

REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU

VOL. 8. NO. 2
DIC -2017

<https://revistadepsicologiagepu.es.tl/>



GRUPO ESTUDIANTIL Y PROFESIONAL
DE PSICOLOGÍA UNIVALLE -GEPU-
UNIVERSIDAD DEL VALLE
SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 8 No. 2 – Diciembre de 2017
ISSN 2145-6569

Editora

Adriana Narvaez Aguilar

adriana.narvaez@correounivalle.edu.co



Andrey Velásquez Fernández
Universidad del Valle

Laura Daniela de los Ríos
Universidad Javeriana Cali

Nicole Andrea Pérez
Universidad del Valle

Shanon Lizeth Rodríguez
Universidad del Valle

Angelica Arias Montoya
Universidad del Valle

Sofía Chazatar Hernández
Universidad del Valle

Erika Yuliana Castro
UCC Cali

Diana Mildred Rodríguez
Universidad del Valle

Argeli Arango Vásquez
Universidad del Valle

Rosa Elena Bejarano
Universidad del Valle

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda
Universidad San Buenaventura

Jorge Alexander Daza
Universidad Católica de Pereira

Andrés de Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura

Ximena Ortega Delgado
Universidad Mariana

Daniel Hurtado Cano
Universidad Manuela Beltrán

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra
Universidad Autónoma de Barcelona

Blanca Hurtado Caceda
Universidad Alas Peruanas

María Amparo Miranda Salazar
Universidad del Valle de México

Adriana Savio Corvino
Universidad de la República

Hilda Janett Caquias
Escuela de Medicina de Ponce

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda
Asociación Paraguaya de Neuropsicología

Mario Rosero Ordoñez
Universidad Mariana

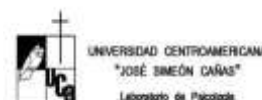
Nora Couso
Área de Medición Educativa Provincia del
Chubut de Argentina

Pablo Antonio Vásquez
Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica
y la Salud Mental

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la Asistente Editorial: Gillian Bradbury. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle. Hecho en Colombia - Sudamérica.

Safe Creative Código 1807237789635

Revista de Psicología GEPU Vol. 8 No. 2 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-.-8-No-.-2.htm>



IBSN

2 1 4 5 - 6 5 6 9 - 0 - 7

Riesgo suicida y funcionamiento familiar en adolescentes de noveno grado de una institución educativa de la ciudad de Barranquilla

María Angélica Bustillo Cardona, Universidad Simón Bolívar

Eliana Patricia Gómez Benavides, Universidad Simón Bolívar

Laura Marcela Hernández Rodríguez, Universidad Simón Bolívar

Joseline Padilla Rodríguez, Universidad Simón Bolívar

Marly Bahamon Muñetón, Tutor Universidad Simón Bolívar

Correo electrónico de contacto: gomezeliana03@gmail.com

Referencia recomendada: Bustillo, M., Gómez, E., Hernandez, L., Padilla, J., & Bahamon, M. (2017). Riesgo suicida y funcionamiento familiar en adolescentes de noveno grado de una institución educativa de la ciudad de Barranquilla. *Revista de Psicología GEPU*, 8 (2), 75-85.

Resumen: Teniendo en cuenta que las cifras de suicidio a nivel mundial, nacional y local en población adolescente reportadas por las autoridades ponen en evidencia un grave problema de salud pública, la investigación propuesta tiene como objetivo Caracterizar y correlacionar el riesgo suicida y el funcionamiento familiar en adolescentes de 9° de una Institución Educativa de la ciudad de Barranquilla. Se trata de una investigación empírico-analítica con diseño descriptivo correlacional. Para ello se aplicó, El Test de funcionamiento familiar FACES III de Olson, 1992 y el Inventario de orientación al suicidio Escala ISO-30 diseñada por King y Kowalchuk en el año 1994. a estudiantes de la ciudad de Barranquilla entre 14 y 16 años

de edad de una institución educativa que cumple con los siguientes criterios: pertenecer a la zona sur de la ciudad de Barranquilla teniendo en cuenta que la geo-referenciación indica un mayor número de casos en esta zona, pertenecer a una institución educativa pública y que ésta tenga antecedentes de estudiantes con intento suicida. Se espera que los resultados brinden información suficiente para proponer programas de prevención en el sector educativo que involucren escuelas de padres, capacitación a docentes y movilización de recursos emocionales en los adolescentes.

Palabras claves: Riesgo suicida, funcionamiento familiar, tendencia suicida, adolescente.

Recibido: 23 de Noviembre de 2016

Aprobado: 8 de Marzo de 2017

Introducción

La adolescencia se constituye en un ciclo evolutivo caracterizado por el conflicto, debido a los múltiples cambios físicos, psicológicos y de roles sociales a los que se expone el sujeto. Éste debe sortear con diferentes situaciones que le demandan desplegar acciones para resolver problemas que puede desbordar su capacidad emocional y reflejarse en la exposición a diversos factores de riesgo físico y psicológico; uno de ellos, *el suicidio*, el cual es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, pues se estima que en la mayoría de los países se ubica entre las diez principales causas de muerte en esta población (Córdoba, Estrada y Velásquez, 2013).

La OMS (2014) define al suicidio como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil. Estimaciones de esta entidad sobre salud a nivel mundial señalan que más de 800 mil personas mueren por suicidio cada año; mientras, muchos más intentan suicidarse. Por lo tanto, varios millones de personas se ven afectadas o experimentan el duelo del suicidio cada año.

Santos, S. (2013) plantea que expertos en salud mental, desde su experiencia consideran al suicidio como la única muerte prevenible y como una problemática que en menores de edad ha aumentado en los últimos años en Colombia; la indiferencia de padres de familia, la exigencia académica, el matoneo escolar, el ‘ciberbullying’, el abuso sexual y el desplazamiento forzado son factores que han influido en que un niño o adolescentes lleguen a la instancia de atentar contra su vida.

A nivel nacional los departamentos con mayores tasas de suicidio en el año 2013. Según reporte del instituto de medicina legal y ciencias forenses fueron: Amazonas (6,7), Meta (6,2), Quindío (5,9), Putumayo (5,9), y Antioquia (5,2). En tanto que las ciudades capitales con mayor número de casos fueron Bogotá (236), Medellín (124), Cali (64), Barranquilla (56) e Ibagué (42). Según la distribución por grupos de edad, las tasas más altas de suicidio por cada 100.000 habitantes se presentaron en los grupos estadios correspondientes a 18-19 años (6,74) y 20_24 años (6,54). Además, de lo anterior el 10,8% de 1810 casos de suicidio en el territorio nacional, correspondía a niños, niñas y adolescente (Instituto De Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013).

Los datos referidos muestran que existe un problema de relevancia que asume la decisión de quitarse la vida como única opción para resolver sus problemas, destacando la influencia de algún miembro del sistema familiar con intentos suicidas y las consecuencias negativas que predominan en el núcleo familiar como un factor detonante para el riesgo suicida. Aspectos de la funcionalidad familiar que no se presentan de manera adecuada, generan familias propicias para el desprendimiento excesivo entre padres e hijos que pueden producir una atmósfera de aislamiento, que a su vez puede aumentar el riesgo de suicidio, de acuerdo con Ledgerwood (1999). Algunos estudios, han propuesto una relación entre la calidad negativa del apego y el comportamiento suicida, pues esto implica poca disponibilidad de los padres para con sus hijos, lo que dificulta la generación de un apego seguro (Berrea y Garrison-Jones, 1992).

Otras investigaciones han explorado las relaciones entre la funcionalidad familiar. (variables familiares) y las ideas suicidas, han encontrado correlaciones significativas entre dos variables, especialmente en aspectos como la falta de comunicación, baja cohesión familiar, falta de

conectividad, los conflictos familiares, rechazo de los padres y el bajo apoyo familiar. (Marcenko, Fishman, y Friedman, 1999; Chen, Wu , y Bond, 2009; La y Shek , 2009; Pace y Zappulla, 2010; Pérez, 2010; Sánchez -Sosa, Villareal -Gonzalez, Musitu, y Martinez , 2010; Pace y Zappulla, 2010; Quiroz , Uribe, Viancha , Bahamón, Verdugo, y Ochoa, 2013).

Rivas (2008) realizó una investigación titulada “Tipos de sistema familiar y riesgo suicida en adolescentes”, este estudio busca la relación entre los tipos de sistema familiar y riesgo suicida en adolescentes. Se llevó a cabo en la ciudad de Tacna, en seis colegios; dos particulares, dos parroquiales y dos estatales, con una muestra de 1143 alumnos entre 3er., 4to. Y 5to. De secundaria. Aquí se usó los instrumentos Faces III y la escala de riesgo suicida de Plutchick. Los resultados señalan que el tipo de familia que predomina está ubicado dentro del rango medio 46.54%, 37.62 dentro del rango balanceado y 15.84 rango extremo. La mayoría de estudiantes que perciben a su familia dentro del Rango Extremo, son quienes presentan mayores señales de riesgo suicida. El trabajo también evidencia un alto porcentaje de riesgo suicida en las instituciones educativas parroquiales, siendo los varones quienes alcanzan mayor riesgo de cometer suicidio en comparación con las mujeres.

En este sentido, para entender la complejidad de la correlación del riesgo suicida y el funcionamiento familiar, es ineludible distinguir concepciones esenciales como el suicidio, sus manifestaciones, dimensiones; funcionamiento familiar y factores que la componen. Según Casullo, Bonaldi y Fernández (2006) existe una triple categorización: ideación suicida (procesos cognitivos y afectivos, elaboración de planes para quitarse la vida, preocupaciones sistemáticas y delirantes sobre la autodestrucción); parasuicidio (conductas variadas que van desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida); suicidio (todas las muertes que han sido resultado directo o indirecto de comportamientos para terminar su vida).

Por otro lado, la familia es una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad; es el escenario privilegiado en donde se lleva a cabo el desarrollo de la identidad y el proceso de socialización del individuo. En ella el sujeto tiene sus primeras experiencias y adquiere sus valores y su concepción del mundo (Zaldívar (s.f.)). Según el Modelo Circumplejo de Olson en la familia se evalúan dimensiones de cohesión (el grado en que los miembros de la familia están conectados o separados a ella), adaptabilidad y comunicación.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario identificar la prevalencia de riesgo suicida en adolescentes, asimismo, describir sus dimensiones y el funcionamiento familiar de dicho grupo etario, específicamente su tipología familiar para lograr establecer la relación entre estas variables dentro un colegio de la ciudad de Barranquilla.

Metodología

Tipo de estudio: El enfoque de la investigación es Cuantitativo, se manejó una concepción Lineal, es decir, hubo claridad entre los elementos que conformaban el problema, tuvo una definición, una limitación y se supo con exactitud donde se inició el problema. Respecto al paradigma, la investigación se sustentó epistemológicamente en el paradigma Empírico –Analítico, hubo predicción y el control fundamentándose en procesos objetivos. Respecto al diseño utilizado fue de tipo descriptivo- correlacional detallando las relaciones entre dos variables (riesgo suicida y dinámica familiar).

Población: La población participante fue la Institución Educativa José Eusebio Caro de la ciudad de Barranquilla, de la cual se obtuvo una muestra conformada por 76 estudiantes de noveno grado, con edades de aproximadamente de 14 a 16 años, de sexo masculino y femenino. Por otro lado, la intención fue no probabilística-censal, es decir, la intencionalidad de la muestra no se efectuó bajo normas probabilísticas de selección sino bajo procesos en los que intervinieron opiniones y criterios personales del investigador.

Instrumentos: Los instrumentos utilizados son la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3° Versión (FACES III) de Olson, Portner y Lavee (1985) y Olson (1992), en la adaptación de Zamponi y Pereyra (1997) y Schmidt (2002, 2003; Leibovich y Schmidt, 2010). Consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento ("Familia Real"). Y la parte II, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia ("Familia Ideal").

Y la Escala ISO-30 Inventario de Orientaciones Suicidas fue diseñada por King y Kowalchuk en el año 1994, y fue adaptado para la Argentina por la Dra. Martina Casullo (Facultad de Psicología, UBA) en el año 1998. El inventario puede ser administrado en forma individual o colectiva y está integrado por 30 ítems que se responden sobre la base de una escala de cuatro opciones o categorías de respuesta: 1. Totalmente en desacuerdo, 2. En parte en desacuerdo, 3. En parte de acuerdo, 4. Totalmente de acuerdo. Once de estos ítems se evalúan de forma inversa. Las respuestas numéricas se suman y se obtiene un puntaje bruto o directo que posibilita la obtención de un índice global de la Orientación Suicida. Las puntuaciones brutas totales tienen un valor mínimo de 0 y un máximo de 90.

Esta escala permite evaluar 5 variables psicológicas, integradas por los ítems que a continuación de cada una se detallan: **1).** desesperanza: ítems 2, 7, 12, 17, 22, 27 **2).** baja autoestima: ítems 1, 6, 11, 16, 21, 26. **3).** incapacidad para afrontar emociones: ítems 3, 8, 13, 18, 23, 28. **4).** soledad y abatimiento, aislamiento y deterioro en vínculos sociales: ítems 4, 9, 14, 19, 24, 29. **5).** ideación suicida (ítems críticos): ítems 5, 10, 15, 20, 25, 30. los ítems que evalúan las ideaciones suicidas se denominan críticos y las respuestas a algunos de ellos deben ser analizadas de manera especial por su posible significación clínica. los individuos evaluados pueden ser finalmente ubicados en 3 categorías, basándose en el puntaje total obtenido de la suma de todos los ítems y basándose en los ítems críticos marcados con valores de 3 ó 4.

Las categorías son: Bajo riesgo suicida (puntaje total inferior a 30 o menos de 3 ítems críticos con puntuación alta). Moderado riesgo suicida (puntaje total entre 31 y 44, y menos de 3 ítems críticos con valores de 3 ó 4). Alto riesgo suicida (puntaje total igual o superior a 45, o menor a 45 pero con puntajes altos en al menos 3 ítems críticos).

Resultados

El proyecto de investigación tuvo la asistencia de 76 participantes, de los cuales el 52.6% (40) tienen una edad cronológica de 14 años, seguido del 31.6% (24) con una edad de 15 años, solo un 7.9%(6) indico que tienen 16 años y el 7.9% restante tiene entre 12 y 13 años. El 52.6% corresponde a 40 participantes del sexo masculino, mientras que el 47.4% corresponde a 36 participantes del sexo femenino. la mayoría de los estudiantes reportaron pertenecer a estratos socioeconómicos 3 seguido del estrato socioeconómico 2, y la menor participación de los estudiantes se encontró que solamente un 2.6% se ubicaron en estrato socioeconómico cuatro al igual que en el estrato socioeconómico 5 lo cual indica que hay poca representatividad de estratos socioeconómico alto indicando que la mayoría de la población que analizamos estuvo concentrada en estrato 2 y 3. En conclusión el máximo se ubicó en estratos socioeconómicos tres y lo mínimo se ubicó en estratos socioeconómicos 4 y 5.

El 71.1% de los participantes reporta no haber realizado ningún intento suicida a lo largo de su vida mientras que un 21.1% reporta que sí, lo cual indica que es un dato significativo puesto que el 21.1% corresponde a 16 jóvenes un resultado considerable al total de estudiantes evaluados y teniendo en cuenta que fueron tomados de dos grupos de noveno grado de una institución de barranquilla. (grafica #1).

El 30.3% de los estudiantes participantes del proyecto de investigación reportaron puntuaciones en la escala que lo ubican en un nivel de riesgo suicida alto. El intento suicida en relación con el género o sexo se evidencia con mayor frecuencia en las mujeres con un porcentaje de 30.6% a diferencia del sexo masculino que tiene un porcentaje de 12.5% coincidiendo con la literatura que manifiesta que hay mayor intento suicida en las mujeres, pero hay más efectividad de suicido en los hombres. El nivel de riesgo suicida alto se ubicó con mayor frecuencia en el sexo femenino que en los hombres teniendo en cuenta que el 41.7% de los participantes obtuvieron puntuaciones que la ubicaban en un nivel de riesgo alto en comparación con un 20.0% en los hombres.

En cuanto a la tipología familiar hay una mayor prevalencia en familias no relacionadas con un 50.0% la cual indica 38 participantes de la muestra total seguida del 31.6% es decir 24 participantes que hace referencia a familias semirelacionada, continuo del 14.5% referente a 11 participantes que hacen relación a familias relacionadas y el 3.9% restante indica 3 participantes referentes a familias aglutinadas siendo estas no tan significativas en comparación con las anteriores cohesiones familiares. Hay un mayor porcentaje en las familias con una tipología caótica con un 35.5% (27), seguido de la rígida con un porcentaje 27.6% (21), la flexible tiene un porcentaje de 21.1% (16) mientras que la estructurada un 15.8% (12).

La investigación indica que en nivel bajo de riesgo suicida el mayor porcentaje de 45.7% de los participantes, tienen una familia semirelacionada seguida de una familia no relacionada con un porcentaje de 31.4%. con referencia al nivel alto de riesgo suicida el mayor porcentaje 73,9% de los participantes tienen una familia no relacionada seguida de la semirelacionada, y por último la familia relacionada con un porcentaje de 4.3%. Lo que indica que los participantes de mayor nivel de riesgo suicida se dan en familias no relacionadas. En cuanto al nivel medio de riesgo suicida, un porcentaje significativo de 55.6% hace referencia a familias no relacionadas seguido del porcentaje de 27.8% que corresponde a familias relacionadas. tanto en el nivel alto como bajo de

riesgo suicida el mayor porcentaje de los participantes tienen familias caóticas, en el nivel alto con un porcentaje de 34.6% y en el nivel bajo de 42.9%. Pero tienen diferencias en el porcentaje bajo ya que en el nivel alto el menor porcentaje de los participantes tienen familias flexibles y en el nivel bajo tienen familias estructuradas, con relación al nivel medio se da más la familia rígida con un porcentaje de 33.3%, que el resto de familia que guardan un mismo porcentaje. (Grafica 2,3)

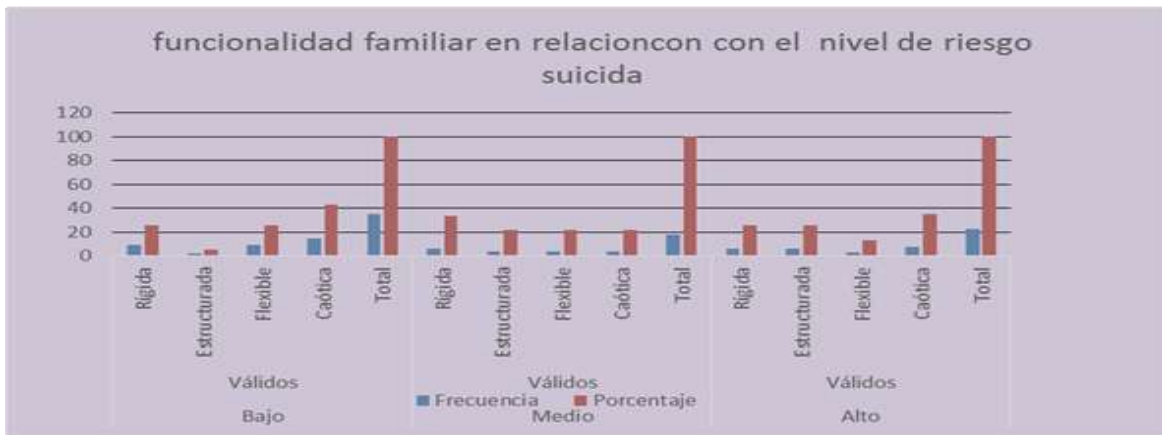
Se encontraron correlaciones inversas estadísticamente significativas entre el riesgo suicida con el tipo de familia, es decir, se obtuvo correlaciones negativas significativas entre todas las dimensiones del riesgo suicida con relación a la tipología familiar, a diferencia de la funcionalidad familiar que no tuvo correlaciones significativas con ninguna de las dimensiones que se evaluó en el riesgo suicida. A pesar de que no hay una correlación directa entre funcionalidad familiar y riesgo suicida, es necesario considerar que los jóvenes participantes que puntuaron alto en el nivel de riesgo suicida se ubican dentro de familias caóticas, no relacionadas, lo cual se vincula con los altos puntajes encontrados en la dimensión evaluada en el nivel de riesgo suicida, el aislamiento.



Gráfica 1



Gráfica 2



Gráfica 3

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo encontrar características del riesgo suicida y el funcionamiento familiar y una correlación entre estas dos variables.

Con respecto a esta investigación, se encuentran diferencias en cuanto a la tipología familiar o tipo de cohesión familiar, definida como “el vínculo emocional o ligazón emocional que los miembros de la familia tienen entre sí” donde hay una mayor prevalencia en familias no relacionadas con un 50.0% lo cual hace referencia a 38 participantes de la muestra total seguida del 31.6% es decir 24 participantes que hace referencia a familias semirelacionada, continuo del 14.5% referente a 11 participantes en familias relacionadas y el 3.9% restante indica 3 participantes referentes a familias aglutinadas siendo estas no tan significativas en comparación con las anteriores cohesiones familiares.

Para mayor claridad en el contexto de la literatura, es importante mencionar los resultados encontrados por Julia Esther Ríos Pinto (2014) en su investigación, en la cual se halló que el tipo de cohesión Desligada (con 91 estudiantes) alcanza un porcentaje de 42.12 % ligeramente mayor comparado con los demás tipos de cohesión; seguida por el tipo de cohesión Separada (con 64 estudiantes) con un porcentaje de 29.63%. Los tipos de cohesión Conectada (con 45 estudiantes) y Amalgamada (con 16 estudiantes) alcanza el 20.84% y 7.41% respectivamente en la población evaluada; esto corrobora nuestros resultados y los de la literatura de estudios como los de Muñoz 2006, que afirman que los niveles bajos de cohesión familiar pertenecen al tipo de familias desligadas y estas se asocian considerablemente con ideación suicida.

En Cuba, se realizó un estudio analítico retrospectivo de corte transversal del tipo caso control con el objetivo de caracterizar el funcionamiento familiar diferencial de los individuos que realizaron intentos suicida en un área de salud de la Habana Vieja, durante los meses de enero a mayo, encontró que el grupo con riesgo suicida con relación a las verificaciones es predominantemente disfuncional (45,2 % y 32,2 %), mientras que en el grupo control de evaluación es predominantemente funcional.

En Venezuela, García y Ramírez (2010) en su investigación Riesgo suicida y cohesión familiar en estudiantes de la carrera de medicina, concluye que los estudiantes en su gran mayoría pertenecen al tipo de cohesión conectada, y al relacionar el riesgo suicida con cohesión, se evidenció 12 (5.11%) de los estudiantes presentaron cohesión desligada. Resultado semejante se ha dado en la presente investigación, en que la cohesión desligada tiene el mayor porcentaje.

Adicionalmente, esto contenido concuerda con un estudio realizado en la ciudad de Manizales (Colombia) en los años de 2007- 2008. el 56,8 % de los participantes fueron hombres y 43,2 % mujeres; 10,2% habían efectuado un intento suicida, 12,8% presentaron riesgo suicida y 19,9% tenían antecedentes familiares de intento suicida; solo el 31,6% gozaban de buena función familiar, disfunción familiar severa en el 11,4%. 16,6% presentaban ansiedad y 2,9% depresión; 39,2% son dependientes del alcohol, 8,8% consumen drogas y 15,3% fuman.

En cuanto a la funcionalidad familiar o tipo de adaptabilidad de los estudiantes participantes del proyecto de investigación se ve un mayor porcentaje en el tipo de adaptabilidad caótica con un 35.5% que hace referencia a (27estudiantes), seguido de la rígida con un porcentaje 27.6% referente a (21 estudiantes), la flexible tiene un porcentaje de 21.1% referente a (16 estudiantes) mientras que la estructurada un 15.8% referente a (12 estudiantes). Con respecto a la investigación de Julia Esther Ríos Pinto (2014) que hallaron que prepondera el tipo de adaptabilidad caótica (con 113 estudiantes) que representa el 52.31% de la población evaluada, seguida del tipo de adaptación flexible (con 50 estudiantes) y estructurada (con 39 estudiantes), 23.14% y 18.06% respectivamente; finalmente el tipo de adaptación menos predominante (con 14 estudiantes) es la rígida, que en la población evaluada alcanza a un 6.49%. Podemos ver que hay una relación con respecto a la adaptabilidad caótica que en las dos investigaciones vistas es el tipo de adaptabilidad que predomina, pero así mismo hay discrepancias en cuanto al resto de tipos de funcionalidad o adaptabilidad.

Algunos estudios que analizan la tentativa suicida como el indicador más evidente del riesgo de suicidio muestran que dicho riesgo es más frecuente en mujeres que en hombres; en concordancia con esto en el presente estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo para población adolescente, en cuanto al género los resultados establecidos indicaron que el 52.6% corresponde a 40 participantes del sexo masculino, mientras que el 47.4% corresponde a 36 participantes del sexo femenino.

En cuanto a la funcionalidad familiar, según investigaciones de Jessor, Chase y Donovan (1980) Los adolescentes con antecedentes de conflicto intrafamiliar severo, ideación e intento de suicidio, presentan un patrón de comportamiento peligroso para la salud, que guarda relación con el concepto de “síndrome de comportamiento problema del adolescente” el cual sugiere que en “todos los comportamientos de riesgo para la salud se relacionan los mismos factores psicosociales, protectores y de riesgo” (Campo y cols., 2008, p. 231), respecto a lo cual en nuestro proyecto de investigación se refleja un mayor porcentaje de funcionalidad en familias caóticas, con un 35.5% (27), seguido de la rígida con un porcentaje 27.6% (21), la flexible tiene un porcentaje de 21.1% (16) mientras que la estructurada un 15.8% (12). Esta idea propicia la especificación de la particularidad del problema en la etapa de la adolescencia obligando a futuros investigadores a tomar en cuenta la etiología biopsicosocial del suicidio y fundamentalmente los patrones de crianza en unión a el funcionamiento de los sistemas familiares.

El grupo de edad más frecuente para el intento suicida en adolescentes según lo hallado corresponde al rango entre 15 a 19 años, por ser la etapa de la adolescencia donde se desarrollan toda una serie de cambios para entrar en la etapa de adultos y es la etapa de toma de decisiones importantes en la vida de las personas.

En este estudio con 162 participantes afirmaron a partir de su investigación que el índice de suicidio aumenta con la edad, el suicidio antes de los 15 años es inusual según estudios realizados del tema, sin embargo, pese a lo pequeño de la muestra de nuestra investigación se hace necesario ampliar indagación en poblaciones antes de los 15 años, ya que cuando un individuo se expone excesivamente a situaciones de violencia, es miembro de una familia disfuncional o posee antecedentes predisponentes de suicidio, tiene factores de riesgo no determinantes para acceder a atentar a su propia vida, esto con el objeto de desarrollar programas preventivos que fortalezcan factores protectores en los jóvenes.

En cuanto al sexo, el femenino predominó en la mayoría de los trabajos revisados, esto concuerda con los resultados encontrados en nuestro estudio. Se plantea que los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas.

Se plantea en el estudio del comportamiento de los factores de riesgo que la disfunción familiar aumenta la vulnerabilidad de las familias para que aparezcan conductas autodestructivas entre sus miembros. Su acción debilita la base afectiva emocional de la personalidad, que obstaculiza el desarrollo y la eficiencia de los mecanismos autorreguladores, y afectan la capacidad regenerativa del sistema familiar para amortiguar y modificar la acción y efecto de estos. Hay autores que plantean que el buen funcionamiento familiar puede considerarse como un factor protector indirecto de la ideación suicida. Esto ocurrió en nuestro estudio la disfunción en cuanto a familias no relacionadas exacerbó el riesgo en la población.

Coincidimos en concluir sobre lo prioritario de fortalecer los programas de detección de la depresión adolescente, como también exigir al Estado mejores tratamientos para depresión (no sólo limitados al medicamento). De igual manera, promover la estrategia de Escuela de Padres en instituciones educativas, hacer énfasis en temas referentes a la salud mental y la importancia en la comunicación, cooperación, afecto y respeto entre los miembros de la familia.

Referencias

Argota, N; Álvarez, M.; Colás, V.; Sánchez, Y.; Barceló, M. (2015) comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. Policlínico Comunitario José Martí Pérez. Santiago de Cuba. Cuba. II Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Santiago de Cuba. Cuba. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242015000100004&script=sci_arttext

Córdova, A., Estrada, A., Velázquez, M. (2013). Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 15 (1), pp. 7-21. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80225697002.pdf>

Espinoza Gómez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista-Hernández V, Hernández-Suárez CM, Newton Sánchez OA, Plasencia García GR. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en

universitarios adolescentes. Salud pública Méx [Internet]. 2010 Jun [citado 22 Abr 2014];52(3). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000300005&lng=es

Garcia.R , Ramirez.A. (2010) Riesgo suicida y cohesión familiar en estudiantes de carrera de medicina. Universidad de oriente. Nucleo Bolivar. <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2868/1/03-Tesis.RIESGO%20SUICIDA%20Y%20COHESI%C3%93N%20FAMILIAR.pdf>

OMS. (2014) prevención del suicidio un imperativo global. organización mundial de la salud. ISBN: 978 92 4 256477 8. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/

Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M. & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. Actas Especializadas en Psiquiatría, 39(4), pp. 226-35. <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-226-235-920269.pdf>

Noa, J. & Miranda, M. (2010) Policlínico Docente "Julián Grimau García". factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. Avenida de Los Libertadores y Paseo de Martí, Santiago de Cuba, Cuba http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192010000300011&lng=es

Puerto. J, Devi.N, Palencia.G , Benjamin. (2014) Diseño de un modelo de intervención para la prevención del suicidio en la población escolar de niños y adolescentes. Biblioteca- CRAI. Universidad del Rosario. • <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2868/1/03-Tesis.RIESGO%20SUICIDA%20Y%20COHESI%C3%93N%20FAMILIAR.pdf>

Quiroz, A., Uribe, J., Vianchá, M., Bahamón, M., Verdugo, J., & Ochoa, A. (2013). Estilos parentales como predictores de la ideación suicida en estudiantes adolescentes. Psicología Desde El Caribe, 30(3), pp.551 – 568. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a06.pdf>.

Rivas, A. (2008). Tipos de sistema familiar y riesgo suicida en adolescentes. Psicología, Arequipa. 05, 31-43. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3653/1/Rios_pj.pdf.

Salazar.J. (2012) Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 15, (2), 2012. Vol. 15 No. 2, Junio de 2012. <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122q.pdf>.

Santos, S., (2013) “Lo que esconde el suicidio en niños y adolescentes”. El Nuevo Día Periódico de los Tolimenses. http://www.elnuevodia.com.co/nuevodia/especiales/generales/169326-lo-que-esconde-el-suicidio-en-ninos-y-adolescentes?quicktabs_3=2#sthash.qVaUgcj3.dpuf

Toro DC, Paniagua RE, Gonzáles CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. Rev. Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2009 [citado 22 Jul 2014]; 27(3):302-8. <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/1446>

Ventura Juncá R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib MJ. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2010 Mar [citado 22 Abr 2014];138(3). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300008&lng=es

Zaldivar. D., (s.f.). Funcionamiento familiar saludable. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/funcionamiento_familiar.pdf