presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes*”.

Para terminar, es importante mencionar que a pesar de que existe un 13,8% de estudiantes que presentan una cohesión familiar de tipo “unida” y un 8,5% que presenta

una cohesión familiar “enredada”, de acuerdo a los resultados más significativos que se encontraron, se puede observar que los niveles de cohesión familiar están más inclinados al separamiento, es decir, que existe poca ligación y apego emocional dentro de la familia.

Cuadro N°7

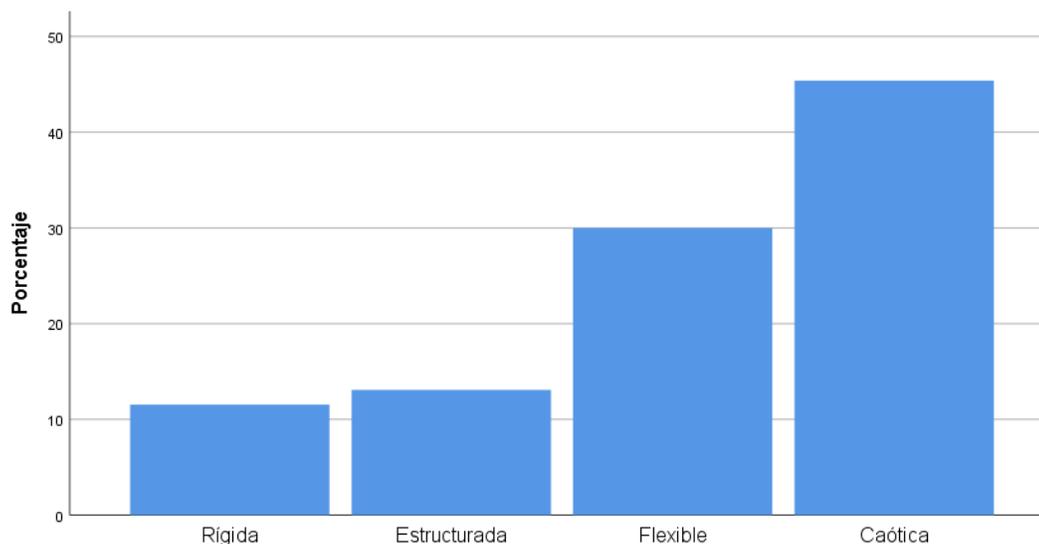
Adaptabilidad familiar

Adaptabilidad	Frecuencia	Porcentaje
Rígida	15	11,5%
Estructurada	17	13,1%
Flexible	39	30%
Caótica	59	45,4%
Total	130	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5

Adaptabilidad familiar



En cuanto a la adaptabilidad familiar, definida por Ferreíra A. (2003:66) como “la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, sus

roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo”, se pudo encontrar que el 45,4% de los estudiantes de la Carrera de Psicología, presentan un tipo de adaptabilidad familiar “caótica”, la misma que de acuerdo a Sigüenza (2015:35) “se trata de un tipo de familia caracterizada por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente”.

De igual manera, también se pudo encontrar en un porcentaje menor, que el 30% de los estudiantes presenta una adaptabilidad familiar de tipo “flexible”, que a criterio del autor es un tipo de adaptabilidad donde se pueden compartir roles o funciones cuando se lo necesite. En relación a este tipo de adaptabilidad familiar, Ferreíra A. (2003:66) refiere que una adaptabilidad familiar flexible se caracteriza por “un liderazgo que es igualitario, que permite cambios, la disciplina es algo severa negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y algunas reglas cambian”. Por último, también se pudo encontrar que un 13,1% de los estudiantes de la Carrera de Psicología presenta una adaptabilidad familiar de tipo “estructurada” y un 11,5% presenta una adaptabilidad familiar de tipo “rígida”.

5.3. Segundo objetivo específico

Para dar cumplimiento al segundo objetivo, el cual es *“Establecer el nivel de depresión que presentan los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija”*, se presenta la siguiente información:

Cuadro N°8

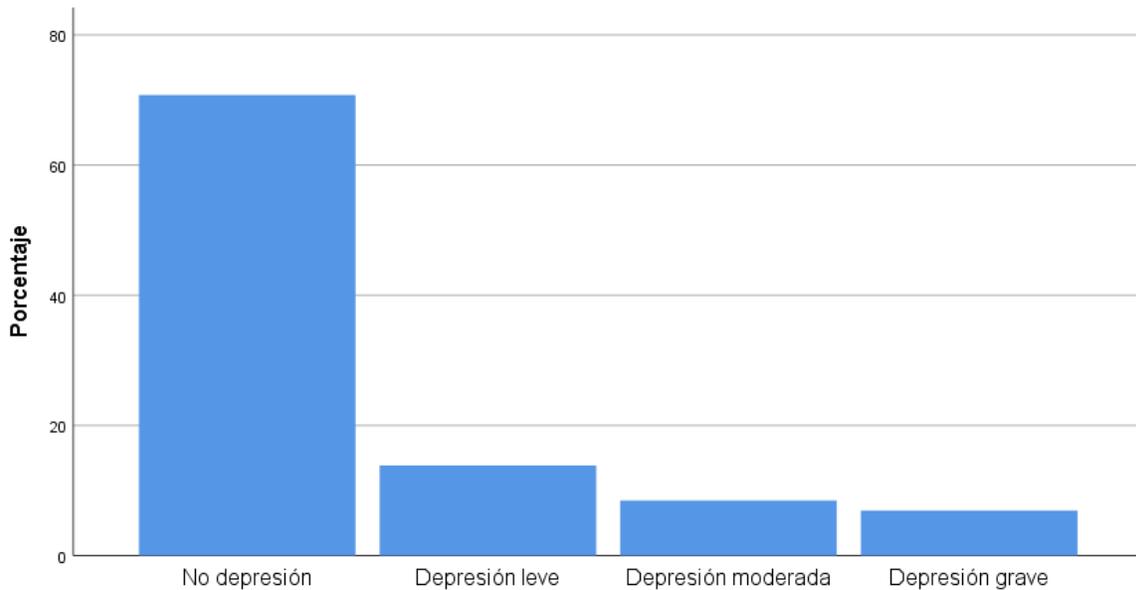
Nivel de depresión

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	92	70,8%
Depresión leve	18	13,8%
Depresión moderada	11	8,5%
Depresión grave	9	6,9%
Total	130	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°6

Nivel de depresión



En relación a la variable depresión, la misma que es definida por Beck (1983:78) como *“un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas”*, se pudo encontrar que el 70,8% de los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, no presentan depresión, esto quiere decir que los estudiantes no muestran síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades cotidianas.

De igual manera, se pudo encontrar que 13,8% de los estudiantes de la Carrera de Psicología, presentan un nivel de depresión leve. Esto quiere decir que presentan

manifestaciones como fatiga, alteraciones de la atención o concentración, pero que no afectan al desarrollo de sus actividades cotidianas.

Asimismo, se pudo encontrar que el 8,5% de los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, presentan depresión moderada. Este tipo de depresión se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo bajo de forma importante, relacionado con el agotamiento, alteraciones del sueño y del apetito, se diferencia de la depresión leve debido a que estos síntomas ya empiezan a afectar a las actividades que diariamente realiza el individuo.

De igual manera, si bien el porcentaje es menor, se pudo encontrar que existe un 6,9% de estudiantes de la Carrera de Psicología, que presentan un nivel de depresión grave. Esto quiere decir que los síntomas pueden llegar a causar incapacidad y deterioro en distintos ámbitos de la vida normal de la persona. En relación a la depresión grave, Villa D. (2017) refiere que “la depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad”.

Asimismo, es importante mencionar que los síntomas de la depresión pueden llegar a afectar en diversas áreas de la vida de la persona que los sufre. Siguiendo esta idea, Rosas M, Yampufé M, López M, Carlos G & Sotil A. (2011) indican que “los estudiantes aquejados por los síntomas depresivos presentan dificultades en la concentración, en cumplir con sus obligaciones académicas y lograr obtener buenas calificaciones, por no poder poner atención en clases o estudiar; por ello, los alumnos deprimidos tienen doble propensión a abandonar sus estudios universitarios”.

Para finalizar, es importante mencionar que a pesar de que el dato más significativo refiere que los estudiantes de la Carrera de Psicología no presentan depresión, existe un porcentaje de la población que sí presenta niveles de depresión moderada y grave, datos a los que hay que brindarles atención.

Cuadro N°9

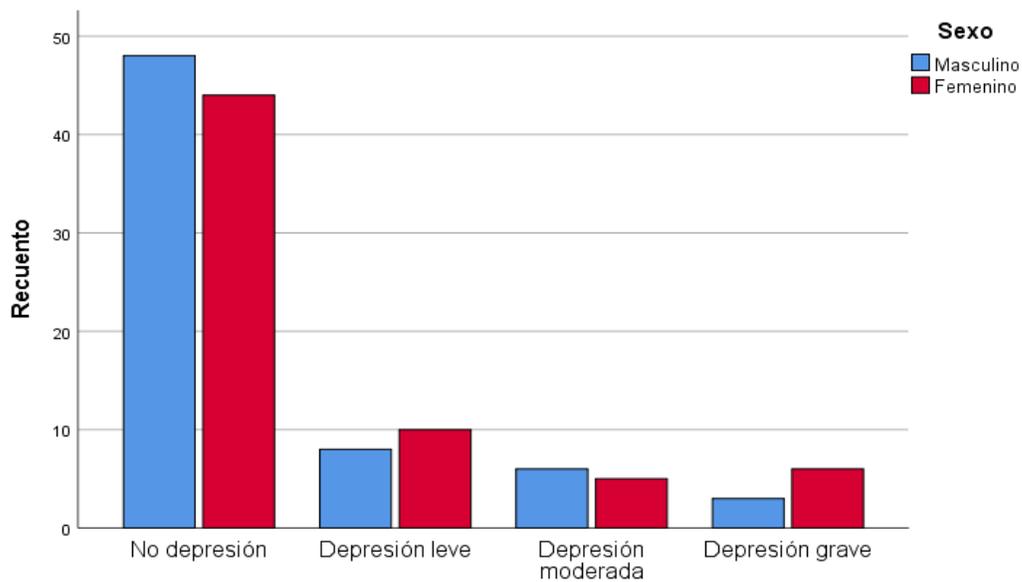
Sexo y depresión

Depresión	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
No depresión	48	44	92
	73,8%	67,7%	70,8%
Depresión leve	8	10	18
	12,3%	15,4%	13,8%
Depresión moderada	6	5	11
	9,2%	7,7%	8,5%
Depresión grave	3	6	9
	4,6%	9,2%	6,9%
Total	65	65	130
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°7

Sexo y depresión



En relación al cruce entre la variable depresión y sexo, se puede evidenciar que existe mayor depresión en mujeres, ya que se puede observar que un 15,4% presenta depresión leve a diferencia del 12,3% que representa a los varones. Asimismo, se puede observar que hay un mayor porcentaje de mujeres que tiene depresión grave, con un 9,2% frente a un 4,6% que representa a los estudiantes de sexo masculino.

De acuerdo a estos datos, se puede afirmar que las mujeres tienen mayor tendencia a sufrir depresión. En relación a esto, Vásquez A. (2013) indica que “algunos factores biológicos, fundamentalmente genéticos y hormonales tratan de explicar estas diferencias. Las mujeres están expuestas a mayor cantidad de estresores psicosociales y parecen ser más vulnerables al efecto depresogénico de estos”.

Asimismo, Gaviria S. (2009) refiere que “las mujeres están en mayor riesgo de depresión que los hombres, especialmente durante los años reproductivos. La diferencia en la depresión varía a través del ciclo vital, con un predominio de las mujeres sobre los hombres, que comienza al principio de la adolescencia y persiste en la madurez. Durante esos años las mujeres pueden asumir innumerables funciones y responsabilidades, es más probable que experimenten violencia sexual-doméstica y con frecuencia, se encuentran en desventaja en términos de condición social y económica”.

De igual manera, Vásquez A. (2013) indica que “algunos autores señalan que, aunque tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas de depresión, la experimentan de diferentes maneras y muestran diferencias a la hora de expresar sus síntomas depresivos, las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales; mientras a los hombres les resulta difícil expresar sus emociones y tienden más a la somatización”.

Para terminar, a pesar de que existe una mayor prevalencia del sexo femenino, es importante mencionar que tanto hombres como mujeres pueden sufrir depresión, debido a que se encontró un 9,2% de estudiantes del sexo masculino que presentan depresión moderada por encima del porcentaje correspondiente al sexo femenino.

Cuadro N°10

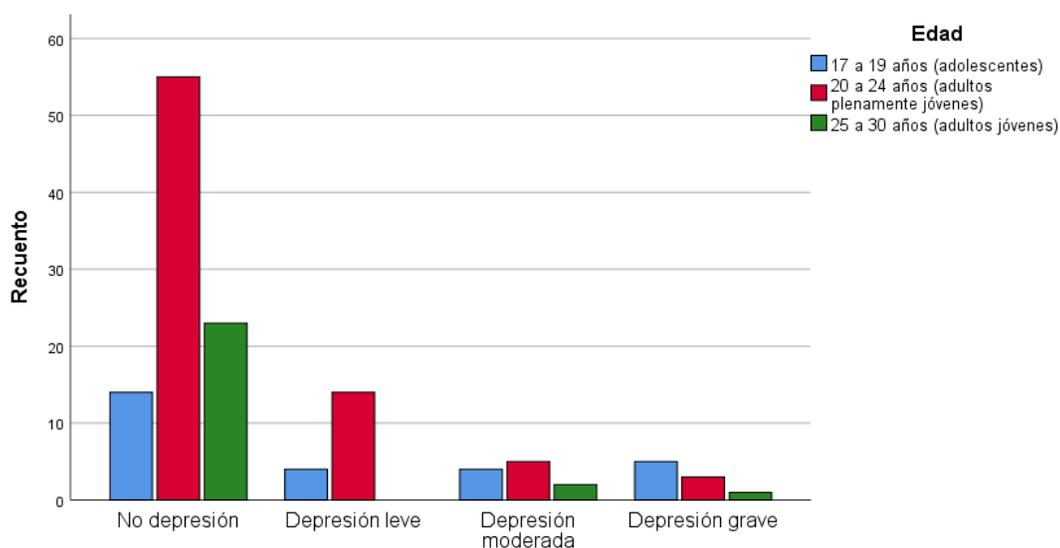
Edad y depresión

Depresión	Edad			Total
	De 17 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 30 años	
No depresión	14	55	23	92
	51,9%	71,4%	88,5%	70,8%
Depresión leve	4	14	0	18
	14,8%	18,2%	0,0%	13,8%
Depresión moderada	4	5	2	11
	14,8%	6,5%	7,7%	8,5%
Depresión grave	5	3	1	9
	18,5%	3,9%	3,8%	6,9%
Total	27	77	26	130
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°8

Edad y depresión



Los resultados encontrados en función al cruce de las variables depresión y edad, refieren que mientras menor sea la edad mayor es el riesgo a sufrir depresión.

Los resultados indican que un 14,8% de los estudiantes que tienen entre 17 a 19 años presentan depresión moderada, por encima de los porcentajes referentes a los otros rangos de edad. De igual manera, un 18,5% de estudiantes del mismo rango de edad, es decir, de 17 a 19 años presentan en mayor porcentaje depresión grave.

Como se puede observar, este periodo de edad muestra mayor depresión, esto puede deberse a que en este periodo el individuo va adaptándose a nuevas exigencias y demandas las cuales pueden llegar a sobrepasarlo. En relación a ello, Alzuri M, Hernández N. & Calzada Y. (2017:152) refieren que “la adolescencia es un período de tránsito entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Es esta una etapa de la vida en la que se afrontan grandes retos, por un lado, el cumplimiento de nuevas tareas del desarrollo, la adaptación a los nuevos cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con el incremento hormonal. Asimismo, en esta etapa de la vida se evidencia el establecimiento de una identidad individual, sexual y social, por medio de las relaciones con sus iguales y adultos significativos”.

A criterio del autor del presente trabajo, es importante mencionar que generalmente en esta etapa se pueden evidenciar una variedad de conflictos emocionales, inseguridad corporal, entre otros, el adolescente va atravesando por estos conflictos, los cuales en muchos casos no son capaces de saberlos sobrellevar llegando de esta manera a repercutir en sus estados de ánimo.

Para terminar, a pesar de que hay mayor prevalencia de depresión en los estudiantes que tienen entre 17 y 19 años, también se encontraron porcentajes considerables con respecto a los otros rangos de edad; como un 18,2% de estudiantes que presentan depresión leve pero que tienen entre 20 y 24 años de edad o un 7,7% de estudiantes que tienen entre 25 a 30 años y que presentan depresión moderada. La depresión tiene mayor prevalencia en la población adolescente pero también puede afectar a personas de otras edades.

5.4. Tercer objetivo específico

Para dar cumplimiento al tercer objetivo, el cual es *“Determinar la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija”* se presentan los siguientes resultados:

Cuadro N°11

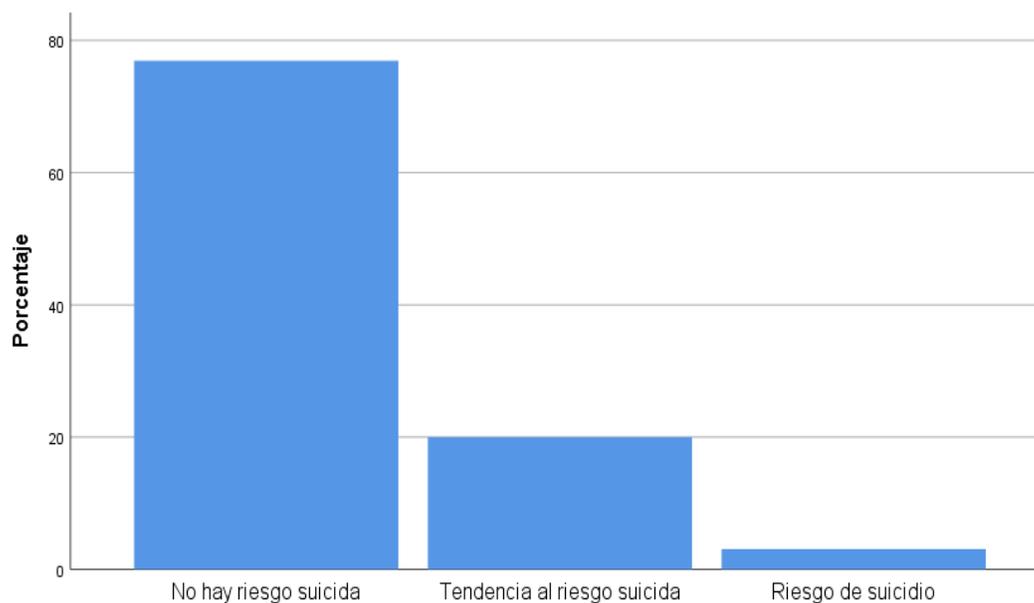
Tendencia al riesgo suicida

	Frecuencia	Porcentaje
No hay riesgo suicida	100	76,9%
Tendencia al riesgo suicida	26	20%
Riesgo de suicidio	4	3,1%
Alta probabilidad de riesgo suicida	0	0%
Total	130	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°9

Tendencia al riesgo suicida



El presente cuadro y gráfico, reflejan los resultados encontrados en relación a la tendencia al riesgo suicida, definida por Belfort (2009) (Citado por Ríos, 2014) 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 las que se pone en riesgo la vida”.

De acuerdo a los datos recabados, se puede observar que el 76,9% de los estudiantes no presentan riesgo suicida, esto quiere decir que no existe la posibilidad de que atenten deliberadamente contra sus vidas.

De igual manera se pudo encontrar que un 20% de los estudiantes de la Carrera de Psicología, presentan tendencia al riesgo suicida, esto quiere decir, que este grupo de estudiantes tiene propensión o inclinación a cometer el acto del suicidio. A criterio del autor, esta inclinación puede deberse a la combinación de ciertas ideas erróneas que presentan y a diversos factores como antecedentes de suicidio de conocidos, aislamiento social o antecedente previo de planeación e intento de suicidio.

En relación a la tendencia suicida, Beck (1979) (Citado por Ortega, 2018) indica que “los pacientes con tendencias suicidas muestran pensamientos negativos y creencias disfuncionales”. Este tipo de pensamientos y creencias disfuncionales hacen que estas personas perciban erróneamente la realidad desencadenando a que se vean a sí mismos como personas incapaces de resolver las situaciones que se les presentan. Asimismo, se puede observar que un 3,1%, es decir, cuatro estudiantes presentan “riesgo de suicidio”. Aunque no es un dato significativo en función a la cantidad, adquiere mucha importancia debido a que se trata de personas que presentan una probabilidad mayor de atentar deliberadamente contra sus vidas.

Estos resultados pueden ser contrastados con los encontrados en la investigación de Altuzarra (2017), utilizándose el mismo instrumento de evaluación se pudo encontrar que el porcentaje más significativo correspondía a la categoría diagnóstica de “no hay riesgo suicida” pero que a su vez se pudieron encontrar estudiantes que presentaban riesgo suicida, lo cual adquiere mucha importancia desde el punto de vista cualitativo.

Cuadro N°12

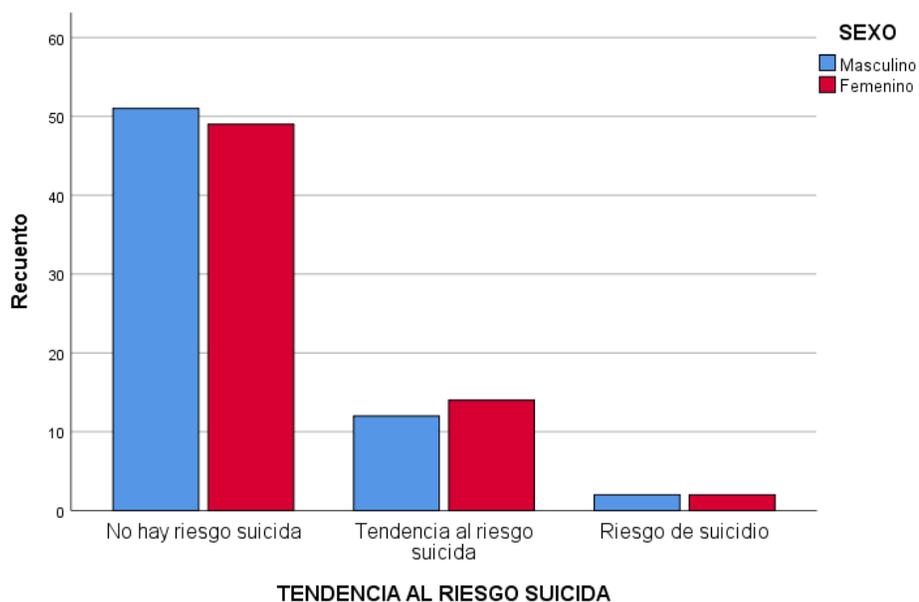
Sexo y tendencia al riesgo suicida

Tendencia al riesgo suicida	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
No hay riesgo suicida	51	49	100
	78,5%	75,4%	76,9%
Tendencia al riesgo suicida	12	14	26
	18,5%	21,5%	20,0%
Riesgo de suicidio	2	2	4
	3,1%	3,1%	3,1%
Alta probabilidad de riesgo suicida	0	0	0
	0,0%	0,0%	0,0%
Total	65	65	130
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°10

Sexo y tendencia al riesgo suicida



Los resultados en función al cruce entre la tendencia al riesgo suicida y el sexo, refieren que existe una mayor prevalencia del sexo femenino a presentar tendencia al riesgo suicida, con un 21,5% por encima del 18,5% del sexo masculino, de igual forma se puede observar que son en mayor porcentaje (78,5%) los estudiantes del sexo masculino los que se encuentran dentro de la categoría diagnóstica “no hay riesgo suicida”.

A criterio del autor del presente estudio, este indicador de que existe una mayor tendencia al riesgo suicida en mujeres puede deberse a que existen diversos factores de riesgo que hace que las mujeres presenten mayor vulnerabilidad, factores como una mayor incidencia de trastornos afectivos asociados a la aparición de ideas suicidas o una mayor predisposición de orden biológico.

Es importante mencionar, que dentro de la categoría diagnóstica “riesgo de suicidio” los porcentajes que se encontraron en relación al sexo, son prácticamente similares, esto muestra que los estudiantes del sexo masculino también presentan probabilidad de atentar contra su vida.

Es importante no confundirse y tomar en cuenta la importancia de ambos sexos. Ríos J. (2014:64) refiere que *“la tasa de suicidio consumado para los hombres es casi cuatro veces mayor que la de mujeres, aunque descubrimientos recientes sugieren que la brecha se está cerrando, conforme más mujeres incurren en riesgos mayores. Por mucho, es más probable que las mujeres lo intenten, pero al parecer los hombres son más exitosos, debido a que utilizan medios más letales”*.

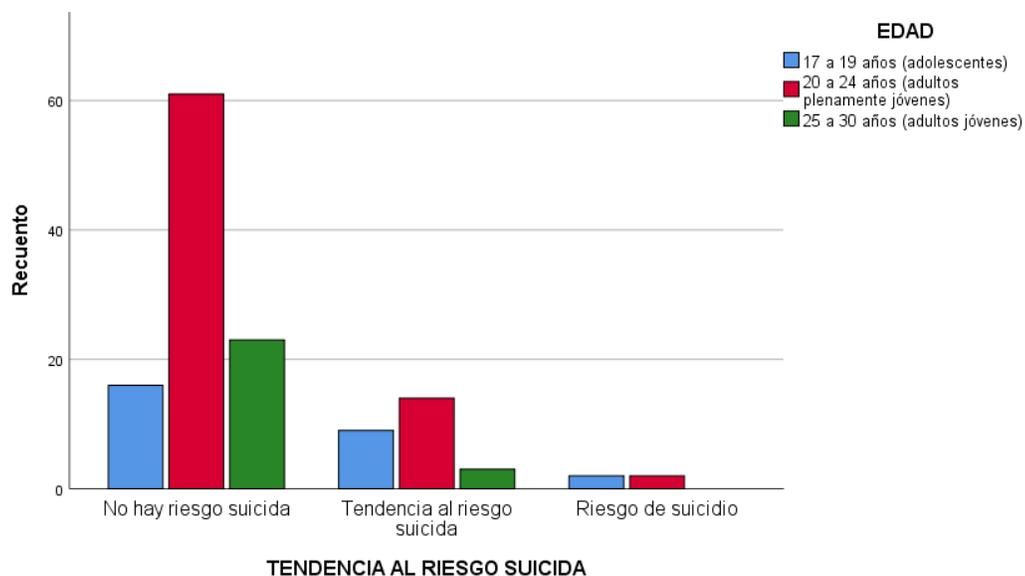
Cuadro N°13

Edad y tendencia al riesgo suicida

Tendencia al riesgo suicida	Edad			Total
	De 17 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 30 años	
No hay riesgo suicida	16	61	23	100
	59,3%	79,2%	88,5%	76,9%
Tendencia al riesgo suicida	9	14	3	26
	33,3%	18,2%	11,5%	20,0%
Riesgo de suicidio	2	2	0	4
	7,4%	2,6%	0,0%	3,1%
Total	27	77	26	130
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico N°11

Edad y tendencia al riesgo suicida



En relación al cruce entre el sexo y la tendencia al riesgo suicida, se pudo encontrar que mientras menor sea la edad, mayor es el riesgo de suicidio. Se encontró que un 33,3% de los estudiantes que presentan tendencia al riesgo suicida tienen entre 17 a 19 años de edad, asimismo, un 7,4% de los estudiantes que presentan riesgo de suicidio tienen la misma edad, es decir, de 17 a 19 años.

Se puede observar que los adolescentes parecen ser los más vulnerables. Campos (2004:36) refiere que la adolescencia “como etapa de desarrollo de todo individuo, se caracteriza por ser una etapa dolorosa en la que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. Por esto, la tentativa del suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente. Por el contexto depresivo que la envuelve, la tentativa de suicidio plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis durante la adolescencia.

Asimismo, Pérez P. (2016:253) refiere que “la adolescencia es la población más propensa a intentar suicidarse debido a características propias de su desarrollo, es decir, son personas en busca de su identidad, de ser aceptados por su entorno, que atraviesan conflictos en sus relaciones interpersonales y actúan en forma impulsiva cuando enfrentan una situación estresante, así mismo las investigaciones dan cuenta que muchos de los jóvenes potencialmente suicidas tienen una pobre o ninguna relación con sus padres, así como, inadecuadas relaciones con los compañeros, ausencia total de relaciones sociales consistentes y serias dificultades escolares”.

5.5. Cuarto objetivo específico

Para dar cumplimiento al cuarto objetivo, el cual es “*Analizar la relación entre el tipo de funcionamiento familiar predominante y el nivel de depresión en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija*” se presentan los siguientes resultados:

Cuadro N°14

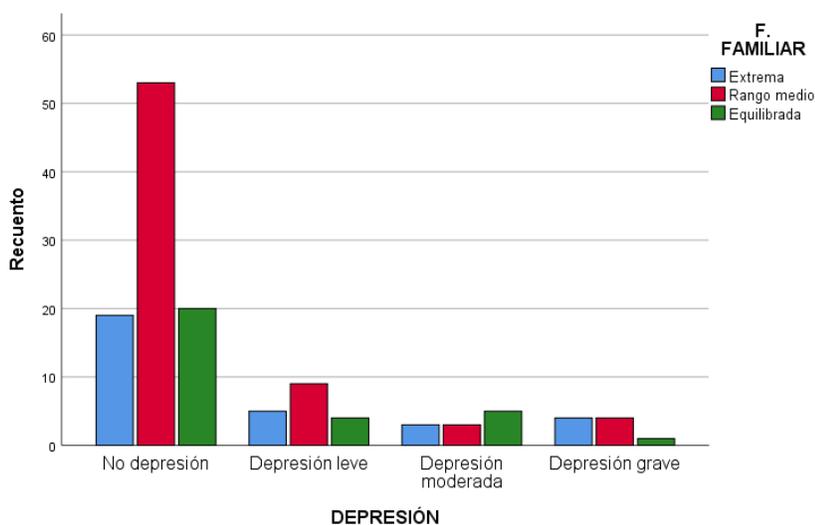
Funcionamiento familiar y depresión

Depresión	Funcionamiento familiar			Total
	Extremo	Rango medio	Equilibrado	
No depresión	19	53	20	92
	61,3%	76,8%	66,7%	70,8%
Depresión leve	5	9	4	18
	16,1%	13,0%	13,3%	13,8%
Depresión moderada	3	3	5	11
	9,7%	4,3%	16,7%	8,5%
Depresión grave	4	4	1	9
	12,9%	5,8%	3,3%	6,9%
Total	31	69	30	130
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°12

Funcionamiento familiar y depresión



De acuerdo a los datos encontrados, en el cuadro y gráfico se puede evidenciar que el 12,9% de estudiantes que presentan depresión grave tienen un funcionamiento familiar de tipo extremo. De igual forma, un 16,1% de los estudiantes que presentan depresión leve también presentan un funcionamiento familiar extremo. Es importante mencionar que un funcionamiento familiar de tipo extremo puede coadyuvar a que puedan aparecer sintomatologías depresivas en alguno de sus miembros. Ferré (2008) refiere que “en el área de la salud-enfermedad mental, hay evidencias empíricas de que las actitudes y las acciones de las familias influyen en el desarrollo de la enfermedad, facilitando o interfiriendo el proceso con relación a la etiología, la duración del tratamiento y en el proceso de recuperación. Con relación a la enfermedad depresiva un número importante de estudios, en los últimos años, han prestado una atención sistemática y fundamentada en aspectos como el papel que tiene la familia con relación a la evolución de la depresión o en la génesis de la enfermedad, así como con relación al impacto de la enfermedad sobre la vida familiar y cómo influye en el proceso de cuidado”. No se debe olvidar que este tipo de funcionamiento familiar, según Sigüenza (2015) “refleja el nivel de funcionamiento máximo y mínimo de las dos dimensiones, siendo los tipos de familia más disfuncionales tanto para el desarrollo individual como familiar, concluyendo que una familia es extrema en una dimensión también suele ser extrema en la otra dimensión”. Asimismo, se puede evidenciar que un 16,7% de los estudiantes que tienen depresión moderada presentan un funcionamiento familiar de tipo equilibrado, este es un resultado que ayuda a comprender la depresión y cómo esta psicopatología puede tener influencia no solo de la familia y su funcionamiento, sino de otros factores también. En relación a esto, Balcázar L, Ramírez Y & Rodríguez M. (2015:137) refieren que en la depresión “intervienen múltiples factores biológicos que condicionan la enfermedad y mecanismos psicosociales que condicionan el reconocimiento y uso de herramientas o recursos por la familia para solucionar el conflicto traducido como enfermedad en uno de sus miembros”. Para terminar es importante mencionar de manera general, que de acuerdo a los resultados encontrados, se pudo encontrar una relación significativa entre el funcionamiento familiar y los niveles de depresión, a mayor funcionamiento disfuncional mayor es el riesgo de que los miembros puedan presentar depresión. No se

debe olvidar que el funcionamiento familiar influye en cierta manera en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Pasantes (2003) (Citado por Freile, 2015) indica que “todos los estados de ánimo que presentan un individuo dependen mucho de cómo se van conformando las ideas que tiene sobre sí mismo de su desarrollo personal y social, de cómo evolucionan aquellos que constituyen su núcleo familiar más cercano y de cómo se integra a su comunidad”.

5.6. Quinto objetivo específico

Para dar cumplimiento al quinto objetivo, el cual es “*Analizar la relación entre el tipo de funcionamiento familiar predominante y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija*” se presentan los siguientes resultados:

Cuadro N°15

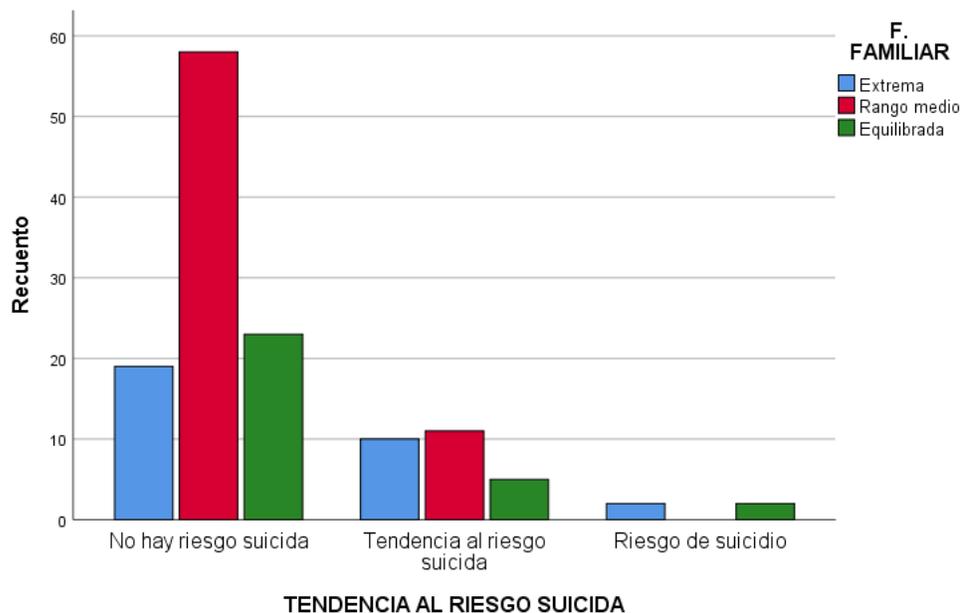
Funcionamiento familiar y tendencia al riesgo suicida

Tendencia al riesgo suicida	Funcionamiento familiar			Total
	Extremo	Rango medio	Equilibrado	
No hay riesgo suicida	19	58	23	100
	61,3%	84,1%	76,7%	76,9%
Tendencia al riesgo suicida	10	11	5	26
	32,3%	15,9%	16,7%	20,0%
Riesgo de suicidio	2	0	2	4
	6,5%	0,0%	6,7%	3,1%
Alta probabilidad de riesgo suicida	0	0	0	0
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	31	69	30	130
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°13

Funcionamiento familiar y tendencia al riesgo suicida



Los datos encontrados, refieren que un 32,3% de los estudiantes que presentan tendencia al riesgo suicida tienen un funcionamiento familiar de tipo extremo, es importante recordar que el funcionamiento familiar extremo es el que más cerca se encuentra de la disfuncionalidad y una familia que no funciona bien puede coadyuvar a que se presente la tendencia al riesgo suicida. No se debe olvidar, que dentro del funcionamiento familiar extremo, se pueden encontrar familias en las que hay una disciplina cambiante, no hay liderazgo, como también familias donde si hay liderazgo pero de tipo autoritario y donde la disciplina es rígida sin opción a cambios.

Para Campos (2004:25-26) “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, 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”.

También se puede observar que existe una paridad en cuanto a los datos de la categoría de “riesgo de suicidio”; se puede ver que 2 estudiantes de esta categoría tienen un funcionamiento familiar extremo como también 2 estudiantes tienen un funcionamiento familiar equilibrado.

Es evidente que el funcionamiento familiar no determina la presencia o no; del riesgo suicida, que son varios factores los que se deben analizar cuando se habla del fenómeno del suicidio; es evidente que dentro de familias con un funcionamiento familiar equilibrado también se pueden encontrar casos con riesgo de suicidio.

Para terminar, se debe mencionar que se encontró una relación poco significativa entre el funcionamiento familiar y la tendencia al riesgo suicida, pero es importante mencionar que la familia a pesar de que no es un elemento determinante para la tendencia al riesgo suicida, influye de cierta manera en la vulnerabilidad o no de sus miembros.

En relación a esto, Reyes & Torres (2001:S/P) refieren que “los factores de riesgo familiares esenciales aumentan la vulnerabilidad de las familias para que aparezcan conductas autodestructivas entre sus miembros, su acción debilita la base afectivo emocional de la personalidad, aunque no podemos olvidar que el acto suicida tiene una etiología multifactorial y la familia no es la única variable que interviene en la evolución de este proceso”.

5.7. Sexto objetivo específico

Para dar cumplimiento al sexto objetivo, el cual es “*Analizar la relación entre el nivel de depresión y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, de la ciudad de Tarija*” se presentan los siguientes resultados:

Cuadro N°16

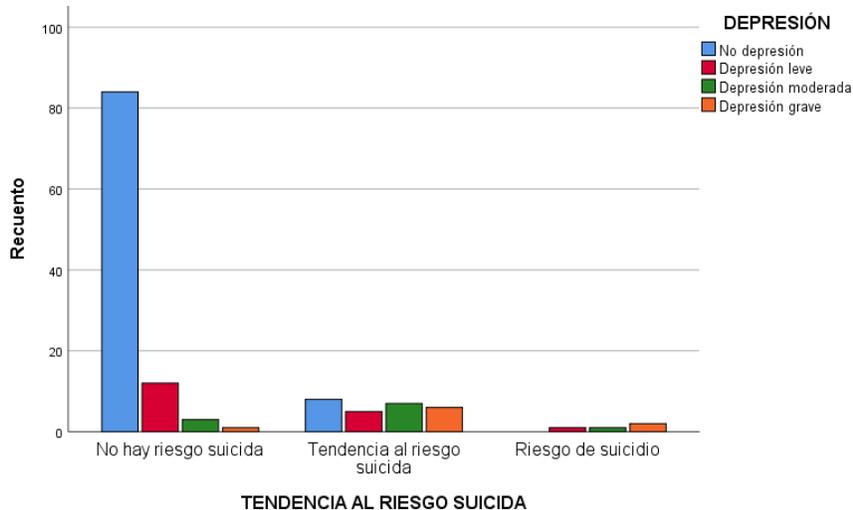
Nivel de depresión y tendencia al riesgo suicida

Tendencia al riesgo suicida	Depresión				Total
	No depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	
No hay riesgo suicida	84	12	3	1	100
	91,3%	66,7%	27,3%	11,1%	76,9%
Tendencia al riesgo suicida	8	5	7	6	26
	8,7%	27,8%	63,6%	66,7%	20,0%
Riesgo de suicidio	0	1	1	2	4
	0,0%	5,6%	9,1%	22,2%	3,1%
Alta probabilidad de riesgo suicida	0	0	0	0	0
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	92	18	11	9	130
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°14

Nivel de depresión y tendencia al riesgo suicida



En el presente cuadro y gráfico, se puede evidenciar que el 66,7% de los estudiantes de la Carrera de Psicología que presentan tendencia al riesgo suicida también presentan depresión grave. De igual manera se pudo encontrar una relación entre la depresión y el riesgo de suicidio, debido a que el 22,2% de los estudiantes que presentan riesgo de suicidio también presentan depresión grave y un 63,6% de estudiantes que presentan tendencia al riesgo suicida también presentan una depresión pero moderada. Con estos resultados, se pudo observar que la depresión grave y moderada puede ser un elemento causal para que aparezcan en el individuo ideas relacionadas al suicidio. Para Beck (1979) (Citado por Ortega, 2018), “el suicidio forma parte de un contexto más amplio de la depresión. De acuerdo con su teoría cognitiva, los individuos elaboran categorías mentales en función de sus experiencias. Con dichas categorías los individuos perciben, estructuran e interpretan la realidad. Las categorías distorsionadas generan depresión, la cual puede provocar la conducta suicida, esta se puede producir porque el individuo elabora una imagen distorsionada de la realidad”. Para terminar, es importante mencionar a pesar de que los mayores porcentajes refieren que en su mayoría los estudiantes de la Carrera de Psicología no presentan niveles considerables de depresión y tampoco tendencia al riesgo suicida, no debemos dejar pasar el hecho de que hay casos en los que se puede evidenciar que a mayor depresión mayor tendencia al riesgo suicida, por ende se puede afirmar que existe una relación significativa entre ambas variables.

5.8. Análisis de las hipótesis

En función a datos que fueron encontrados en el presente estudio, es posible dar respuesta a las siguientes hipótesis, las mismas que fueron planteadas en una etapa previa.

Primera Hipótesis:

Los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija presentan un tipo de funcionamiento familiar de “rango medio”

De acuerdo a los resultados encontrados, se pudo evidenciar que los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija, presenta un funcionamiento familiar de tipo “rango medio”.

La hipótesis es confirmada, ya que de acuerdo a los resultados encontrados se evidencia que los estudiantes de la Carrera de Psicología presentan un funcionamiento familiar de rango medio, lo cual indica que tienen un funcionamiento ubicado entre lo funcional y lo disfuncional.

Segunda Hipótesis:

Los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija presentan un nivel de depresión moderada.

Según los datos encontrados, los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija, no presentan depresión, debido a que el porcentaje más significativo es el de la categoría “no depresión”.

Esta segunda hipótesis se rechaza, debido a que los estudiantes de la carrera de Psicología en su mayoría no presentan depresión.

Tercera Hipótesis:

Los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija presentan “tendencia al riesgo suicida”.

De acuerdo a los datos encontrados, se puede evidenciar que los estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija, no presentan tendencia al riesgo suicida, debido a que el porcentaje más significativo es el de la categoría “no hay riesgo suicida”.

Esta hipótesis se rechaza, debido a que los resultados indican que los estudiantes de la Carrera de Psicología no presentan tendencia al riesgo suicida, como se había planteado en un inicio.

Cuarta Hipótesis:

A mayor disfuncionalidad familiar mayor depresión en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

De acuerdo a los resultados de las tablas cruzadas se puede evidenciar que existe una relación “significativa” entre el tipo de funcionamiento familiar y el nivel de depresión en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija. De acuerdo a estos resultados la hipótesis se afirma, debido a que se pudo evidenciar que a mayor disfuncionalidad mayor nivel de depresión.

Quinta Hipótesis:

A mayor disfuncionalidad familiar mayor tendencia al riesgo suicida en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

En función a los resultados encontrados, se puede observar una relación “poco significativa” entre ambas variables, de esta manera esta hipótesis se rechaza, debido a que no es claro que a mayor disfuncionalidad familiar mayor tendencia al riesgo suicida.

Sexta Hipótesis:

A mayor nivel de depresión mayor tendencia al riesgo suicida en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede observar que existe una relación “significativa” entre ambas variables. Esta hipótesis se confirma debido a que se pudo evidenciar que a mayor nivel de depresión mayor tendencia al riesgo suicida.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

Una vez terminado todo el proceso de investigación y habiendo cumplido con cada de las etapas que comprenden el mismo, a continuación, acompañadas de los objetivos de la investigación, se exponen las siguientes conclusiones:

- 1) *“Identificar el tipo de funcionamiento familiar predominante en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija”*

De acuerdo a los resultados encontrados, se pudo evidenciar que los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija, presentan un funcionamiento familiar de tipo “rango medio”. Esto quiere decir que los estudiantes tienen un tipo de familia que se caracteriza por ser extrema en una sola dimensión, es decir que pueden tener bien una cohesión positiva y una adaptabilidad negativa o viceversa. Es importante mencionar que este tipo de funcionamiento familiar se encuentra entre lo funcional y lo disfuncional.

- 2) *“Establecer el nivel de depresión que presentan los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija”.*

Según los datos encontrados, los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija, no presentan depresión, debido a que el porcentaje más significativo es el de la categoría “no depresión”. Esto quiere decir que los estudiantes no presentan síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar o realizar sus actividades cotidianas.

- 3) *“Determinar la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija”*

De acuerdo a los datos encontrados, se puede evidenciar que los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de

Tarija, no presentan tendencia al riesgo suicida, debido a que el porcentaje más significativo es el de la categoría “no hay riesgo suicida”. Esto quiere decir que no tienen la probabilidad de que atenten deliberadamente contra sus vidas. Es importante mencionar también que existen porcentajes menores de estudiantes que presentan tendencia al riesgo suicida y riesgo de suicidio, los mismos que requieren de un análisis y atención especial.

- 4) *“Analizar la relación entre el tipo de funcionamiento familiar predominante y el nivel de depresión en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija”*

De acuerdo a los resultados de las tablas cruzadas se puede evidenciar que existe una relación “significativa” entre el tipo de funcionamiento familiar y el nivel de depresión en estudiantes de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija. Cuando el funcionamiento familiar no es funcional, es decir, no existe una buena cohesión y adaptabilidad familiar, puede haber mayor probabilidad de que los miembros del sistema familiar presenten depresión.

- 5) *“Analizar la relación entre el tipo de funcionamiento familiar predominante y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija”*

En función a los datos obtenidos, a partir del cruce de estas dos variables, se puede evidenciar que existe una relación “poco significativa” entre el funcionamiento familiar y la tendencia al riesgo suicida. Es importante mencionar que la tendencia al riesgo suicida es multifactorial, pero el funcionamiento familiar no deja de ser una variable que condiciona.

- 6) *“Analizar la relación entre el nivel de depresión y la tendencia al riesgo suicida en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, de la ciudad de Tarija”*

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo observar que a mayor nivel de depresión mayor riesgo suicida, por ende se puede afirmar que existe una relación “significativa” entre ambas variables, a pesar de que el fenómeno de la tendencia al riesgo suicida es multifactorial.

6.2. Recomendaciones

Luego de la realización del presente estudio, es necesario mencionar que la familia y el funcionamiento que tenga la misma es muy importante para la prevención de psicopatologías y conductas desadaptadas que puedan presentarse dentro de la misma. En este sentido, a continuación se presentan las siguientes recomendaciones:

A los estudiantes de manera general.

- Tomando en cuenta que se presentaron porcentajes de estudiante con niveles significativos de depresión y tendencia al riesgo suicida, se les recomienda ir en búsqueda de ayuda profesional, para que puedan ser tratados y de alguna manera puedan tener mejores recursos para poder enfrentar la situación por la que puedan estar pasando.
- Dentro de la sociedad todavía se sigue evidenciando un estigma en relación a la salud mental y enfermedades como la depresión, por ello es importante que se pueda hacer mayor consciencia y con el objetivo de reducir ese estigma, se recomienda a los estudiantes en general, informarse correctamente sobre este tipo enfermedades y compartir esa información siempre que se pueda, promoviendo en todo momento el tratamiento profesional.

A los padres de familia.

- Buscando incrementar la frecuencia de familias que tengan un funcionamiento familiar equilibrado, se recomienda a los padres de familia establecer un sistema familiar caracterizado por una buena comunicación, diálogo y fortalecimiento de lazos familiares (adecuada cohesión y adaptabilidad).

- Para las personas que presentan tendencia al riesgo suicida, tomando en cuenta la situación de riesgo en la que se encuentran, la ayuda profesional es muy importante, por eso mismo se recomienda a los padres de familia poder brindar constantemente apoyo a los hijos para que puedan contar con una atención psicológica en la cual también la familia pueda tener participación, accediendo de esta manera a una terapia familiar.

A las autoridades universitarias.

- Tomando en cuenta que se pudieron encontrar estudiantes que presentan niveles de depresión considerables y estudiantes con tendencia y con riesgo de suicidio, se recomienda a las autoridades universitarias la apertura de un gabinete psicológico dentro de la Universidad con el objetivo de atender este tipo de casos en la población estudiantil, pudiendo así, iniciar un tratamiento individualizado con reevaluaciones periódicas y realizando un seguimiento adecuado.

A futuros investigadores.

- En función a los resultados encontrados se sugiere a futuros investigadores del tema, profundizar la relación entre el funcionamiento familiar y la tendencia al riesgo suicida debido a que los resultados no muestran una relación clara entre ambas variables.
- Para la obtención de información que permita realizar un mejor análisis cualitativo y tomando como punto de partida la información que brinda el presente estudio, se recomienda la realización de futuras investigaciones bajo un enfoque cualitativo donde se pueda trabajar solo con algunos casos y se pueda realizar un abordaje más profundo.