PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **ELSA LUCIA TAYO NARANJO Y DIEGO MAURICIO TORRES QUELAL** con C.C. 1712980638, 1712695418, respectivamente, autores del trabajo de graduación titulado: **"LA INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL RIESGO SUICIDA Y TRASTORNO DEPRESIVO EN ADOLESCENTES DEL CANTON PUERTO QUITO",** previa a la obtención del título profesional en la Especialidad de: Medicina Familiar y Comunitaria, en la Facultad de **Medicina**:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 8 de febrero del 2017

ELSA LUCIA TAYO NARANJO

C.C. 1712980638

DIEGO MAURICIO TORRES QUELAL

C.C. 1712695418

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

"LA INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL RIESGO SUICIDA Y TRASTORNO DEPRESIVO EN ADOLESCENTES DEL CANTÓN PUERTO QUITO"

PROTOCOLO DE DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DRA. ELSA LUCIA TAYO NARANJO
DR. DIEGO MAURICIO TORRES QUELAL

DIRECTOR METODOLÓGICO:

DR. CARLOS TROYA

TUTOR DE TESIS:
DRA. NOEMI CHÁVEZ

SANTO DOMINGO 2016

Agradecimientos:

A nuestras familias.

A nuestros maestros.

Dedicatoria:

A nuestra hija, Stephany Ariana

Contenidos:

Resumen: 7

Objetivos: 7

General: 7

Específicos: 7

Abstract: 9

Capítulo I: Introducción 10

Capítulo II: Revisión Bibliográfica 13

1. La Familia 14

1.1.- Estructura familiar 19

1.2.- Disfunción familiar 20

1.2.1.- Causas de la disfunción familiar 22

1.2.2.- Efectos de la disfunción familiar 23

1.2.3.- Abordaje de la disfunción familiar 24

2.- Violencia Familiar 25

3.- Suicidio 28

4. Puerto Quito: 35

Justificación: 38

Problema de investigación: 41

Objetivos: 41

General: 41

Específicos: 41

Hipótesis: 42

Capítulo III: Métodos 43

11.1 Operacionalización de variables del estudio: 44

Universo - Muestra: 51

Tipo de estudio: 51

Análisis de datos: 53

Capítulo IV: Resultados 55

Capítulo V: Discusión 65

Conclusiones: 69

Recomendaciones: 71

Aspectos bioéticos: 72

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 75

Apéndice: 80

1.Tablas de resultados: 81

Tabla 1: Análsis bivarial con Riesgo Suicida 82

Tabla 2: Análsis bivarial con Depresión 84

Tabla 3: Análsis bivarial con FACES III (Cohesión y Adaptabilidad): 86

Tabla 4: Análisis Bivarial con Colegios 89

2. Consentimiento y asentimiento informados: 90

3.Instrumentos: 93

Resumen:

Objetivos:

General:

Determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y el grado de riesgo suicida en los adolescentes de entre 14 y 19 años de edad que acuden a las Unidades Educativas del Cantón Puerto Quito, y la presencia de trastorno depresivo.

Específicos:

- Identificar las diferentes tipologías familiares según su funcionalidad, con respecto a adaptabilidad y cohesión.
- Clasificar el riesgo suicida que presentan los adolescentes de 14 a 19 años.
- Relacionar la presencia de riesgo suicida y tipología familiar en los adolescentes de 14 a 19 años del Cantón Puerto Quito.
- Identificar la funcionalidad familiar en los adolescentes que cursan con depresión.

Metodología: El presente se trata de un estudio de corte, transversal, no experimental, que valora la relación existente entre la funcionalidad familiar y el riesgo suicida entre los adolescentes de 14 a 19 años del Cantón Puerto Quito, que acuden a las instituciones educativas y la presencia de depresión en los mismos. La funcionalidad familiar se midió mediante el instrumento FACES III; para el riesgo suicida se usó el Cuestionario ISO 30 y para depresión las preguntas del PHQ9.

Para el análisis de datos se emplearon los estadísticos del paquete SPSS- Statistics22. Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio estratificado de adolescentes que previo consentimiento informado a sus padres y a ellos mismos decidan colaborar con el estudio y cumplan con los criterios de inclusión.

Resultados: De la población estudiada se encontró que el género femenino presenta mayor riesgo suicida y de depresión; el hecho de tener pareja representa un factor protector para riesgo suicida; quienes sufren de depresión tienen mayor riesgo de suicidio; y, de acuerdo a la funcionalidad familiar, las familias puertoquiteñas son no relacionadas y semirrelacionadas (cohesión) y caóticas (adaptabilidad). Con respecto a la cohesión, es la variable que tiene mayor relación con riesgo suicida, no así la adaptabilidad.

Abstract:

General objective:

To determine the association between family functionality and the degree of suicidal risk in adolescents between 14 and 19 years old who attend the Educational Units of the Puerto Quito Canton, and the presence of depression.

Specific objectives:

- Identify the different family typologies according to their functionality, with respect to adaptability and cohesion.
- To classify the suicidal risk presented by adolescents aged 14 to 19 years.
- Relate the presence of suicidal risk in adolescents aged 14 to 19 years of Canton Puerto Quito.
- Identify teenagers who are depressed.

Methodology: The present study is a cross-sectional study that assesses the relationship between family functionality and suicidal risk among adolescents aged 14 to 19 years of Canton Puerto Quito who attend educational institutions and the presence of depression in the Themselves. Family functionality was measured using the FACES III instrument; For suicidal risk, the ISO 30 Questionnaire was used and for depression the PHQ9 questions. For the data analysis, the statistics of the SPSS-Statistics22 package were used. A randomized probabilistic stratified sampling of adolescents was carried out, after informed consent to their parents and they decided to collaborate with the study and fulfill the inclusion criteria.

Results: The female population was found to be at greater risk of suicide and depression; Having a partner is a protective factor for suicidal risk; Those who suffer from depression are at greater risk of suicide; And, according to family functionality, the Puertoquite families are unrelated and semi-related (cohesion) and chaotic (adaptability). With regard to cohesion, it is the variable that is most related to suicidal risk, but not the adaptability.

Capítulo I: Introducción

La familia constituye el pilar fundamental dentro del desarrollo del niño y el adolescente hasta llegar a la adultez. Es el lugar donde, de acuerdo a la cultura de sus integrantes, se construyen las costumbres, los mitos, los valores, los prejuicios; en esencia, todo lo que un individuo aporta a la sociedad. Dentro de esta realidad, así mismo, pueden crearse y/o cultivarse ideas que aporten como factores de riesgo suicida (Pavez, Santander yCarranza, 2009).

La adolescencia constituye una etapa crucial para el desarrollo de los seres humanos y representa la transición entre la niñez y la edad adulta. Constituye un período del ciclo vital individual con características propias, que por lo general no necesitan asistencia médica; sin embargo, suelen enfrentarse a riesgos propios de la edad. Por lo que la atención se enfoca en la prevención y detección precoz de conductas de riesgo y valoración del crecimiento y desarrollo (Epstein, 2006).

El enfoque para las consultas de prevención y detección temprana de conductas de riesgo evalúa la sexualidad, el riesgo de sufrir accidentes, uso y abuso de sustancias, suicidio y depresión (Epstein, 2006)

El suicidio constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial, siendo la segunda causa principal de muerte en los jóvenes y por lo general se ve asociado a los cuadros de depresión (Tait, y Michail, 2014). Dichos cuadros se presentan en gran proporción entre los adultos jóvenes, de ahí la importancia de la intervención temprana.

Los sentimientos que generan los suicidios son impactantes entre los familiares cercanos; y, cuando éste se produce en adolescentes y niños provoca sentimientos más intensos. Por lo que es tan difícil entender y aceptarlo dentro de este grupo de edad. Poniendo en tela de debate la intervención del grupo educativo sanitario para identificar conductas que lleven a consumar un suicidio (Picazo-zappino, 2014).

Por lo general dicho hecho se oculta o se niega ya sea por temor a la culpa a las familias o por ser considerado un hecho reprobable bajo los ojos de la sociedad o la religión, como lo afirma Picazo – zappino (2014).

La depresión constituye uno de los factores de riesgo para el intento suicida, siendo uno de los desórdenes comunes entre los adolescentes, además se asocia con bajo rendimiento escolar, habilidades sociales deterioradas, aislamiento social, abuso de sustancias, problemas en la dinámica familiar, enfermedades crónicas, insatisfacción corporal, relación entre pares, y eventos traumáticos (Nardi, Francesconi,, Catena-Dell'Osso, y Bellantuono, (2013) (Janon y Saad, 2006).

En Ecuador, en el año 2006, se realizó un estudio de asociación de desintegración familiar y depresión en adolescentes, con una revisión de 1.045 historias clínicas de adolescentes que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil; donde las patologías más frecuentes fueron trastornos depresivos (22,9%), con mayor frecuencia en mujeres con una relación de 3:1(Janon y Saad, 2006).

Existen estudios que relacionan la funcionalidad familiar al intento suicida, asociando factores de riesgo como relaciones conflictivas, demostración de poca afectividad, comunicación ineficaz, padres muy controladores, desintegración familiar, historia familiar de depresión en alguno de sus miembros, enfermedades psiquiátricas, conducta suicida, abuso de sustancias y problemas legales (Pavez, Santander yCarranza, 2009).

De los antecedentes antes enumerados deriva la importancia de estudiar este fenómeno en la población de los adolescentes del Cantón Puerto Quito para la detección temprana y prevención de los factores asociados al riesgo suicida, debido a que se identifica como parte de un proceso multicausal.

Capítulo II: Revisión Bibliográfica

1. La Familia

Es importante iniciar el contenido del presente documento definiendo a la familia como eje central de la sociedad. En este sentido, Clemente (2009) menciona que, la familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. Por otro lado, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (2016), indica que "la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado".

Los autores Grossmann y Martínez Alcorta definen a la familia como "la estructura familiar originada en el matrimonio o unión de hecho de una pareja, en la que uno o ambos de sus integrantes tienen hijos provenientes de un casamiento o relación previa" (García Falconí, 2011).

A la definición expuesta, se debe agregar que la comprensión de la familia, se apegan a las realidades actuales, en las que la familia no sólo se entiende únicamente desde los parentescos de consanguinidad, sino que se definir familia por los vínculos que se crean desde las ligaciones socialmente legítimos y legitimados en las leyes de cada uno de los lugares.

Sobre el afecto familiar, el tratadista Corral Tarciani señala: "el gran requisito de la familia de hecho es el ánimo de formar familia, ánimo que es denominado afecto familiar. En la familia de derecho este ánimo o afecto es presumido por la sola existencia del vínculo jurídico, pero no sucede lo propio, en cambio, en los grupos familiares no matrimoniales en los que se necesita que tal efecto se compruebe" (Corral Tarciani, 2002)

La familia como valor de la sociedad, se encuentra dotada de importancia significativa para la vida humana, en sus diversas relaciones humanas, y en esa dimensión lo hace digno

de ser tutelado por la sociedad y el Estado, tendiendo reconocimiento jurídico, así como el goce de protección a nivel constitucional.

Hay que señalar que en nuestro país, como en los demás países del mundo, la familia es la célula fundamental de la sociedad, así lo reconoce el artículo 67 de la Constitución de la República del Ecuador, recalcando que existen diversos tipos de familia y de esta manera reconociendo el proceso histórico que ha tenido la institución de la familia. Dicho artículo, en su primera línea versa: "Se reconoce la familia en sus diversos tipos", o sea que además de la familia matrimonial, cuya fuente sin lugar a dudas es el matrimonio, existe la familia extramatrimonial que surge de la unión sin vínculo matrimonial entre un hombre y una mujer, que se comportan ante los demás como esposos; y más aún ahora las uniones de hecho de personas del mismo sexo.

En la actualidad como se puede constatar, la estructura de la familia ha cambiado su vida y pensamiento y si bien la Constitución el artículo 67 señala que el Estado le protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de esos fines, éste mismo artículo reconoce que la familia se constituye por vínculos jurídicos o de hecho y se basan en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes; y esto el legislador constituyente lo ha señalado frente a la realidad social en que vive la humanidad, con permanente cambio y evolución, dándose una transformación al derecho de familia que es consecuencia lógica de los cambios sociales y el Ecuador sin duda alguna es un ejemplo de una realidad social que no se ve en otros países; por esta razón hay que reconocer que habrá que meditar, si la equiparación que hacen de las uniones de hecho al matrimonio, implica una producción de efectos con la entidad necesaria para otorgar a una persona unida voluntariamente a otra el Estado civil de casada, por lo que tales parejas no lo serían de hecho sino más bien de derecho.

De lo manifestado, se desprende que nuestra Constitución reconoce la familia en sus diversos tipos y que son las siguientes:

a) La familia de padres separados, ésta es la familia en que los padres se niegan a vivir juntos, no son pareja, pero deben seguir cumpliendo a cabalidad con su rol de padres ante los hijos, por muy distantes que estos se encuentren; aun cuando hay que reconocer que por el bien de los hijos se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad ni maternidad;

b) La familia de madre soltera, ésta es la familia en que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos; y como es de conocimiento general es la mujer quien en la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos, aunque la doctrina señala que en este tipo de familia, hay que tener presente, que hay distinciones, pues no es lo mismo ser madre soltera, adolescente, joven o adulta;

c) La familia mono parental, ésta es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos; esta clase de familia; puede tener diversos orígenes:

- **Porque los padres se han divorciado,** y los hijos se quedan viviendo con uno de ellos, por lo general la madre;
- **Por un embarazo precoz,** donde se configura otro tipo de familia, esto es la familia de madre soltera; y,
- **Por el fallecimiento de uno de los cónyuges.**

d) La familia extensa o consanguínea, se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran

cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos;

e) La familia nuclear, derivada del matrimonio heterosexual, que tradicionalmente es la familia básica.

f) Las familias homo parentales, en aquellas sociedades y países, en la cual su legislación ya ha reconocido el matrimonio gay, debiendo señalar que en la Argentina hace pocos meses se reconoció legalmente el matrimonio gay.

Definiciones de familia las hay tan diversas como lo son las propias familias, donde se puede considerar importante desde la consanguinidad, los lazos afectivos, los valores socioculturales, espacio físico e inclusive si todos consumen su alimento de una olla común, tal como figura en el libro de la Dra. Norma Armas. Y tan vital como clasificarlas por su extensión es hacerlo por su funcionalidad.

La función de la familia, como elemento constitutivo de la sociedad, tiene responsabilidades que debe asumir, para el bienestar de la comunidad. Investigadores han definido cinco funciones esenciales de la familia; y, estas son, "socialización, afecto, cuidado, estatus y reproducción" (Archivos en Medicina Familiar, 2005, pág. 15).

Detallando las funciones de la familia, la socialización se refiere a la promoción social que la familia debe realizar entre sus miembros; el afecto, es la interacción de sentimientos y emociones; el cuidado, es la protección y asistencia de manera diligente; el estatus, hace referencia a la transmisión de características sociales; y la reproducción, es el rol de garantizar la existencia de la vida, sobre la base de las relaciones de amor.

En la actualidad, la sociedad ha visto como la familia ha tenido inconvenientes de diversa índole en su estructura, principalmente afectada por la disfunción familiar, entendida ésta, como el no cumplimiento de alguna de las funciones descritas anteriormente. En este aspecto, Monserrath y Sánchez (2014), definen a la disfunción familiar, como "la presencia de conflictos, mala conducta y especialmente el abuso por parte de los miembros que se produce continuamente y regularmente" (pág. 17).

La familia constituye el pilar fundamental dentro del desarrollo del niño y el adolescente hasta llegar a la adultez. Es el lugar donde, de acuerdo a la cultura de sus integrantes, se construyen las costumbres, los mitos, los valores, los prejuicios; en esencia, todo lo que un individuo aporta a la sociedad. Dentro de esta realidad, así mismo, pueden crearse y/o cultivarse ideas que aporten como factores de riesgo suicida. (Pavez, Santander, Carranza, & Vera-Villarroel, 2009)

La adolescencia constituye una etapa crucial para el desarrollo de los seres humanos y representa la transición entre la niñez y la edad adulta. Representa un período del ciclo vital individual con características propias, que por lo general no necesitan asistencia médica, porque gozan de buena salud; sin embargo, suelen enfrentarse a riesgos propios de la edad. Por lo que la atención se enfoca en la prevención y detección precoz de conductas de riesgo y valoración del crecimiento y desarrollo. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2011)

Cada hogar está formado por varios individuos con intereses y problemas personales, familiares y sociales; siendo la salud de sus miembros y sus relaciones en armonía lo que constituye la salud familiar (Armas & Díaz, 2007) El estudio de la familia tiene un sinnúmero de variables complejas, dentro de las que es mandatorio evaluar la funcionalidad

en el contexto de entender la cohesión y adaptabilidad familiar como parte de la dinámica familiar. De aquí nace la concepción de que en la familia se cultivan las conductas individuales, influenciadas por el medio cultural en el que se desarrolla la persona.

Así mismo la sociedad cumple un rol fundamental en la influencia de la forma en que sus integrantes arreglan sus conflictos y genera una corriente para la resolución de los mismos, como afirma la teoría de Emilie Durkheim, que justifica al suicidio como uno de los aspectos patológicos de las sociedades modernas (Durkheim, 1992). Éste es el origen del concepto de sociedades suicidógenas, compuestas probablemente por familias suicidógenas, aquí nace el interés de este estudio, debido al abordaje que el Médico Familiar otorga a los problemas de salud en el contexto bio – psico –social, dándole peso de igual importancia a éstos tres aspectos en el desarrollo del individuo, como tal y dentro del ciclo familiar.

1.1.- Estructura familiar

La estructura familiar constituye un tema que debe considerarse como punto de reflexión necesaria, porque la disfunción familiar afecta su estructura y por ende a la estructura social. Para esto se inicia describiendo la conceptualización de estructura familiar para luego sintetizar otros elementos que se relacionan con la disfunción familiar.

Según Luengo y Román (2007) “La estructura familiar proporciona las “señas sociales”, es decir, indica el ambiente social en donde vive la familia: si viven en una familia formada por padres en primeras nupcias, divorciados, que han contraído matrimonio de nuevo o madres solteras.” (pág. 21). Entonces para el reconocimiento de una familia con disfunción familiar se debe evaluar la estructura de la misma y más concretamente el tipo de relaciones que se desarrollan entre los miembros de la familia, en otras palabras, se trata de una suerte de hoja de vida de la familia.

En cambio, para Montalvo, Espinosa y Pérez (2013) define este concepto como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (pág. 76). La disfunción familiar en este sentido afectaría a los modos de interacción en la estructura de la familia y crearía por otro lado una nueva estructura familiar marcada por relaciones con nuevos patrones relacionales.

Además, aunque no es parte de la funcionalidad familiar, si cabe tomar en cuenta que cada familia funciona como un sistema con cualidades propias dentro de sus límites, totalidad, equifinalidad, retroalimentación, homeostasis, adaptación y entropía. Y éste sistema es tan complejo que dentro de sí aloja varios subsistemas u holones (conyugal, parental, fraternal e individual) que nutren a los individuos y a la vez al todo para su funcionamiento.

1.2.- Disfunción familiar

¿Qué se entiende por disfunción familiar? Una primera comprensión que puede ser de fácil intelección por la mayoría de las personas, es decir, conceptualizar a la disfunción familiar como el desequilibrio en la estructura familiar, en la cual la familia no cumple su rol y función social, pero es posible llegar a considerar este punto partiendo del carácter complejo de la estructura familiar, en la que la familia nuclear no es el prototipo o el patrón predominante en la sociedad actual.

Según Luna y Maldonado (2012) citando a Minuchín, S. afirma que la disfunción familiar:

> ...se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema

ésta es disfuncional cuando alguno (s) de sus subsistemas alteran por cambio en los roles de sus integrantes. (Luna & Maldonado, 2012, pág. 32).

Del punto desde el que parte el autor se podría evidenciar que se trata de una visión funcional de la familia que parte desde la visión biológica, en la que se considera que cada parte de un organismo cumple una función específica, entonces la familia como parte de la sociedad, debe realizar ciertas funciones particulares con los miembros presentes que forman parte de ella; según lo mencionado la familia debe suplir algunos aspectos importantes de las dimensiones del ser humano, éstas son por ejemplo: el afecto, la socialización y cuidado; pero cabe recalcar que algunos de los aspectos descritos por la compleja realidad social son suplidos en otros lugares, pero esto puede considerarse tema de otro estudio.

La disfunción familiar puede darse por la alteración de alguno de los sistemas constitutivos de la familia, y consecuentemente afecta a otras partes de los sistemas sociales, que es impulsado por el cambio de roles de los miembros de la familia, o a su vez puede ser causado por la usencia de uno de los miembros de la familia a la que se le corresponde cubrir algunas de las necesidades básicas de la misma.

Por otro lado para Moserrath y Sánchez (2014) presenta alguno de los signos sensibles en los que se puede reconocer a una familia que está afectada por la disfunción familiar, señalando que la disfunción familiar en algunos lugares se ha considerado como política pública de salud.

Una familia disfuncional es en la que los conflictos, la mala conducta y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente unos a otros o solamente uno de los miembros familiares crea estas acciones, lo que lleva a la

probabilidad que los niños que crecen en tales familias pensando que este comportamiento es normal. (Moserrath & Sánchez, 2014, pág. 17).

En algunas familias las diferentes manifestaciones de la disfuncionalidad familiar se han naturalizado, por los mismos ejercicios de reproducción de patrones sociales y por los procesos de aceptación acrítica de los actos que se dan en el interior de la familia, y uno de los sujetos más afectados son los menores de edad.

1.2.1.- Causas de la disfunción familiar

No se puede enunciar una causa única que sea sugerente en relación a la disfunción familiar, sino de múltiples causas que pueden afectar y agudizar la disfunción familiar, algunas delimitaciones reconocen causas generales como la situación económica, social, y otras mencionan aspectos más relacionados con los relativos al desarrollo de las relaciones al interno de la familia.

Urquizo (2012) considera como causas que en la familia constituida únicamente por los esposos y posteriormente se presenta la existencia de otros miembros, afectandopueden a la totalidad de la familia.

Las disfunciones familiares se generan debido a varios inconvenientes que surgen a lo largo de la vida matrimonial, entre los principales se encuentran: - La historia de vida de los miembros de la pareja - Comunicación de la pareja - Estilos de comunicación de las parejas. (Urquizo, 2012, pág. 23).

Las causas descritas por Urquizo apelan peculiarmente a dos aspectos: uno: la carga histórica, en la cual se considera que pueden existir elementos que han configurado la personalidad de los miembros de la familia, la misma que va a condicionar su manera de

relacionarse con su pareja; otro: la visión sociológica, la cual se centra en la comunicación y sus estilos de comunicación, la misma que puede ser unidireccional o multidireccional.

Moserratth y Sánchez (2014) también consideran a la comunicación como una causa de la disfunción familiar, pero incluye otros elementos condicionados por situaciones económicos como la migración.

La mala comunicación entre los miembros entre los miembros de la familia; migración de uno de los padres; falta de tiempo compartido, sobre todo en actividades recreativas y eventos sociales; los jóvenes tienen miedo de hablar de lo que está sucediendo en el hogar, o tienen miedo de sus padres; peleas frecuentes entre los padres ya sean casados o no, causan la pérdida de atención hacia los adolescentes. (Moserrath & Sánchez, 2014, pág. 18).

La sociedad actual se ha caracterizado por la reducción del tiempo dedicado a la familia; en otras palabras, la disfunción familiar y sus causas afectan lamentablemente a los sujetos más vulnerables en la familia, los niños y los adolescentes.

1.2.2.- Efectos de la disfunción familiar

Los efectos, así como las causas pueden ser diversas en cuanto se refiere a la disfunción familiar, es necesario, mencionar que los efectos presentan niveles de afectación de acuerdo a las situaciones personales. Además, los efectos pueden depender desde los enfoques disciplinarios que se consideren:

En el campo de la psicopedagogía se ha comprobado que los ambientes familiares desfavorables son una de las razones que trae como consecuencia un desempeño escolar inferior a las posibilidades del alumno ya que dichas situaciones impiden u obstaculizan el

compromiso de padres y apoderados con el trabajo formativo que se realiza en la escuela, especialmente en el ámbito de la disciplina, facilitando con ello el desarrollo de conductas transgresoras y la negligencia escolar. De esta manera la falta de supervisión de la familia respecto de las tareas escolares o del uso del tiempo libre, se convertirían en factores importantes del fracaso escolar. (Paz, 2007, pág. 28).

En lo expuesto por Paz desde el campo de la psicopedagogía menciona que el efecto principal de la disfunción familiar se va a representar en el rendimiento académico en su proceso de escolaridad, porque el alumno tiene las potencialidades que al convivir en un ambiente familiar desfavorable no se van a reflejar en su desempeño intelectual, sino por el contrario existen conductas recurrentes de violencia en relación a sus compañeros de estudio. Y otros efectos que aparecerán a futuro es la reproducción de las mismas relaciones familiares cuando formen su familia. Otros efectos pueden ser conflictos para llevar relaciones con la figura de autoridad.

1.2.3.- Abordaje de la disfunción familiar

La disfunción familiar antes de ser tratada como un tema de salud, debe buscar reconocer desde que perspectiva se podría garantizar un abordaje completo de la problemática, es decir, tratarlo desde un área psicológica puede ser un abordaje de este fenómeno, pero la visión sociológica puede ser también otra alternativa para abordar este fenómeno, pero un abordaje más holístico de este problema es desde una perspectiva interdisciplinar.

El abordaje familiar atañe a un proceso metodológico que incluye la valoración social, la planeación de las acciones, la intervención para el cambio y la evaluación de la misma. Es un proceso de ayuda dirigido a la persona en su dimensión individual, familiar y social,

tendiente a activar cambios frente a los problemas familiares que los afecten y a lograr un mejor funcionamiento relacional y social. (Guerrini, 2009, pág. 2).

El abordaje de la disfunción familiar a parte de lo que se ha mencionado en el primer párrafo debe partir desde la valoración de un diagnóstico de la situación familiar en la que se considere el estado concreto de la familia; otro punto que también debe incluirse es que no se trata de un trabajo de uno de los miembros de la familia, sino que todos los miembros de la familia deben estar incluidos en el mismo. El abordaje de la disfunción debe considerarse como una política de estado, en función de salud, con la creación de instituciones que ayuden a garantizar un funcionamiento óptimo de la familia.

2.- Violencia Familiar

En general se puede reconocer que las consecuencias de la violencia familiar se da en esferas internas de la familia, no distante de las problemáticas sociales. En otras palabras, las afecciones que se dan en los ambientes familiares tienen fuerte incidencia en la sociedad, en problemas más complejos como la drogadicción, delincuencia y problemas de conductas antisociales. Las acepciones de la violencia son tan diversas porque se es posible definir desde las disciplinas que pueden enfocarlo, como es el caso de la psicología, de la sociología, historia, etc., y otras disciplinas; cada una de estas puede brindar una aproximación concreta al respecto; entonces, es necesario para abordar dicha problemática, una mirada interdisciplinaria que logre conjugar la problemática de manera total.

La violencia influye directamente en la familia, es decir, con la violencia se afecta la estructura de la relaciones familiares, que se ve plasmada por gestos explícitos de los miembros que constituyen la familia; en el fondo se trata de una manejo del poder de unos hacia los otros, es decir, un ejercicio de dominio de uno sobre los otros; en la mayoría de los

casos, se trata de una mentalidad que ha dividido a las personas entre superiores e inferiores; los más perjudicados en este caso son los más débiles de la familia, los que no pueden ejercer o exigir sus derechos; comúnmente quienes ejercen la violencia son los padres hacia los hijos, o de los hermanos mayores hacia los menores.

La violencia en el interior de la familia, se la puede clasificar, en física, psicológica y sexual, las cuales tienen las siguientes definiciones:

Violencia física. - La Unesco (2005) define violencia física como: "toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables" (pág. 2)

En el maltrato físico se estima que exclusivamente se trata de un contacto en el que el daño hacia el otro puede evidenciarse por manifestaciones somáticas, es decir, en el cuerpo, en mucho de los casos en este tipo de agresión los índices de violencia pueden ir creciendo considerablemente, si no existe una política de prevención del maltrato. Es una falta de respeto contra dignidad de la persona, que se da por la negación del otro como importante.

Para Rey (2009) se puede entender la violencia o maltrato físico como "cualquier acto dirigido al cuerpo de la persona, que produce daño o dolor sobre la misma (golpes, patadas, cachetadas, pellizcos, intento de estrangulamiento, etc.)" (pág. 29). Lo enunciado por este autor representa un ápice de lo que ya se mencionó, el extremo de este maltrato puede llegar hasta muerte. Esta modalidad de maltrato al igual que los que se mencionará a continuación responde a una dinámica de juego de poder o de creer ser superior al otro, en definitiva, se trata de la negación de la alteridad y por un sentimiento de inferioridad interiorizado guardado en el inconsciente de la persona o porque también ha vivido situaciones semejantes

en la infancia y lo que hace es reproducir esos actos, que a su vez fueron dirigidos hacia él o ella.

Violencia psicológica. - Es considerado, uno de los más dañinos porque es sutil e impacta fuertemente a la psicología de la persona, en mucho de los casos puede causar hasta cuadros patológicos de un nivel superior; el maltrato psicológico o emocional normalmente acompaña a otro tipo de agresiones.

Para conceptualizar de mejor manera se puede instrumentalizar lo mencionado Mendoza (2011) ha afirmado que en el caso de los niños se podría delimitar de a siguiente manera "se entiende como maltrato psicológico a toda aquella acción que produce un daño mental o emocional en el niño, causándole perturbaciones de magnitud suficiente para afectar la dignidad, alterar su bienestar o incluso perjudicar su salud" (pág. 17)

Sin duda, en relación al maltrato físico hay una gran distinción, porque las secuelas del maltrato emocional pueden ser silenciosas, y el tratamiento involucra un proceso que puede ser de largo tiempo, porque depende de la volición de la persona.

El índice de impacto mayor de este tipo de violencia como lo ha mencionado Mendoza es en las primeras edades puede representar realmente una marca que puede afectar al tipo de relaciones en el futuro, en el peor de los casos las personas que han sufrido agresiones tienden a reproducir estos hechos en la vida adulta, o en otro caso se tornan en personas pasivas y objeto de violencia, lo que se ha denominado en psicología social el conejillo de india. El impacto en la psique humana de este tipo de maltrato representa en la actualidad una exigencia en la política de salud pública, y apela no solo un aspecto de normatividad jurídica, sino a crear una cultura en contra las agresiones de orden psicológico, en atención a los sujetos más vulnerables de la sociedad, los niños.

Violencia sexual. - En la mayoría de los casos este tipo de violencia es efectuado por los círculos más próximos a la familia. En años anteriores en la descripción de las enfermedades psicopatológicas se consideraba que las personas que ejecutaban estos hechos son psicópatas. Pero es necesario, también aclarar que el maltrato de tipo sexual no se debe considerar únicamente cuando se esté privado de la razón o del sentido o sea menor de 12 años; porque se ha dado hechos de mujeres que han sufrido este tipo de violencia por sus maridos, en este caso, el maltrato es dado por no respetar la voluntad del otro. La definición de violencia sexual, se enmarca en:

> "actos que degradan o dañan el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto" (Universidad Autónoma de Chiapas, 2014)

3.- Suicidio

En la actualidad, el suicidio se ha convertido en una problemática relevante a escala mundial, debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas. (Brent, 2012). En la población adolescente, esta temática se torna aún más grave, puesto que los suicidios en este grupo etario, son cada vez más frecuentes. (Pelkonen & Marttunen, 2009).

Uno de los factores de riesgo más importante para la consecución de un suicidio es el intento suicida (De la Barra, 2008). Se estima que entre 2% y 12% de la población joven ha tratado quitarse la vida (Pelkonen & Marttunen, 2009), por lo que la OMS ha manifestado su preocupación ante la presencia de un grave problema para la salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2007) Investigaciones realizadas sobre los factores de riesgo para el

intento suicida adolescente han establecido una relación del intento suicida con desórdenes psiquiátricos como con la adversidad familiar (Pelkonen & Marttunen, 2009)

En cuanto al ámbito familiar, se ha estudiado la relación de su funcionamiento con el intento suicida (Almonte, 2009), destacándose los siguientes factores de riesgo: dificultades en las relaciones (Larraguibel, González, Martínez, & Valenzuela, 2009); comunicación conflictiva (Pelkonen & Marttunen, 2009); bajos niveles de cercanía afectiva; altos niveles de control parental (Instituto Nacional de la Juventud, 2006); estructura familiar inestable; historia familiar con depresión (Pelkonen & Marttunen, 2009); desórdenes psiquiátricos (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACHAP), 2010); abuso de sustancias; conducta suicida (Portes, Sanghu, & Longwell-Grice, 2012) entre otros.

La relevancia de estudiar los factores de riesgo psicosociales asociados al intento suicida, integrando la variable individual (trastorno depresivo) como ambiental (adversidad familiar), se sustenta en el hecho que el intento suicida es un fenómeno multicausal, no atribuible a un suceso aislado o específico. (Silva & Martínez, 2007)

Dentro de los factores psicológicos y psiquiátricos, la depresión ha jugado un papel preponderante en el intento suicida, donde más de 50% de las muertes por suicidio se deben a este trastorno. En los adolescentes con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos. (Ulloa, 2004)

Los métodos de suicidios varían entre los países, en algunos son más comunes el uso de pesticidas mientras que en otros la intoxicación por medicamentos, escapes de gases de los automóviles y armas de fuego son métodos más frecuentes. (Organización Mundial de la Salud, 2007)

De acuerdo con Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (2008), el suicidio es un proceso que transcurre a través de cuatro fases: ideación suicida, planeación, intento suicida y suicidio consumado. No necesariamente se tiene que atravesar por todas ellas antes de llegar al suicidio. Pero lo que sí resulta claro es que la ideación suicida es el primer eslabón de la cadena y un rubro fundamental para la investigación y el desarrollo de estrategias de prevención e intervención con el fin de salvar vidas.

Con este antecedente se puede manifestar que el suicidio es un fenómeno multidimensional resultado de la interacción compleja de factores biopsicosociales, cuyo crecimiento exponencial preocupa a los gobiernos y familias del mundo (Andrade, 2012), tal es así que la Organización Mundial de la Salud ha declarado al suicidio como un problema de salud pública, anualmente, "más de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2012 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo" (Organización Mundial de la Salud, 2016)

El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2012, el 75% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Algunas publicaciones sobre el suicidio han visto orientados sus estudios en relacionar la ideación suicida con el abuso de sustancias, desesperanza y problemas psicosociales y han demostrado que la intención suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la depresión, derivada en dos grandes categorías: las

orientadas a factores intrapsíquicos o fisiológicos y las orientadas a factores psicosociales. Entre las investigaciones orientadas principalmente a los factores intrapsíquicos, se encuentran las de Clum, Patsiokas y Luscomb (1999), quienes llegaron a la conclusión de que la ideación y riesgo suicida se incrementan cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognoscitivo vive situaciones estresantes que le producen sentimientos de depresión, desesperanza y conductas suicidas. (Erguiluz & Ayala, 2014)

Del mismo modo, Garland y Zingler (1993) identifican como factores de riesgo: desequilibrio en los neurotransmisores y predictores genéticos, trastornos psiquiátricos, baja capacidad para resolver problemas, abuso sexual y físico, problemas de identidad y de preferencias sexuales, acceso a armas de fuego, desempleo, problemas laborales y las fases de la luna. Entre los estudios orientados principalmente a factores psicosociales, se halla el de Mondragón y otros (2008), que en un estudio realizado en población clínica mexicana capitalina encontró que la ideación suicida no presenta una relación significativa con el abuso del alcohol o las drogas. Sin embargo, se relaciona muy estrechamente con la desesperanza, ya que en la medida en que aumentaron los niveles de desesperanza se incrementó seis veces la posibilidad de presentar ideación suicida, es decir, el riesgo de tener ideación suicida es altísimo cuando se presenta más desesperanza (Erguiluz & Ayala, 2014).

El suicidio es "todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un caso positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado" (Durkheim, 1992)

Durkheim estudia el suicidio esde una amplia gama de variables y cruces estadísticos, cuáles serían predominantemente, es decir, promediando variables, las posibles influencias

más significativas a la hora de explicar los suicidios en una amplia zona de países europeos, para su caso, los más importantes en el siglo XIX.

Continuando con la teoría sobre el suicidio, Durkheim, aplicando su método estadístico y sociológico al suicidio, llega a la conclusión central de que este fenómeno debe ser considerado como un hecho social; en cuanto hay que buscar su causa fundamental en la llamada por él: anomía social.

La anomia social, a muy grandes rasgos, es el concepto que señala que existirían sociedades donde la ausencia de normas o la existencia de normas contradictorias, determinan una comunidad en la que no se ha regulado debidamente con leyes una situación concreta. En este caso, Durkheim considera que el nombrado por él: suicidio anómico, es un ejemplo de ello, ya que es una forma del suicidio que se produce por graves alteraciones del orden social.

La anomía, como estado social, es: una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución social. En el individuo se corresponde con un desconcierto o inseguridad o lo que hoy se suele definir como alienación o pérdida de identidad. La anomia es un estado de la sociedad donde los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, mientras que los nuevos ideales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza. Anomía es un estado social en que cada individuo o cada grupo buscan por sí solos su camino, sin un orden que lo conecte con los demás (Durkheim, 1992) es frecuente en las comunidades sociales cuyos valores y normas pierden fuerza. La anomia entonces proviene del desajuste entre la estructura social y la conciencia cultural, sobre todo cuando hay una contradicción entre las leyes escritas y las exigencias sociales nuevas, vinculado todo esto con una desviación social, es decir, a la existencia de modelos de conducta marginales o no permitidos. Por lo que la

conclusión a la que llega es la siguiente: la totalidad de suicidios en una sociedad dada, medida por la proporción de suicidios, es tratada como un hecho social que solamente puede ser explicado sociológicamente, y no por las motivaciones individuales que llevan al suicidio. Lo que interesa son las variaciones en las proporciones de suicidios entre distintas sociedades, como algo que está en función de condiciones sociales; la unidad de análisis es la sociedad, no el individuo. (Durkheim, 1992)

De su estudio comparativo en varias sociedades europeas, Durkheim concluyó en tres categorías de suicidios:

1. Suicidio egoísta: es aquel que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social. Este tipo es común allí donde factores culturales, como en el protestantismo, subrayan el individualismo y el esfuerzo concentrado en el yo, factor determinante en esta modalidad de autosacrificio. Este tipo de suicidio se reduce notablemente en tiempo de crisis, sea política, económica o de estado de guerra. (Durkheim, 1992)

2. Suicidio altruista: es el que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. El comportamiento suicida de los kamikazes en la Segunda Guerra Mundial, o las inmolaciones musulmanas, tendría que ser catalogado en este tipo. Es el suicidio que se comete animado por una fuerte ideología, o por una extrema vergüenza cuando alguien ha quebrantado las normas de su grupo. (Durkheim, 1992)

3. Suicidio anómico: es el que se da cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida. Eso puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o

las crisis económicas; de factores personales como la rápida movilidad social, como lo relacionado con la industrialización de los países subdesarrollados, que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos. (Durkheim, 1992)

4. Suicidio fatalista: es el menos mencionado y tiene relación con sociedades donde las normas de control tienen un estándar muy alto para el individuo.

A pesar de esta clasificación, mantendrá la idea de que, en las cuatro categorías antes presentadas, la probabilidad de que un individuo dado sea expuesto a situaciones que conduzcan al suicidio está sobre determinada por la estructura social en la cual el individuo existe. Para el sociólogo, el que una persona determinada sucumba o no a esas situaciones es un caso particular, y es una cuestión que corresponde a otra disciplina: la psicología.

Este tipo es el que interesa particularmente a Durkheim porque es el más característico de la sociedad moderna. Este suicidio anómico es el que refleja en la correlación estadística entre la frecuencia de los suicidios y las fases del ciclo económico. Estos fenómenos, el aumento de la frecuencia en las fases de agitación social, la disminución de la frecuencia en ocasión de los grandes acontecimientos, sugieren al sociólogo la idea del suicidio anómico. Éste no es solo el que aumenta durante las crisis económicas. Es también el suicidio cuya frecuencia crece paralelamente con el número de divorcios, el suicidio anómico que afecta a los individuos a causa de las condiciones de existencia que caracterizan a las sociedades modernas. En estas sociedades, la existencia social ya no es regulada por la costumbre; los individuos compiten permanentemente unos con otros; por lo tanto, están acechados perpetuamente por el sufrimiento que se origina en la desproporción entre sus aspiraciones y satisfacciones. Durkheim procura luego demostrar que los tipos sociales que ha elaborado corresponden aproximadamente a tipos psicológicos.

5. Puerto Quito:

Puerto Quito es uno de los 7 cantones de la provincia de Pichincha, ubicado al noroccidente. Limitado al norte por las provincias de Esmeraldas e Imbabura, al sur por una parte de Los Bancos, La Concordia y la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, al este por el cantón Pedro Vicente Maldonado y al Oeste limita con la provincia de Esmeraldas. (GAD Puerto Quito, 2011).

Tiene una superficie urbana:1,62 km2 y rural de591,38 km2, con una altitud: 200 msnm. El clima es tropical húmedo (GAD Puerto Quito, 2011).

Alberga una gran diversidad de especies, ecosistemas y una gama amplia de interacciones, gracias a su combinación climática de zona fría, templada y tropical, con una amplia variación en la avifauna; que es la principal riqueza que dispone el cantón. También se pueden encontrar insectos e invertebrados de varios tamaños, sendas clases de reptiles y anfibios; entre los mamíferos están la guatusa, guanta, raposa, cucucho, oso de anteojos, armadillo gigante. La vegetación es exuberante y diversa, que la convierte en un sector especial para el cultivo, el ecoturismo, el turismo comunitario, la pesca, la flora medicinal, la bioprospección, es parte del desarrollo de Puerto Quito. (GAD Puerto Quito, 2011)

En cuanto a la producción agrícola, se encuentran cultivos de caña de azúcar, yuca, naranjilla, plátano, papa china, leguminosas, hortalizas, aguacate, pitahaya, cacao, naranjas, arazá, piña, limón, papaya y sandía; también existe crianza de ganado vacuno, porcino y aves de corral, y elaboración de productos lácteos. (GAD Puerto Quito, 2011)

La densidad Poblacional es de 1901,23 Hab./Km², en el último Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2010 por el mismo instituto, la población aproximada del Cantón Puerto Quito fue de 20.445 habitantes, de los cuales 3.080 personas viven en la urbe y 17.365 en área rural, con mayor población entre edades de 5 a 19 años, la tasa de crecimiento

provincial de 0.84%, Nacional de 1.95% y la Cantonal de 1.99%, la tasa de nacimientos y defunciones en el 2011 fue de 284 nacimientos y de 35 defunciones. (INEC, 2010).

Puerto Quito es uno de los Cantones más poblados del noroccidente de Pichicha, esto se debe a la migración de otras provincias y de la misma hacia Puerto Quito; El cantón Puerto Quito en sí, es el área urbana y se encuentra formada por diez barrios y San Antonio de La Abundancia. Mientras en el área rural existen asentamientos humanos en recintos como: Agrupación los Ríos, Buenos Aires N°.1, Simón Bolívar, Nueva Esperanza del Norte, Santa Marianita, Puerto Rico, San Antonio de la Abundancia, San Francisco de la Caoní y 29 de Septiembre, son los poblados con más de 400 habitantes, con una densidad poblacional general de 31.9 Hab./Km^2 y otros con menor población con un total de 90 hasta esta fecha (GAD Puerto Quito, 2011).

Las vías de acceso es a través de la carretera Calacalí – La Independencia, une a la parte noroccidental de la provincia de Pichincha, atravesando los poblados más significativos desde Quito, como Nanegalito, San Miguel de los Bancos, Pedro Vicente Maldonado, Puerto Quito, La Abundancia hasta llegar a La Conconrdia en Santo Domingo de los Tsachilas o en su rama norte a Quinindé, Provincia de Esmeraldas; las línea de transporte de pasajeros y carga son la Cooperativa San Pedrito, Zaracay, Aloag, Kennedy, Gilberto Zambrano, Santo Domingo y Trans Esmeraldas y Trans Occidental. (GAD Puerto Quito, 2011)

Según el informe anual del GAD Municipal (2011), los servicios básicos en Puerto Quito actualmente son administrados por la Empresa Pública Municipal de Infraestructura Desarrollo y Servicios (EPMIDES); en el cantón Puerto Quito, más del 90% de la población no cuenta con un suministro adecuado de agua, la mayor parte de los pobladores consume agua entubada, de pozo, de vertiente, agua de lluvia, a nivel urbano el 40% de las viviendas disponen de alcantarillado. Las aguas servidas son descargadas con tratamiento directamente

a los ríos y quebradas a nivel rural, el 98% de los asentamientos humanos no disponen de alcantarillado, las aguas servidas y excretas se eliminan básicamente en pozos que no reciben tratamiento alguno, la recolección de basura en la cabecera Cantonal y recintos grandes es en horario regularizado y con clasificación de los desechos en biodegradables y no biodegradables, en los recintos alejados la basura es incinerada. La electricidad posee la mayor cantidad de población del cantón Puerto Quito incluido los recintos y caseríos, el servicio de internet se limita a la cabecera cantonal con servicio gratuito en sitios públicos, mientras que los recintos no acceden al servicio mencionado.

El cantón tiene 10 entidades de salud, en la cabecera cantonal existen 3 unidades: Patronato del Municipio, Patronato del Consejo Provincial y un Centro de Salud tipo C del Ministerio de Salud Pública. En el sector rural existen 2 Subcentros de Salud del MSP en los sectores Buenos Aires y la Abundancia, además un puesto de salud en el Recinto 29 de septiembre y 1 en el Recinto Santa Marianita. También dispone el Cantón de 3 unidades de salud que pertenecen al Seguro Social Campesino que se encuentran en los subsectores, Agrupación Los Ríos, Puerto Rico y Puerto Quito rural. (GAD Puerto Quito, 2011)

Los establecimientos Educativos que se encuentran localizados en la cabecera cantonal son: la escuela y colegio Puerto Quito; consideradas como unidades del Milenio, la escuela y colegio Santiago Apostol, mientras que en la región rural se encuentran escuelas en todos los recintos, especialmente en los más grandes, y los colegios se encuentran ubicados en los Recintos de Buenos Aires 1, La Abundandancia, La 29 de Septiembre, y en el Recinto Simón Bolívar con Unidades que acogen a estudiantes que viven en sus alrededores. (GAD Puerto Quito, 2011)

Justificación:

La familia es "el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y el estado", según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Enciclopedia., 2010).

Cada hogar; según afirma Armas (2007), está formado por varios individuos con intereses y problemas personales, familiares y sociales; siendo la salud de sus miembros y sus relaciones en armonía lo que constituye la salud familiar. El estudio de la familia tiene un sinnúmero de variables complejas, dentro de las que es mandatorio evaluar la funcionalidad en el contexto de entender la cohesión y adaptabiliad familiar como parte de la dinámica familiar. De aquí nace la concepción que en la familia se cultivan las conductas individuales, influenciadas por el medio cultural en el que se desarrolla la persona.

Así mismo la sociedad cumple un rol fundamental en la influencia de la forma en que sus integrantes arreglan sus conflictos y genera una corriente para la resolución de los mismos, como afirma la teoría de Emilie Durkheim (1992), que justifica al suicidio como uno de los aspectos patológicos de las sociedades modernas. Éste es el origen del concepto de sociedades suicidógenas, compuestas probablemente por ¿familias suicidógenas?. Aquí nace el interés de este estudio, debido al abordaje que el Médico de Familia analiza los problemas de salud en el contexto bio – psico –social, dando igual importancia a éstos aspectos en el desarrollo del individuo, como tal y dentro del ciclo familiar.

Puerto Quito posee 20 400 habitantes (0.8% respecto a la provincia de Pichincha); con una población urbana (Centro Poblado) de 15,1% y rural (Recintos y Caseríos) de 84.9%, con 57.2% hombres y 47.3% mujeres. Aunque dentro de la misma Provincia de Pichincha es considerada como parte de su población netamente rural. Dicha población está compuesta por migrantes de la Región Centro Sur de la Sierra y Centro Norte de la Costa Ecuatoriana. El

origen ascendente de las familias en las que nacieron los adolescentes, tienen diversidad de costumbres y tradiciones que muchas veces crean conflicto con la cultura del lugar.

De acuerdo al perfil epidemiológico la depresión se encuentra clasificada entre las demás causas de enfermedad, misma que requiere una identificación por el riesgo que implica presentar esta patología, lo comentado se asocia a un patrón socio cultural que repercute en las familias del sector, como son los casos de alteraciones del estado de ánimo, separación y divorcio de parejas, además violencia intrafamiliar, migración, y otros aspectos como el uso de sustancias. Del número de atenciones total de 58.468 en todo el distrito de salud y en Puerto Quito en el año 2014 se identifican 5 atenciones por depresión leve, 1 por depresión moderada, 6 por casos de Distmia, 1 episodio depresivo grave, 1 episodio depresivo recurrente, y 1 de episodio depresivo; las edades de los casos anteriores se encuentran entre los 14 a 19 años; tal como lo demuestra la Literatura mundial, donde el fenómeno de riesgo suicida, asociado en su mayoría a trastorno depresivo se encuentra con mayor frecuencia en los adolescentes de éstas edades, posiblemente asociado al conflicto que genera la autoridad y sus reglas en ésta etapa del desarrollo.

En el Ecuador según la tesis realizada en la Universidad de Cuenca por Quito (2014), se observó la influencia de la disfunción familiar como agravante para la presencia de riesgo suicida, reportan datos de suicidio en el país de 4,8 por 100 000 habitantes en el año 2000; diciembre representa el mes con mayor número de reportes de suicidios por depresión y en dos tercios de los pacientes deprimidos se observan ideas suicidas, de los cuales entre el 10 y 15 % llegan a consumarlo. Por lo que la Organización Mundial de la Salud lo considera como una de las principales amenazas a la salud mundial debido a que compromete la seguridad ciudadana individual y en su conjunto.(Betancourt, 2008).

A pesar de no disponer de datos de muerte por suicidio en el Cantón Puerto Quito, debido a que el tema aún sigue siendo tabú dentro de la población por los juzgamientos sociales a los que se exponen la familia y las creencias religiosas de los mismos, sabemos que existe depresión entre la población adolescente como lo constata la estadística del Centro de Salud y éste conlleva a la mayor predisposición a ideación suicida y su consumación.

Dada la importancia del tema y su representación estadística dentro de la población adolescente a nivel mundial, es necesario estudiarla con la finalidad de identificar de forma precoz los factores de riesgo asociados a la presentación de riesgo suicida y su relación con la disfunción familiar en dicha población en Puerto Quito, con la finalidad de definir líneas de intervención y prevención que permitan detener el crecimiento de las tasas de suicidio.

También, la asociación de este problema con la dinámica familiar nos ayudará a asignar mayor importancia a la evaluación familiar dentro de la historia clínica del adolescente ligada a la posibilidad del reflejo de conducta suicida en los mismos, asociada o no a depresión.

Además se podría implementar programas de intervención temprana con las familias de hijos adolescentes que tuvieron este tipo de crisis y pudieron solucionarlas con talleres de pares, logrando la prevención en familias que presenten alteraciones en su estructura y funcionalidad. Así como la identificación de trastornos mentales y su tratamiento no sólo dentro del ámbito sanitario, sino que desde el seno familiar y académico a través de la sensibilización ante el problema de los padres de familia, de los mismos adolescentes y de los maestros, buscando como objetivo primordial lograr el concepto de salud como el perfecto estado de bienestar física y mental, acogido por la OMS y en las políticas nacionales que buscan como meta fundamental el desarrollo integral del individuo para conseguir los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir.

De acuerdo a los resultados obtenidos se podrá sugerir la adquisición de medicamentos para el manejo de trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión en el primer nivel, dada la complejidad de las consecuencias de postergar el tratamiento de dichas patologías.

Valor teórico-. Este trabajo alimenta las tesis que indican que existen sociedades o familias suicidógenas

Valor metodológico: Validar y aplicar una escala de riesgo suicida en zona rural Aplicando una escala de validación de funcionalidad familiar

Problema de investigación:

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y el grado de riesgo suicida asociado o no a la presencia de depresión en los adolescentes entre 14 y 19 años de las instituciones educativas del Cantón Puerto Quito

Objetivos:

General:

Determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y el grado de riesgo suicida en los adolescentes de entre 14 y 19 años de edad que acuden a las Unidades Educativas del Cantón Puerto Quito, y la presencia de trastorno depresivo.

Específicos:

- Identificar las diferentes tipologías familiares según su funcionalidad, con respecto a adaptabilidad y cohesión.
- Clasificar el riesgo suicida que presentan los adolescentes de 14 a 19 años.

- Relacionar la presencia de riesgo suicida y tipología familiar en los adolescentes de 14 a 19 años del Cantón Puerto Quito y dichas tipologías familiares.
- Identificar la funcionalidad familiar en los adolescentes que cursan con depresión.

Hipótesis:

Hipótesis Nula 1: A mayor grado de disfuncionalidadfamiliar NO habrá riesgo suicida, asociado o no a depresión en los adolescentes entre 14 y 19 años de las instituciones educativas del Cantón Puerto Quito

Hipótesis Alterna 1: A mayor grado de disfuncionalidad familiar habrá mayor riesgo suicida, asociado o no a depresión en los adolescentes entre 14 y 19 años de las instituciones educativas del Cantón Puerto Quito

Hipótesis Nula 2: No existe relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo suicida en los adolescentes entre 14 y 19 años de las instituciones educativas del Cantón Puerto Quito.

Hipótesis alterna 2: Existe una relación inversamente proporcional entre la funcionalidad familiar y el riesgo suicida en los adolescentes entre 14 y 19 años de las instituciones educativas del Cantón Puerto Quito.

Capítulo III: Métodos

Metodología:

El presente se trata de un estudio de corte, transversal, no experimental, que valora la existencia de riesgo suicida en los adolescentes de 14 y 19 años del Cantón Puerto Quito, que acuden a las instituciones educativas y su relación con alteraciones de la funcionalidad familiar medidas como adaptabilidad y cohesión. Además establecer si existe o no relación de dicho riesgo asociado a depresión.

11.1 Operacionalización de variables del estudio:

Variable independiente

Funcionalidad familiar

Variable dependiente

Riesgo suicida

Variables Moderadoras

Depresión

Operacionalización de variables:

Variables	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Escala o dimensión**	**Indicador**
Género	Identificación de acuerdo a los roles que cumple en la sociedad	Datos generales	Hombre Mujer	cualitativa

Edad	Número de años de los participaantes	Datos generales	Número de años	cuantitativa
Estado civil	Situación civil del sujeto	Datos generales	Soltero Casado Viudo Unión libre Divorciado Separado	Cualitativa
Escolaridad	Años de escolaridad del sujeto	Datos generales	Número de años aprobados	Cuantitativ

Etnia	Autoidentifi cación étnica – cultural de los individuos	Datos generales	Blanco Mestizo Indígena Afrodescendiente Montubio Ninguno	cualitativa

<table>
<tr>
<td>Funcionalidad y estructura familiar</td>
<td>Percepción del sujeto sobre el funcionamiento y la conformación de su familia</td>
<td>Variable independiente</td>
<td>
<table>
<tr><th colspan="3">COHESION</th><th colspan="3">ADAPTABILIDAD</th><th colspan="2">TIPO DE FAMILIA</th></tr>
<tr><td rowspan="2">8</td><td>50</td><td rowspan="4">Enredada</td><td rowspan="2">8</td><td>50</td><td rowspan="4">Caótica</td><td rowspan="2">8</td><td rowspan="4">Extrema</td></tr>
<tr><td>48</td><td>41</td></tr>
<tr><td rowspan="2">7</td><td>47</td><td rowspan="2">7</td><td>40</td><td rowspan="2">7</td></tr>
<tr><td>46</td><td>30</td></tr>
<tr><td rowspan="2">6</td><td>45</td><td rowspan="4">Unida</td><td rowspan="2">6</td><td>29</td><td rowspan="4">Flexible</td><td rowspan="2">6</td><td rowspan="4">Balanceada</td></tr>
<tr><td>43</td><td>27</td></tr>
<tr><td rowspan="2">5</td><td>42</td><td rowspan="2">5</td><td>26</td><td rowspan="2">5</td></tr>
<tr><td>41</td><td>25</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4</td><td>40</td><td rowspan="4">Separada</td><td rowspan="2">4</td><td>24</td><td rowspan="4">Estructurada</td><td rowspan="2">4</td><td rowspan="4">Rango medio</td></tr>
<tr><td>38</td><td>23</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3</td><td>37</td><td rowspan="2">3</td><td>22</td><td rowspan="2">3</td></tr>
<tr><td>35</td><td>20</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2</td><td>34</td><td rowspan="4">Desligada</td><td rowspan="2">2</td><td>19</td><td rowspan="4">Rígida</td><td rowspan="2">2</td><td rowspan="4">Extrema</td></tr>
<tr><td>25</td><td>15</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1</td><td>24</td><td rowspan="2">1</td><td>14</td><td rowspan="2">1</td></tr>
<tr><td>10</td><td>10</td></tr>
</table>
</td>
<td>Cuantitativa</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>Depresión</td>
<td>Estado de ánimo triste la mayor parte del tiempo</td>
<td>Variable moderadora</td>
<td>PHQ -2

PHQ-9

<table>
<tr><th>PHQ 9</th><th>PUNTAJE</th><th>DIAGNÓSTICO</th></tr>
<tr><td>1-4 síntomas (que no incluyan las preguntas 1 o 2) + deterioro funcional</td><td>< 10</td><td>Depresión leve o moderada</td></tr>
<tr><td>2-4 síntomas incluyendo las preguntas 1 o 2 + deterioro funcional</td><td>10 – 14</td><td>Depresión mayor</td></tr>
<tr><td>>5 síntomas que incluyan las preguntas 1 o 2 + deterioro funcional</td><td>15 – 19</td><td>Depresión mayor moderada o severa</td></tr>
<tr><td>>5 síntomas que incluyan las preguntas 1 o 2 + deterioro funcional</td><td>>20</td><td>Depresión mayor severa</td></tr>
</table>
</td>
<td>Cualitativa</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>Riesgo suicida</td>
<td></td>
<td>Variable dependiente</td>
<td>ISO 30 modificado
<table>
<tr><td>Bajo riesgo</td><td>< 30</td></tr>
<tr><td>Moderado</td><td>31 - 44</td></tr>
<tr><td>Alto riesgo</td><td>>45</td></tr>
</table>
</td>
<td>cualitativa</td>
</tr>
</table>

Universo - Muestra:

Puerto Quito se encuentra al Noroccidente de Pichincha, Provincia a la que pertenece.

La población estudiantil de entre 14 y 19 años de edad tanto en el área urbana como rural del Cantón Puerto Quito es de 1437 alumnos distribuidos en las 8 Unidades Educativas del mismo, el tamaño muestral considerando un error del 5% y un intervalo de confianza del 95% es de 173.

Se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio, estratificado de adolescentes que previo consentimiento informado a sus padres y a ellos mismos decidan colaborar con el estudio y cumplan con los criterios de inclusión.

Tipo de estudio: Se trata de un estudio de corte, transversal, no experimental para analizar la presencia de depresión e ideación suicida en los adolescentes del Cantón Puerto Quito y su asociación con funcionalidad y estructura familiar.

Procedimientos de recolección de la información:

Para la realización del presente estudio se solicitaron las correspondientes autorizaciones al Director del Centro de Salud de Puerto Quito, con la finalidad de poner en práctica las recomendaciones que nazcan del mismo, al Director Distrital de Educación, y a las autoridades de cada uno de los Centros Educativos donde se realizó el estudio.

Se explicaron los motivos para la realización del presente trabajo para solicitar la colaboración de los estudiantes con previa autorización de sus representantes.

A los participantes se les explicó la forma de contestar a las preguntas de evaluación de cada uno de los instrumentos y se les otorgó un tiempo prudencial para la realización de los mismos.

Previa a la obtención de los datos de la muestra de población, se realizó un pilotaje del instrumento en la sala de espera del Centro de Salud de "San Miguel de Los Bancos", cambiando por sinónimos las palabras con las que había dificultad para contestar las preguntas.

Se realizó de manera simultánea la autoaplicación del FACES III (alpha de Crombach entre), Cuestionario ISO 30 (alpha de Crombach entre) y PHQ 9. (alpha de cronbach entre 0,809 – 0,882), a los adolescentes de entre 14 y 19 años del Cantón Puerto Quito, que acuden a las unidades educativas y que para su efecto hayan firmado (tanto ellos, como sus representantes) el formulario de consentimiento informado. En base a las respuestas obtenidas en éstos se clasificarán dentro de los grupos mencionados en la operacionalización de variables.

Para la realización del presente trabajo se tomaron en cuenta a cuatro de las ocho unidades educativas del Cantón Puerto Quito (Unidad Educativa Fiscomisional "Santiago Apóstol", Unidad Educativa "José Gabriel Pino y Roca", unidad Educativa "Puerto Quito" y Unidad Educativa "Libertador Simón Bolívar"). Se entregó a la totalidad de estudiantes comprendidos entre 14 y 19 años los documentos de consentimiento y asentimiento informado para ser analizados junto con sus padres y se les retiró los mismos en días posteriores.

A quienes manifestaron que deseaban participar en el estudio se les aplicó los instrumentos de evaluación, a sabiendas que podían retirarse en cualquier momento, debido a que el estudio es voluntario.

De los 900 formularios de consentimiento y asentimiento informado que se enviaron a casa por medio de los adolescentes, recibimos aproximadamente el 30% de respuestas positivas para la participación en el estudio de las que se tomaron en cuenta el 25% debido a la necesidad de aleatorizar la muestra.

Las respuestas se obtuvieron directamente mediante encuesta on line a los alumnos de la unidad Educativa Fiscomisional "Santiago Apóstol", quienes contaban con la facilidad de usar su propio centro de cómputo para el efecto.

Los estudiantes de las 3 entidades educativas que también participaron lo hicieron mediante la autoaplicación de los instrumentos de evaluación en salas destinadas para el efecto con encuestas impresas, durante el llenado de los instrumentos contaron con la presencia de los investigadores para solventar cualquier duda sobre las preguntas.

Se aceptaron para el uso dentro de la investigación sólo aquellos formularios que se encontraban llenos por completo, sin dobles respuestas y con los jóvenes cuyas edades coincidan con los criterios de inclusión y exclusión.

Análisis de datos:

Los datos obtenidos de los cuestionarios se introdujeron a una base de datos creada en Excel, se analizaron con el paquete estadístico SPSS Statistics 22.

Luego del llenado se obtuvo la frecuencia simple de los datos de los mismos, se reagruparon los datos de acuerdo a los puntajes obtenidos en cada cuestionario para formalizar categorías y se estableció la relación entre las variables dependiente e independiente así como con la variable moderadora. De las asociaciones se buscó las estadísticamente significativas, es decir aquellas cuya relación tengan valores iguales o menores a 0,05 en la p de Chi Cuadrado, para ser presentadas, las demás no se la

presenta debido a que valores más altos en esta correlación significan que no se puede establecer asociación alguna o que son independientes entre sí.

Dado que el cuestionario valora cohesión y adaptabilidad y sus múltiples gamas, se han analizado cada ítem por separado.

Debido a que las variables del estudio son de tipo cualitativas pero se puede asignar una valoración numérica para convertirlas en cuantitativas, se realizó la prueba de ANOVA, con la finalidad de verificar si existen diferencias entre los grupos comparados de la variable independiente y la dependiente.

Capítulo IV: Resultados

Resultados:

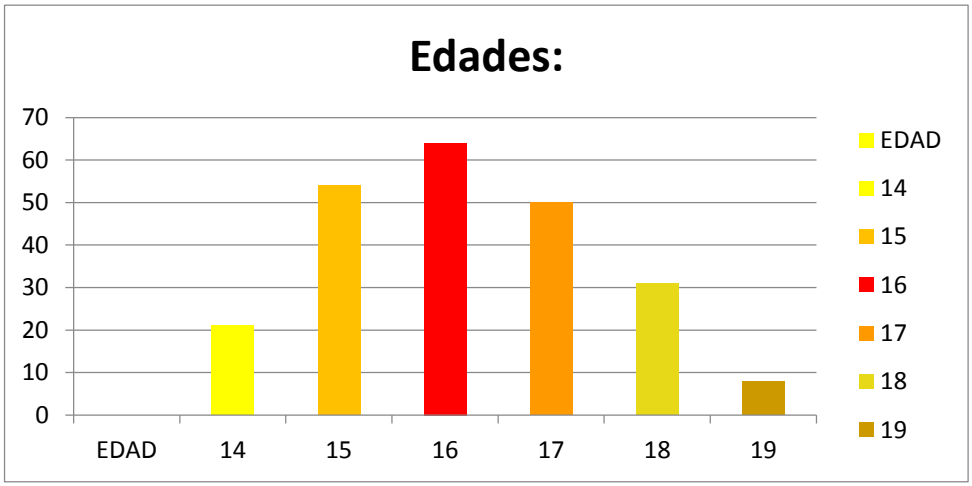


Gráfico 1: Distribución de la variable edad. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Edad: Las edades consideradas para el estudio estuvieron entre 14 y 19 años, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión planteados, en la gráfica se observa que la moda de la variable estuvo constituida por los participantes de 16 años y existen frecuencias similares de participantes para edades de 15 y 17 años, no así en los extremos, donde existe una diferencia entre el número de participantes para 14, 18 y 19 años, respectivamente.

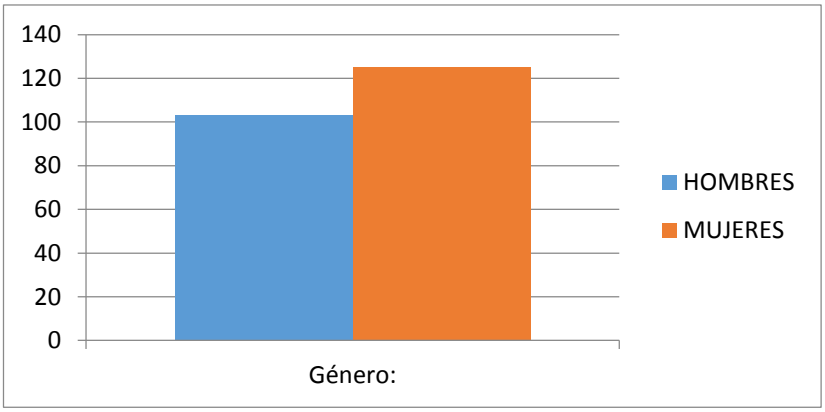


Gráfico 2: Distribución de la variable género. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Género: Al igual que la distribución de la pirámide poblacional, el 60% de las participantes fueron mujeres

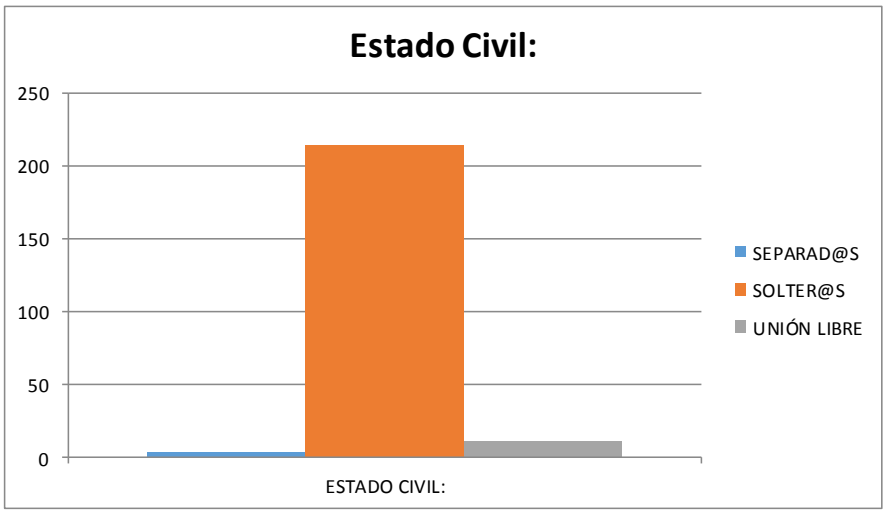


Gráfico 3: Distribución de la variable estado civil. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Estado Civil: Pese a que la encuesta se realizó entre adolescentes, un 3% figuran como separados y un 10% como personas en unión libre.

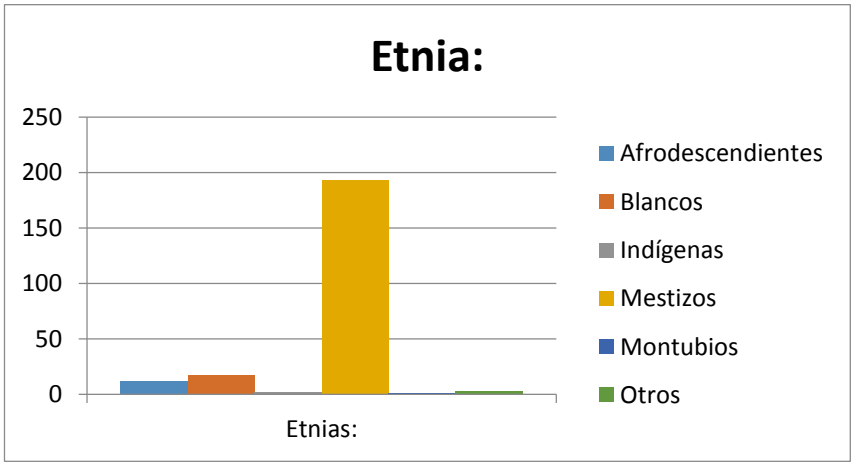


Gráfico 4: Distribución de la variable etnia. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Etnia: La mayoría de los participantes (83%) se auto identifican como mestizos, 10% como blancos, un porcentaje similar como afrodescendientes; 1% como montubios e indígenas, correspondientemente al igual que la categoría de otros.

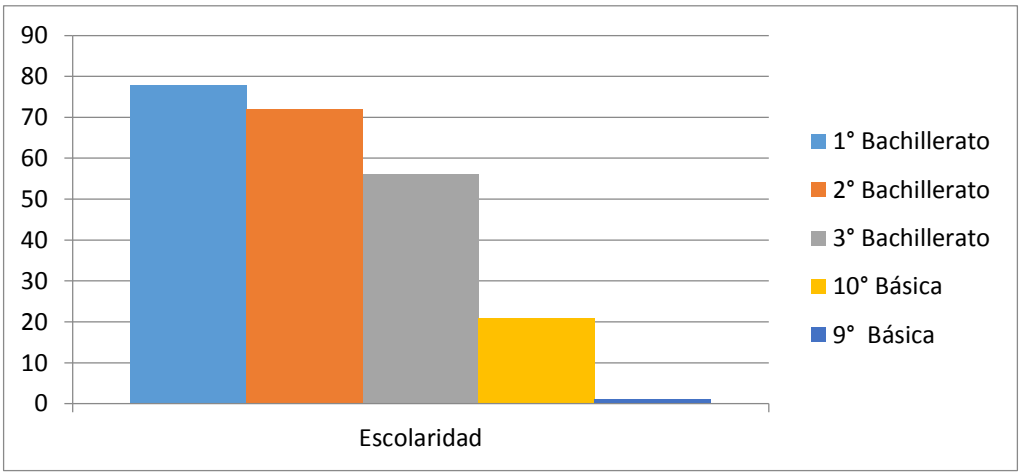


Gráfico 5: Distribución de la variable escolaridad. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Escolaridad: De los encuestados la mayor parte (35%) de la población se encuentra cursando el 2° año de bachillerato, seguidos por los de 1° y 3° de bachillerato (30 y 23%, respectivamente), un porcentaje no menor (10%) fueron los participantes que cursaban el 10° año de Básica y un mínimo número (2%) corresponde a quienes cursan el 9°año.

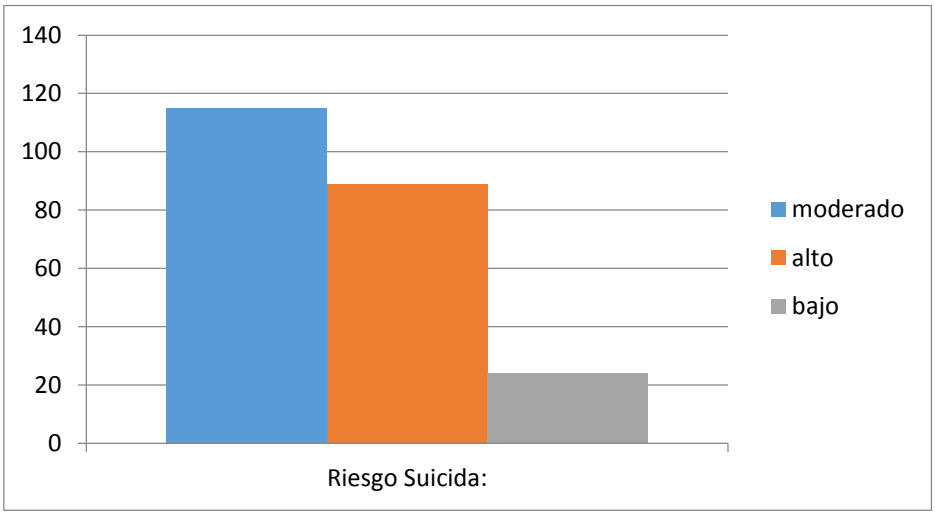


Gráfico 6: Distribución de la variable riesgo suicida. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Riesgo suicida: Los resultados arrojan que la mitad de los participantes tienen un riesgo suicida moderado, seguidos por los de riesgo alto en un porcentaje cercano a 2/3 del restante; y, un tercio lo constituyen los de riesgo bajo.

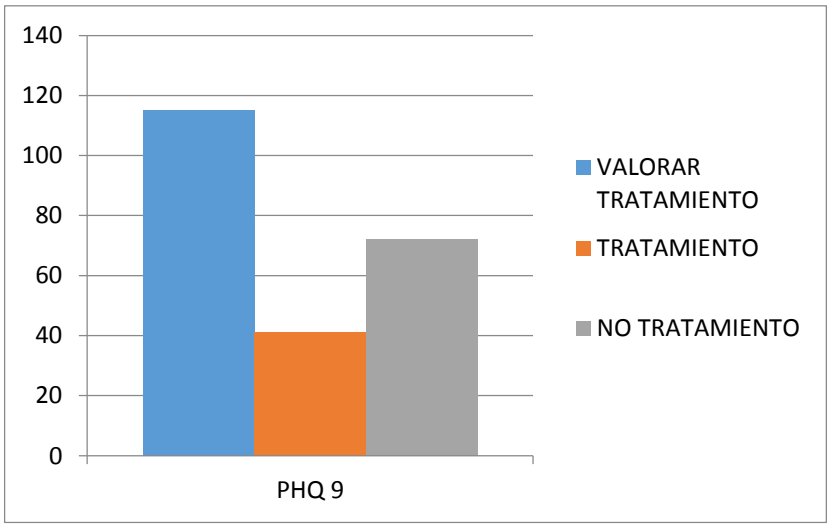


Gráfico 7: Distribución de la variable depresión. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

PHQ 9: En la mitad de los participantes presentan alteraciones asociadas a depresión por lo que sería necesario considerar tratamiento en ellos; de los restantes, un tercio necesita tratamiento, y 2/3 no lo necesitarían.

Funcionalidad famliar: FACES III

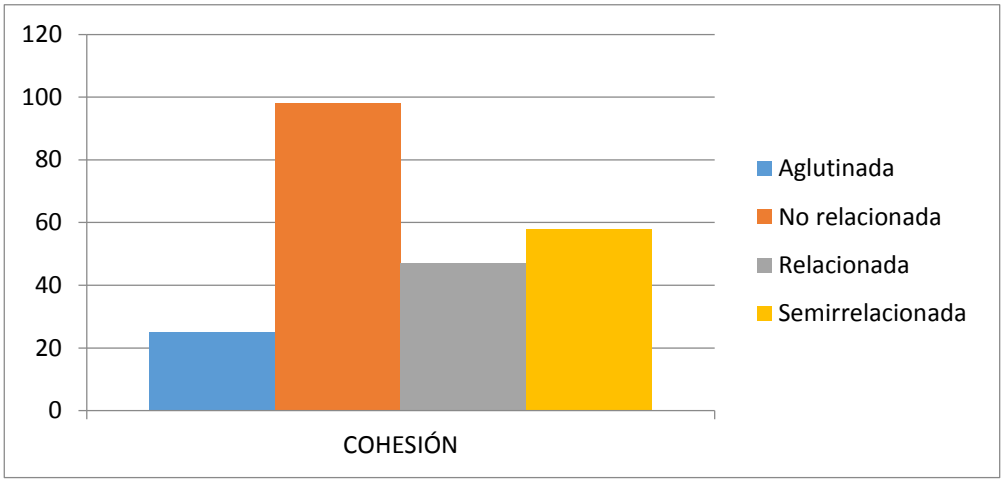


Gráfico 8: Distribución de la variable cohesión. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Cohesión: Cerca de la mitad de los participantes afirma que su familia es no relacionada, un 25% que es semirrelacionada, un 13%, aglutinada y tan sólo un 22% afirma que es relacionada.

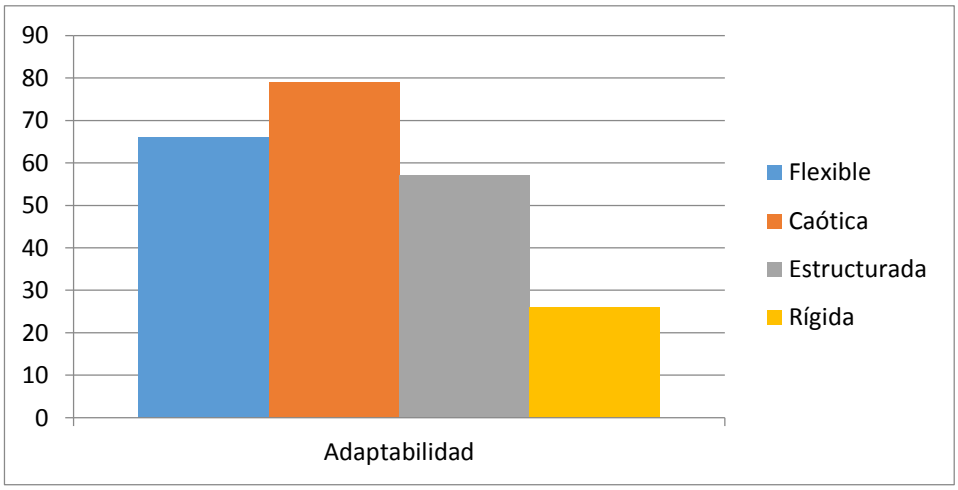


Gráfico 9: Distribución de la adaptabilidad. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Adaptabilidad: Un 30% de los participantes refiere que su familia, en cuanto a adaptabilidad, es caótica, un 25%, flexible, un 10% rígida y tan sólo un porcentaje cercano a un tercio de los participantes, es estructurada.

Comprobación de hipótesis:

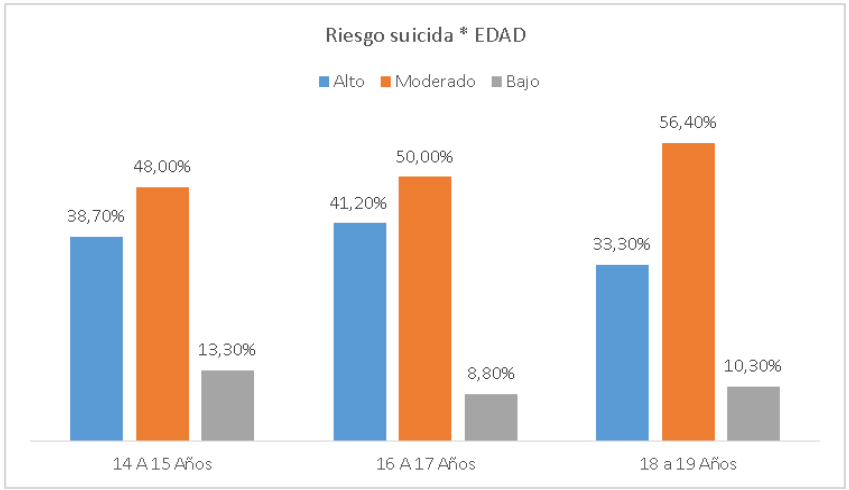


Gráfico 10: Relación entre la variable riesgo suicida y edad. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Relación entre Riesgo Suicida y Edad: Las edades se agruparon de forma arbitraria en grupos de 2, los participantes que se encuentran entre 16 y 17 años son quienes presentan un porcentaje de riesgo suicida más alto que los extremos. El valor

de chi cuadrado fue (1,734) (p > 0.05), lo cual demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la edad y el riesgo suicida.

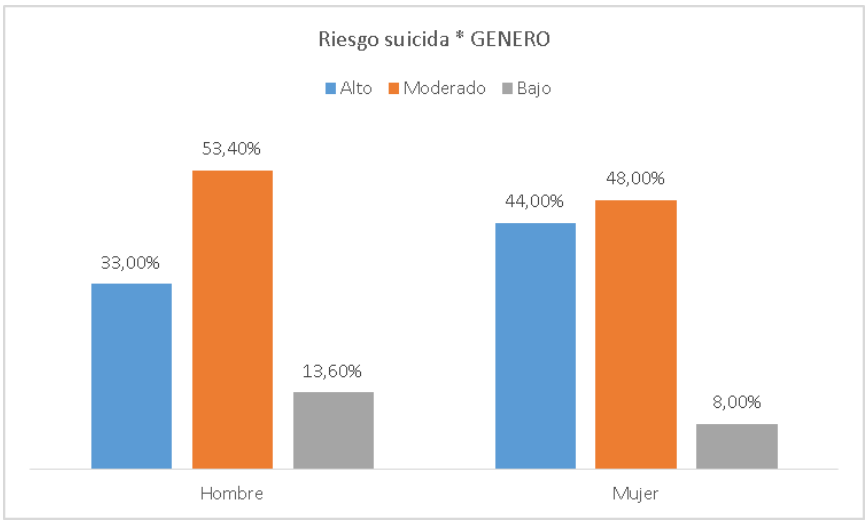


Gráfico 11: Relación entre las variables riesgo suicida y género. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Riesgo suicida y género: No existe asociación estadísticamente significativa entre ser mujer y alto riesgo de suicidio. El valor de chi cuadrado fue (0,153) (p>0,05), lo que representa que cada variable es independiente.

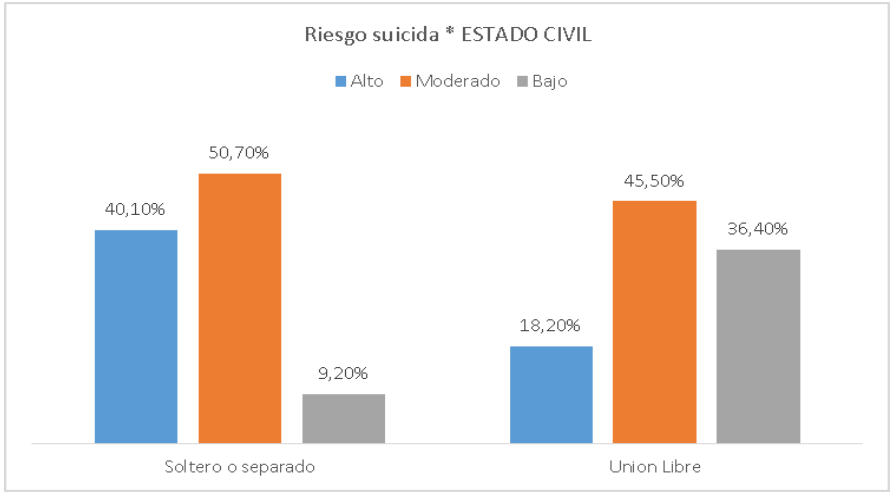


Gráfico 12: Relación entre la variable riesgo suicida y estado civil. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Riesgo suicida y estado civil: Se agruparon quienes están solos (solteros y separados) y quienes tienen pareja (unión libre) y se observa que quienes están solos presentan 90% de riesgo suicida vs. quienes tienen pareja al momento (63%).

El valor de chi cuadrado fue (0,013) (p<0,05), lo que significa que la ausencia de pareja tienen una relación estadísticamente significativa con puntajes alto y moderado para riesgo suicida.

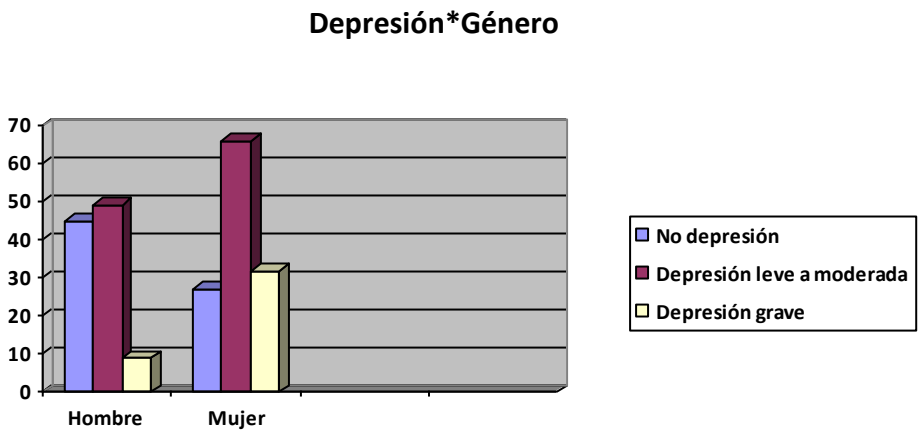


Gráfico 13: Relación entre las variables depresión y género. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Depresión y género: Con respecto a la asociación entre depresión y género, las mujeres presentan tendencia a algún grado de depresión (necesidad de tratamiento y valorar tratamiento). El valor de chi cuadrado (0,000) (p < 0.05). Los hombres por su parte se apegan a porcentajes más altos de no necesitar tratamiento.

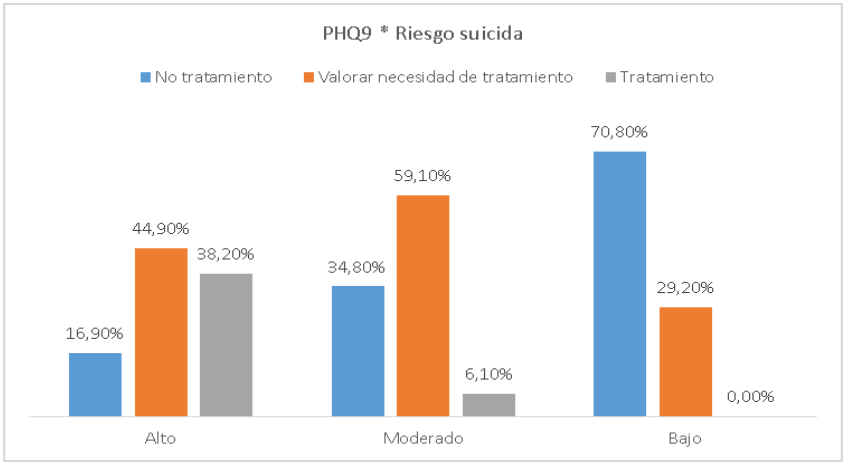


Gráfico 14: Relación entre las variables depresión y riesgo suicida. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Depresión y riesgo suicida: Existe asociación estadísticamente significativa entre quienes tienen algún grado de depresión y mayor riesgo suicida.

El valor de chi cuadrado fue (0,000) (p<0,05).

Relación de las variables con respecto a los Colegios:

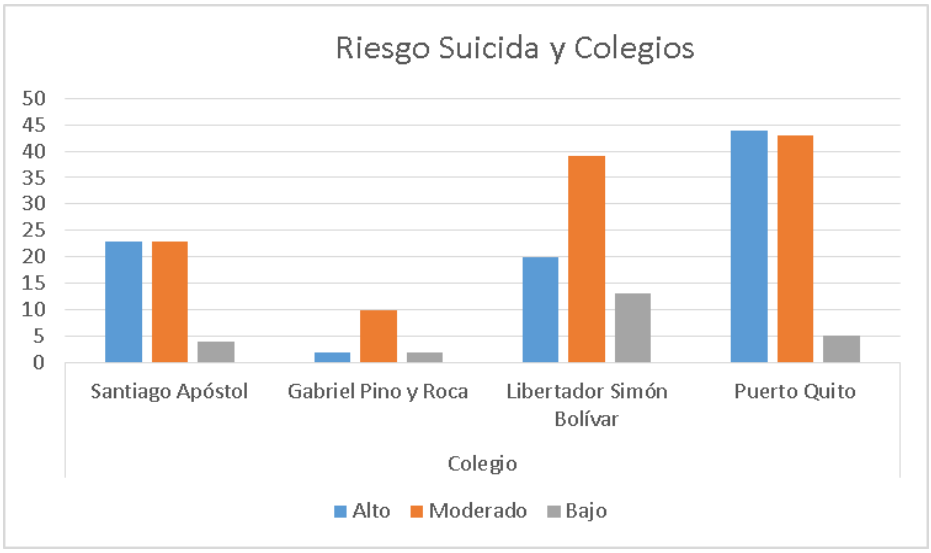


Gráfico 15: Relación entre la variable riesgo suicida y la procedencia por Colegios. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

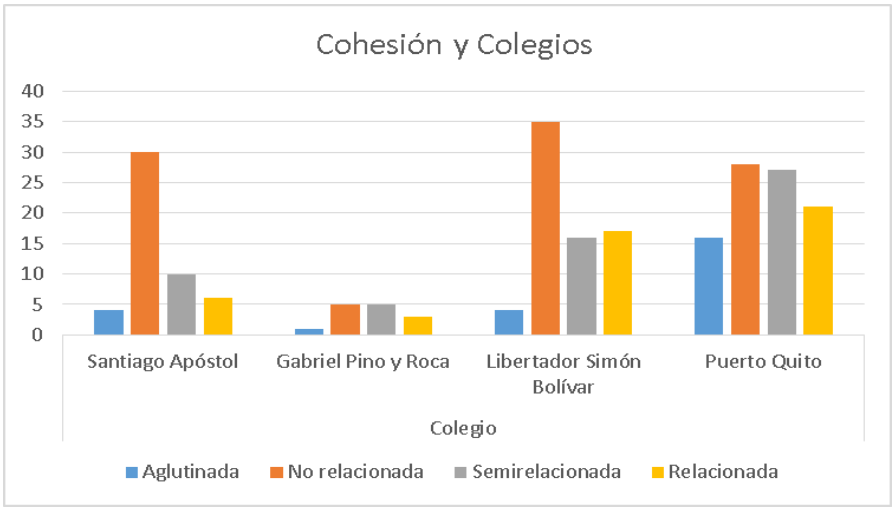


Gráfico 16: Relación entre la variable cohesión por Colegios. / Fuente: Tayo E. y Torres D.

Las relaciones estadísticamente significativas se encuentran entre la asociación de riesgo suicida (chi cuadrado de 0,017; p<0,05) y cohesión (chi cuadrado de 0,038; p<0,05) con respecto a la procedencia por colegios.

Multivarial ANOVA: Con un valor de F intergrupos t(224)=6,006; (p<0,05). Como test post-hoc se realizó la prueba de Bonferroni, la cual arrojó que para cohesión, entre los grupos de familias no relacionadas existe mayor riesgo suicida que en aquellas que son relacionadas y semirrelacionadas.

Por lo tanto existe un efecto estadísticamente significativo del hecho de que existe mayor riesgo suicida en familias no relacionadas t(224)= 5,237, p<0,05; que con las que son relacionadas o semirrelacionadas t(224)= 6,848, p<0,05.

En cuanto a la prueba realizada sobre la variable de adptabilidad se encuentra un valor de F (224)=2,014; p>0,05 por lo que no se considera estadísticamente significativa su relación con riesgo suicida.

Capítulo V: Discusión

Discusión:

En los resultados obtenidos sobre la funcionalidad familiar de los participantes encontramos que dentro de la adaptabilidad los jóvenes en su mayoría se encuentran integrando familias caóticas y flexibles. La primera de éstas categorías coincide con estudios realizados en Colombia por Mora y Rojas en 2005, en Perú por Camacho y colaboradores en 2009 y en Cuenca por Siguenza en 2015, éste último realiza el estudio de "Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson". Con éstos datos se podría inferir que en Latinoamérica, existe una tendencia hacia el tipo de familia caótica. El dato de muchas de las familias de nuestros participantes es flexible es nuevo y discorda con los estudios antes mencionados.

En cuanto a la cohesión de las familias de nuestros participantes se encontró que la mayor frecuencia de familias se encuentra entre no relacionadas y semirrelacionadas, lo que conicide con la investigación de Camacho en Perú. De los textos anteriormente citados, ninguno presenta similares resultados. Lo que nos hace pensar que particularmente en esta región de nuestro país, por su localización rural, hace que las familias hayan cambiado su forma de relacionarse y se muestren menos interactivas entre sus miembros, tal como afirma el estudio del Dr. Diego Herrera, "Estructura y funcionalidad familiar en el mundo rural" (2011), donde se observa que los roles masculinos y femeninos están sesgados por la influencia del medio sobre las familias en dichas localidades.

Aunque dichos resultados no se engloban dentro de lo que esperaríamos como un adecuado funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson, no quiere decir que la forma de relacionarse (cohesión) y adaptarse de nuestras familias no permita que funcionen de manera adecuada y cumplan con sus roles.

Con respecto a los resultados sobre riesgo suicida, se encontró que la mayoría de los participantes (70%) tienen riesgo suicida y dentro de ellos el 70% tiene riesgo alto. Las mujeres son quienes tienen mayor tendencia a dicho riesgo e inclusive está influenciado por la presencia de pareja en sus vidas, de tal manera que quienes no tienen pareja presentan resultados más altos de riesgo suicida. Las edades con mayor frecuencia de éste fenómeno son entre 16 y 17 años (Adolescentes medios y tardíos). Las estadísticas sobre el tema estudiado por varios autores coinciden en que el riesgo suicida es mayor en mujeres y en quienes no tienen pareja a su lado. El dato de la edad es discordante ya que la mayoría de la literatura que habla sobre riesgo suicida en adolescentes refiere que éste es mayor en adolescentes tempranos y luego en la adolescencia media.

Probablemente la relación entre funcionalidad familiar y riesgo suicida está sesgada,debido a que según afirma Guibert y Torres en su estudio "Intento suicida y funcionamiento familiar" (2001), el suicida valora con mayor severidad a su familia, por lo que los resultados del funcionamiento de la misma en este caso coninciden con la gran frecuencia encontrada de riesgo suicida.

La depresión presente en los jóvenes participantes fue moderada a severa en un 65% de los mismos, por lo que sería prudente considerar tratamiento en el80% de éste grupo y el 20% restante ya necesita tratamiento, éstos datos contrastan con el estudio publicado por el Dr. Leyva – Jiménez y colaboradores con título "Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar" realizado en México (2006), donde se encontró que el porcentaje total de adolescentes deprimidos estaba alrededor del 25%, con edades entre 15 y 18 años.

Dicho trastorno del estado de ánimo se encuentra con mayor frecuencia entre las mujeres, como lo menciona la literatura médica y el estudio de Arenas Ayllón con título "Relación entre la funcionalidad familiar y la depresón en adolescentes", realizado en Lima –

Perú (2009), que encontró una prevalencia de 26% de mujeres con este trastorno en comparación con el 10% de los varones participantes en el estudio. Éste misma relación se repite con riesgo suicida, lo que nos alerta sobre el trabajo que debe realizarse con las mujeres adolescentes durante las consultas de salud familiar para prevenir dichas situaciones.

Aunque todas nuestras variables fueron cualitativas se decidió realizar la comprobación estadística de los resultados comparando las medias y sus varianzas, con lo que se obtuvo en la prueba de ANOVA y post-hoc de Bunferroni que las familias que tienen mayor riesgo suicida son aquellas que se clasifican como no relacionadas de acuerdo a su cohesión. Lo que pondría en evidencia que nuestro estudio refuerza la tesis de la existencia de familias suicidógenas propuesta por Durkeim.

Pese a que no fue motivo de esta investigación, la violencia intrafamiliar y en particular la violencia sexual, es una de las situaciones que se repite con frecuencia en éstas familias. Lo cual lleva a atravesar crisis no normativas a niños y adolescentes, que a su vez buscan salir del hogar lo más pronto, por lo que no es de sorprenderse con el resultado de presencia de parejas entre los participantes, pese a ser adolescentes.

Conclusiones:

Siendo la adolescencia una etapa de varias crisis normativas; y, de acuerdo a los resultados, las familias puertoquiteñas tienes características de ser no relacionadas o semirrelacionadas y caóticas, lo que a su vez está explicado por las alteraciones en las dimensiones de desapego emocional entre los miembros de las familias, ausencia de compromiso familiar entre sus miembros, relaciones maritales muy pobres, carencia de las coaliciones padre – hijo y límites internos muy rígidos (en la dimensión de cohesión); y, el liderazgo (control) estaría establecido principalmente por los padres, así como una disciplina rígida, muy exigente, donde la negociación de reglas es escasa y los roles se cumplan dentro de marcos muy bien establecidos (en la dimensión de adaptabilidad), lo que a su vez explicaría la alta frecuencia de depresión y riesgo suicida encontrado en este estudio.

La tipología de familia puertoquiteña no permite una adecuada interacción con los adolescentes, lo que a su vez lleva al deterioro de la autoestima de los mismos. Esta falta de comprensión se ve manifestada por alteraciones de la salud mental como son el riesgo suicida y la depresión.

No existe diferencia entre estudiar en una institución fiscomisional o en una pública con respecto a los resultados, pero si la hay entre aquellos que estudian en el área de la Cabecera Cantonal y los recintos, debido a que comparativamente los cifras más altas de depresión, riesgo suicida y alteraciones en la cohesión familiar se presenta en éste último grupo, hecho que puede verse asociado a la dificultad en el acceso a servicios básicos y otros como internet, tecnología, etc., lo que dificulta la igualdad de condiciones entre la población.

El ser mujer está ligado a presentar con mayor frecuencia depresión, propio de las características de sensibilidad atribuidas al género femenino y el contexto en el que están insertas nuestras participantes.

Cabe recalcar que no podemos generalizar dentro de la muestra en qué momento de la etapa de crisis se encuentra el adolescente tanto para depresión como para riesgo suicida, lo que refleja la distribución heterogénea de respuestas dentro del estudio.

Recomendaciones:

De acuerdo a los resultados es importante evaluar riesgo suicida en las consultas de adolescentes, pero con mayor énfasis a las mujeres, que viven en zonas rurales – periféricas.

Es necesario fortalecer los programas masivos de promoción y prevención de la salud mental, enfocándose principalmente en la autoestima.

El trabajo que se debería realizar es multidisciplinario - comunitario: conjuntamente salud, educación, MIES y GAD Municipal para promocionar la identidad de ser puetoquiteño entre los adolescentes del Cantón. Ésta acción redundaría en el mejoramiento de la autoestima de nuestros adolescentes, enfocando desde allí la prevención tanto de riesgo suicida como de depresión.

Para la realización de estudios a posteriori sería importante considerar otras variables socio – demográficas que no fueron tomadas en cuenta en este estudio (como acceso a servicios básicos, redes de apoyo, etapa del ciclo vital familiar, espiritualidad, presencia de un familiar con antecedente de suicidio o patología mental, consumo de tabaco, drogas y alcohol.), con la finalidad de esclarecer de mejor manera las relaciones existentes entre éstas y los resultados del mismo, para complementar el trabajo multidisciplinario.

Además sería necesario la realización de más estudios sobre el tema, debido a que los instrumentos que se aplicaron en éste trabajo, pese a que han sido validados para población latinoamericana, no necesariamente reflejan de forma fidedigna la realidad de la población rural.

Aspectos bioéticos:

De acuerdo a la Ley de Derechos y Amparo del paciente, de conformidad con los artículos 4, 5 y 6 que versan sobre derecho a la confidencialidad, derecho a la información y derecho a decidir, respectivamente, y, respetando la autonomía de cada ser humano, el presente estudio no intenta vulnerar ninguno de los derechos de los sujetos que deseen participar en el mismo. Sus objetivos como ya se han planteado anteriormente tienden a reflejar las acciones previstas en el documento para el "Buen Vivir".

Para su participación en el estudio se obtuvo el consentimiento informado por parte de los participantes y sus representantes firmando una hoja elaborada para tal efecto, a sabiendas que los participantes podián abandonar en cualquier momento el estudio.Dicho texto se adjunta como parte de los anexos.

Además se cuenta con la aprobación de las autoridades de las unidades educativas, del Distrito de Educación 17D12 PEDRO VICENTE MALDONADO, PUERTO QUITO Y SAN MIGUEL DE LOS BANCOS y del Director del Centro de Salud de Puerto Quito.

Aspectos administrativos:

Plan de acciones:

1. **Acercamiento a las instituciones educativas**
2. **Impresión de instrumentos**
3. **Validación de instrumentos**
4. **Uso de herramientas web para la recolección de la información**
5. **Desplazamiento a los establecimientos educativos.**

Asignación de recursos:

Humanos:

Investigadores: 2

Tutores: 2

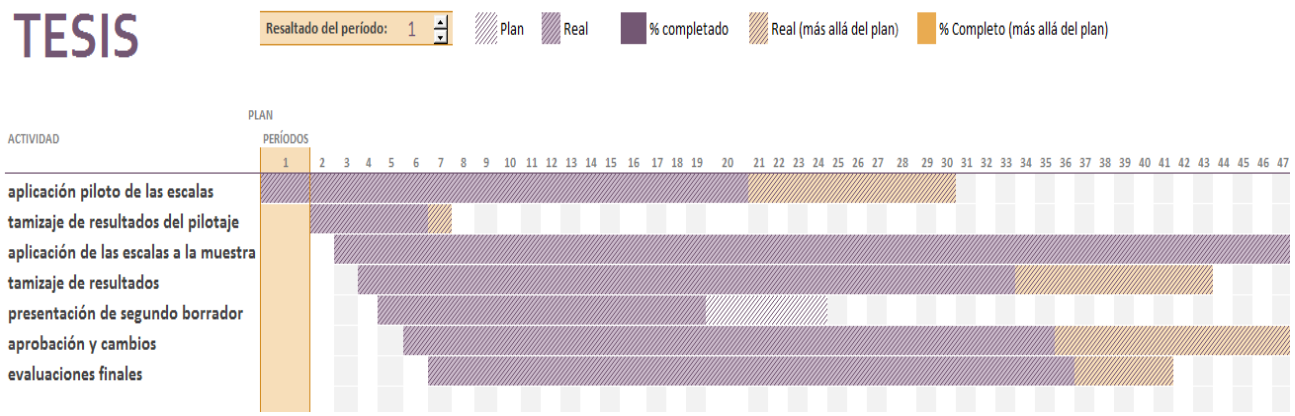
Materiales:

Papelería, impresiones, copias, resaltadores, internet, paquetes informáticos, Esferográficos, computadoras, artículos de consulta.

Presupuesto del proyecto:

BIENES	**TOTAL**	**$ 200**
Útiles de oficina	**$ 200**	
SERVICIOS		**$1080**
Fotocopias	**$200**	
Paquetes informáticos	**200**	
Artículos	**250**	
Encuadernación	**80**	
Servicios de transporte	**300**	
Otros	**50**	
TOTAL		**$1280**

Cronograma:


TESIS
Resaltado del período: 1
Plan
Real
% completado
Real (más allá del plan)
% Completo (más allá del plan)
PLAN
ACTIVIDAD
PERÍODOS
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47
aplicación piloto de las escalas
tamizaje de resultados del pilotaje
aplicación de las escalas a la muestra
tamizaje de resultados
presentación de segundo borrador
aprobación y cambios
evaluaciones finales

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almonte, C. (2009). Conducta suicida en la niñez y adolescencia. En C. Almonte, M. Montt, & A. Correa, *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (págs. 343-352). Santiago de Chile: Mediterráneo Ltda.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACHAP). (2010). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics, 105*, 1-4.

Andrade, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología, 15*(2), 688-720. Recuperado el 25 de Noviembre de 2016, de http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num2/Vol15No2Art17.pdf

Armas, N., & Díaz, L. (2007). *Entre voces y silencios: Las familias por dentro.* Buenos Aires: Ediciones América.

Ávila-Jiménez, L., Cerón, D., Ramos-Hernández, R. I., & Velázquez, L. (Febrero de 2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Médica de Chile, 141*(02).

Becca S. Feldman, C. J.-S. (2014). Defining the Role of Medication Adherence in Poor Glycemic Control among a General Adult Population with Diabetes. *PLOS ONE, 9*(9), 1-9.

Betancourt, A. (2008). El Suicidio En El Ecuador: Un Fenómeno En Ascenso. *Flacso Sede Ecuador*, *26*(Quito, Ecuador), 4–9. Retrieved from http://hdl.handle.net/10469/2350

Brent, D. (2012). Antidepressants and Suicidal Behavior: Cause or Cure? *Am J Psychiatry, 164*(2), 989-992.

Canales Vergara, S., & Barra Almagiá, E. (2013). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud, 24*(2), 167-173.

Castro-Espinoza, J. M., Gallegos Cabriales, E. C., & Frederickson, K. (2015). Análisis evolutivo del concepto de adaptación a la diabetes tipo 2. *Aquichan, 15*(1), 52-59.

Cefalu, William T; . (January de 2016). Standars of Medical Care in Diabetes - 2016. *Diabetes Care - THE JOURNAL OF CLINICAL AND APPLIED RESEARCH AND EDUCATION, 39*(1).

Chia-Ing L. Tsai-Chung L. Chiu-Shong L. Wen-Yuan L. Ching-Chu C, S.-Y. Y.-C. (2015). Extreme Values of Hemoglobin A1c Are Associated With Increased Risks of Chronic

Obstructive Pulmonary Disease in Patients With Type 2 Diabetes. *Medicine, 94*(1), e367.

Clemente, C. (16 de Octubre de 2009). *Definición de la familia según la OMS.* Obtenido de Carmen Clemente: http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html

Clum, G., Patsiokas, A., & Luscomb, R. (1999). Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide. *Journal of consulting and Clinical Psychology, 47*, 937-945.

Costa Ball, D., González Tornaría, M. d., Masjuan, N., Trápaga, M. A., Del Arca, D., & Scafarelli, L. (Mayo de 2009). ESCALA DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR -FACES IV-: Proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. *Ciencias Psicológicas, 3*(1).

De la Barra, F. (2008). Conductas suicidas en niños y adolescentes. *Pediatría al día, 5*(3), 152-157.

Durkheim, E. (1992). *El suicidio.* España: Ediciones Akal.

Erguiluz, L., & Ayala, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana, 22*(2), 72-80. Recuperado el 01 de Diciembre de 2016, de http://www.redalyc.org/pdf/1339/133938134009.pdf

Epstein, D. (2006). Sección 8: La Salud del Adolescente. En *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria* (segunda ed., pp. 599–613). Buenos Aires.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2011). *La adolescencia: Una época de oportunidades.* New York: División de Comunicaciones.

Freire, W. B. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT ECU 2011-2013.* Quito: Ministerio de Salud Pública.

García Falconí, J. (17 de enero de 2011). *Derecho Ecuador*. Recuperado el 18 de agosto de 2016, de Derecho Ecuador: http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derechodefamilia/2010/09/14/diversos-tipos-de-familia-reconocidos-en-la-constitucion

González Salamea , C. (2015). *Actualización en el Manejo de Prediabetes y Diabetes Tipo 2 en APS*. Recuperado el 10 de 02 de 2016, de http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/actualdiabetes.pdf

Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Puerto Quito (2011). Análisis Situacional 2011.

Guerrini, M. (Febrero de 2009). *La intervención con familias desde el Trabajo Social.* Obtenido de Margen: http://www.margen.org/suscri/margen56/guerrini.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). Fascículo Provincial de Pichincha. Recuperado 15 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculos_provinciales/pichincha.pdf

Instituto Nacional de la Juventud. (2006). *Suicidio juvenil: características y significados asociados.* Santiago de Chile: Instituto Nacional de la Juventud.

Janon, E. S. De, & Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, *XXXV*(2), 149–166.

Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2009). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría, 71*, 183-191.

Luengo, T., & Román, J. (2007). Estructura familiar y satisfacción parenta: propuestas para la intervención. *Universidad de Valladolid*, 1-35. Obtenido de Universidad de Valladolid.

Luna, G., & Maldonado, M. (2012). *Disfunción familiar y su incidencia en el rendimiento escolar del adolescente.* Obtenido de Repositorio Universidad de Cuenca: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2270/1/tps770.pdf

Mendoza, D. (2011). *Análisis de las consecuencias del maltrato psicológico en niños de tres a seis años que asisten al centro Oasis del cantón Cuenca. Enero a mayo 2011.* Cuenca: Universidad de Cuenca.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Manual del Modelo Integral de Salud MAIS.* Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A., & Borges, G. (2008). La ideación suicida y su relación con la desesperanza,el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental, 24*(6), 20-26.

Montalvo, J., Espinosa, M., & Pére, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 73-91.

Moserrath, A., & Sánchez, S. (2014). *Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral, Cuenca 2014.* Obtenido de Repositorio Universidad de Cuenca: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20551/1/TESIS.pdf

Nardi, B., Francesconi, G., Catena-Dell'Osso, M., & Bellantuono, C. (2013). Adolescent depression: Clinical features and therapeutic strategies. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 17*(11), 1546–1551.

Organización de las Naciones Unidas. (20 de agosto de 2016). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado el 20 de agosto de 2016, de www.un.org: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Prevención del suicidio: Un instrumento para docentes y demas personal institucional.* Recuperado el 02 de Diciembre de 2016, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66802/1/WHO_MNH_MBD_00.3_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 2016). *Suicidio*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2016, de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/

Ortiz Granja, D. (2008). *La terapia Familiar sistémica* (Primera ed.). (D. T. Figueroa, Ed.) Cuenca: Abya-Yala Universidad Politécnica Salesiana .

Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile, 137,* 226-233.

Paz, S. (2007). Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en los alumnos de EGB1. *Revista de la Facultad de Medicina*, 27-32.

Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2009). Child and adolescent suicide. *Pediatr Drugs, 5*, 243-265.

Picazo-zappino, J. (2014). Suicide among children and adolescents : a review, *42*(3), 125–132

Portes, P., Sanghu, D., & Longwell-Grice, R. (2012). Understanding adolescent suicide: a psychosocial interpretation of developmental and contextual factors. Adolescence 2002; 3: 805-15. [Links]. *Adolescence, 3*, 805-815.

Quito, J. (2014). *Análisis sistémico, estructural de las familias con un miembro con ideación y /o intento de suicidio. Hospital Vicente Corral Moscoso". Tesis*. Universidad de Cuenca. Retrieved from http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5022/1/Tesis.pdf

Rey, C. (2009). Maltrato de tipo físico, psicológico, emocional, sexual y económico: un estudio explorativo. *Acta colombiana de psicología*, 27-36.

Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (Abril de 2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología (Internet), 3*(2).

Silva, H., & Martínez, J. (2007). ¿Es efectivo que los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio? *Revista Médica de Chile, 135*, 1195-1201.

Tait, L., & Michail, M. (2014). Educational interventions for general practitioners to identify and manage depression as a suicide risk factor in young people: a systematic review

and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews, 3*, 145. doi:10.1186/2046-4053-3-145

Ulloa, F. (2004). Prevención del suicidio en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr, 3*, 178-183.

Unesco Chile. (2005). *Maltrato infantil en Chile.* Obtenido de Unicef Chile: http://www.unicef.cl/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf

Universidad Autónoma de Chiapas. (2 de noviembre de 2014). *Violencia de Género*. Recuperado el 15 de agosto de 2016, de Violencia de Género: http://www.violenciagenero.unach.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=5

Urquizo, B. (Septiembre de 2012). *Análisis de la disfunción familiar y su relación con el bajo rendimiento escolar de los niños de 4to año de básica C de la Unidad Educativa Santo Tomás Apóstol Riobamba en el periodo agosto-diciembre 2011.* Obtenido de Repositorio PUCE: http://repositorio.pucesa.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/748/1/80135.pdf

Yun, C., Li, L., Liqun, G., Hayley, S., & Bradley, C. (2015). Glycemic Control in Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Receiving Oral Antihyperglycemic Medication-Only or Insulin-Only Treatment: A Cross-Sectional Survey. *Diabetes Therapy , 2*(6), 197-211.

Zegers, B., Larraín, M. E., Polaino-Lorente, A., Trapp, A., & Diez, I. (Enero de 2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 41*(1).

Apéndice:

1.Tablas de resultados:

Tabla 1: Análsis bivarial con Riesgo Suicida

		Riesgo suicida				
		Alto	**Moderado**	**Bajo**	**P=**	**X2=**
Género	**Mujeres**	55	60	10	0,153	3,751
	Hombres	34	55	14		
Edad	**14-15**	29	36	10	0,785	1,734
	16-17	47	57	10		
	18-19	13	22	4		
Estado civil	**Soltero o separado**	87	110	20	**0,013**	**8,674**
	Unión libre	2	5	4		
Escolaridad	**9º año de básica**	0	1	0	0,490	7,441
	10º año de básica	8	9	4		
	1ro de Bachillerato	27	40	11		
	2º de Bachillerato	28	37	7		

	3º de Bachillerato	26	28	2		
Etnia	**Blancos**	6	9	2	0,307	11,684
	Mestizos	73	98	22		
	Indígenas	2	0	0		
	Afrodescendientes	4	8	0		
	Montubio	1	0	0		
	Otros	3	0	0		

Fuente: Tayo E. y Torres D.

Tabla 2: Análsis bivarial con Depresión

		Depresión				
		No depresión (no tratamiento)	Moderada (Valorar tratamiento)	Grave (Necesita tratamiento)	P=	X2=
Género	**Mujeres**	27	66	32	**0,000**	**17,960**
	Hombres	45	49	9		
Edad	**14-15 años**	22	43	10	0,234	5,562
	16-17 años	40	49	25		
	18-19 años	10	23	16		
Estado civil	**Soltero o separado**	69	111	37	0,260	2,693
	Unión libre	3	4	4		
Escolaridad	**9º año de Básica**	1	0	0	0,180	

	10º año de Básica	3	14	4		
	1er año de Bachillerato	29	41	8		
	2º año de Bachillerato	24	33	15		
	3er año de Bachillerato	15	27	14		
Etnia	**Blancos**	5	10	2	0,470	9,665
	Mestizos	63	94	36		
	Indígenas	0	2	0		
	Afrodescendientes	4	7	1		
	Montubio	0	0	1		
	Otros	0	2	1		

Fuente: Tayo E. y Torres D.

Tabla 3: Análsis bivarial con FACES III (Cohesión y Adaptabilidad):

		FACES III									
		COHESIÓN				P=	ADAPTABILIDAD				P=
		NO RELACIONADA	SEMI RELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA		CAÓTICA	FLEXIBLE	ESTRUCTURADA	RÍGIDA	
GÉNERO	Mujeres	61	29	24	11	0,243	37	41	31	16	0,269
	Hombres	37	29	23	14		42	25	26	10	
EDAD	14-15 años	27	16	22	10	0,110	26	26	15	8	0,646
	16-17 años	56	29	16	13		40	27	32	15	
	18-19 años	15	13	9	2		13	13	10	3	
ESTADO CIVIL	Soltero o separado	93	56	44	24	0,910	75	63	54	25	0,992
	Unión libre	5	2	3	1		4	3	3	1	

		COHESIÓN					ADAPTABILIDAD				
		NO RELACIONADA	SEMI RELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA	P=	CAÓTICA	FLEXIBLE	ESTRUCTURADA	RÍGIDA	P=
ESCO-LARI-DAD	9º año de básica	0	1	0	0	0,539	0	0	0	1	0,191
	10º año de básica	12	4	4	1		6	9	4	2	
	1er año de bachillerato	27	19	21	11		27	26	16	9	
	2º año de bachillerato	36	17	12	7		29	13	22	8	
	3er año de bachillerato	23	17	10	6		17	18	15	6	

		COHESIÓN					ADAPTABILIDAD				
		NO RELACIONADA	**SEMI RELACIONADA**	**RELACIONADA**	**AGLUTINADA**	P=	**CAÓTICA**	**FLEXIBLE**	**ESTRUCTURADA**	**RÍGIDA**	P=
ETNIA	**Blancos**	**8**	4	3	2	0,953	5	4	4	4	0,299
	Mestizos	**80**	51	40	22		68	55	49	21	
	Indígenas	**2**	0	0	0		1	0	1	0	
	Afrodescendientes	**5**	2	4	1		3	6	3	0	
	Montubio	**1**	0	0	0		0	0	0	1	
	Otros	**2**	1	0	0		2	1	0	0	

Fuente: Tayo E. y Torres D.

Tabla 4: Análisis Bivarial con Colegios

			Colegios				
			Santiago Apóstol	**Gabriel Pino y Roca**	**Libertador Simón Bolívar**	**Puerto Quito**	**P=**
Depresión (pHQ9)		**Leve (no tratamiento)**	8	3	29	32	0,155
		Moderada (Valorar tratamiento)	31	8	31	45	
		Grave (Tratamiento)	11	3	12	15	
Riesgo Suicida (ISO 30)		**Bajo**	4	2	13	5	**0,017**
		Medio	23	10	39	43	
		Alto	23	2	20	44	
FACES III	**COHESIÓN**	**No relacionada**	30	5	35	28	**0,038**
		Semi relacionada	10	5	16	27	
		Relacionada	6	3	17	21	
		Aglutinada	4	1	4	16	
	ADAPTABILIDAD	**Caótica**	13	3	29	34	0,086
		Flexible	15	7	16	28	
		Estructurada	19	1	16	21	
		Rígida	3	3	11	9	

Fuente: Tayo E. y Torres D.

2. Consentimiento y asentimiento informados:

Documento de Consentimiento Informado para padres de participantes

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres padres de los adolescentes que acuden a las instituciones educativas del Cantón Puerto Quito y que se les invita a participar en la investigación titulada "Influencia de la funcionalidad famiiar en el riesgo suicida y trastorno depresivo en adolescentes del Cantón Puerto Quito". Ha realizarse por los Doctores Elsa Lucía Tayo y Diego Torres Quelal, Médicos del Centro de Salud de Puerto Quito y estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, con el respaldo de los Doctores Noemí Chávez como Directora y Carlos Troya como Director Metodológico, debido a que el presente constituirá parte de proyecto de tesis para la titulación de los médicos investigadores (Dra. Elsa Lucía Tayo y Dr. Diego Torres Quelal, y tiene como finalidad Determinar la asociación entre la funcionalidad famliar y el riesgo suicida en los adolescentes de 14 a 19 años de edad que acuden a las Unidades Educativas del Cantón Puerto Quito, y la presencia de depresión. Se persigue poder implementar programas de detección de riesgo suicida y depresión entre nuestros adolescentes para poder prevenirlos a tiempo.

Los participantes del estudio serán directamente sus hijos, adolescentes de 14 a 19 años que acudan a las Unidades Educativas del Cantón Puerto Quito. Durante todo el estudio la información proporcionada a los Drs. Elsa Lucía Tayo y Diego Torres Quelal, será confidencial, es decir que nadie más excepto ellos y los Drs. Noemí Chávez y Carlos Troya tendrán acceso a dicha información, ésta además la entregarán sus hijos si están de acuerdo con el estudio y pueden retirarse en cualquier momento, sin que estos repercuta en el servicio de salud que puedan recibir en el Centro de Salud de Puerto Quito o en las notas de su Centro Educativo. Además ante cualquier duda pueden preguntar a los investigadores durante la realización de los dos cuestionarios que son autoadministrados (que lo realizan cada uno) y durante la entrevista para evaluación de la funcionalidad familiar con la Dra. Elsa Lucía Tayo y el Dr. Diego Torres Quelal.

Para constancia de que comprende lo anteriormente expuesto y está deacuerdo con la realización del presente estudio con su(s) hij@(a) , por favor ponga una **(✓)** en el cuadrito de abajo que dice "Sí acepto" y firme al pie de esta hoja.

☐ Sí acepto

Firma: _____

Fecha: Puero Quito, _____ de _____ de 2016

ASENTIMIENTO INFORMADO

"INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL RIESGO SUICIDA Y TRASTORNO DEPRESIVO EN ADOLESCENTES DEL CANTÓN PUERTO QUITO

OBJETIVO: Determinar la asociación entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en los adolescentes entre 14 a 19 años de edad que acuden a las Unidades Educativas del Cantón Puerto Quito, y la presencia de depresión.

Hola, somos Elsa Lucía Tayo y Diego Torres Quelal, Médicos del Centro de Salud de Puerto Quito y estudiantes de posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Estamos realizando el presente estudio para conocer si existe asociación entre el funcionamiento familiar y riesgo suicida y su relación con la presencia de depresión y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en llenar dos encuestas que evalúan riesgo suicida y depresión, que las llenarás sol@ y un tercer momento en el que los investigadores te harán preguntas sobre la funcionalidad de tu familia. Los dos primeros cuestionarios son anónimos, es decir no conoceremos tu nombre al llenarlos, por ello te pedimos que seas lo más sincer@ posible.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Toda la información que nos proporciones no ayudará para iniciar programas de detección temprana de éstos riesgos. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y así mismo ellos pueden constar cualquier duda que tengas.

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

☐ Sí quiero participar

Nombre: _____

Fecha: Puero Quito, _____ de _____ de 2016

3.Instrumentos:

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN:

1. DATOS DE FILIACIÓN

Edad _____ años

Género:

Hombre_____ Mujer _____ Otro_____

Estado civil:

Solter@ _____ Casad@_____ Unión Libre_____
Viud@_____

Divorciad@_____ Separad@_____

Etnia:

Blanco:_____ Mestizo_____ Indígena_____
Afroascendiente_____

Montubio_____ otra_____

Escolaridad:

Año escolar que cursa en este momento:_____

2. CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE RIESGO SUICIDA:

NO ESTOY DE ACUERDO EN NADA	ESTOY EN PARTE EN DESACUERDO	ESTOY EN PARTE DE ACUERDO	ESTOY DE ACUERDO EN TODO	
				1. Debo ser un(a) soñador(a), porque siempre estoy esperando coas que no resultan, que no pasan
				2. Tengo muchas oportunidades de ser feliz en el futuro
				3. Generalmente planeo que hasta los peores sentimientos desaparecerán
				4. Ante un fracaso,

				confío en que las personas con las que me relaciono (con las que me llevo) no perderán la esperanza en mí.
				5. Las personas con las que me relaciono (con las que me llevo) no me necesitan para nada.
				6. Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa
				7. La mayor parte de mi vida se ha desarrollado en la forma que escogí.
				8. Debería ser capaz de hacer que duran los buenos momentos, pero no puedo
				9. Creo que causo problemas a la gente que me rodea
				10. El suicidio es la solución para evitar que las cosas no empeoren
				11. Siento que me mintieron, ya que la vida no es para nada justa
				12. Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.
				13. Si lo necesito, aún cuando estoy enojad@ por algo, puedo forzarme a mi mism@ a pensar claramente.
				14. Generalmente creo que las personas que son importantes para mi comprenden mis sentimientos bastate bien.

				15. Creo que seré bastante incapaz de encontrar suficiente valor para enfrentar la vida.
				16. Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz
				17. Aún cuando me siento sin esperanza, creo que de pronto las cosas pueden mejorar.
				18. Cuando en mi vida tengo dificultades me domina una confusín de sentimientos.
				19. Siento que no pertenezco a ningún lado
				20. Pienso que una forma de solucionar mis problemas es morirme.
				21. Siento que es injusto cuando alguien logra lo que yo no tengo (o puedo).
				22. Siento que tengo control sobre mi vida
				23. Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.
				24. Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer.
				25. Para no sentirme mal o sol@, pienso que la solución es morirme.
				26. Pensaba que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad. Nadie me amaría si realmente me

				conociera bien.
				27. Es posible que me convierta en el tipo de persona que quiero ser.
				28. Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (derrumbarme).
				29. Los buenos sentimientos que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, porque los voy a defraudar.
				30. Si las cosas empeoran, creo que me mataría.

3. PHQ 9

Durante las 2 últimas semanas, ¿ con qué frecuencia te han molestado los siguientes problemas?

	NUNCA	VARIOS DÍAS	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	CASI TODOS LOS DÍAS
1. Poco interés o agrado al hacer las cosas				
2. Te has sentido triste deprimido o desesperado				
3. Has tenido problemas para dormir, mantenerte despierto o duermes demasiado				
4. Te sientes cansado o tienes poca energía.				
5. Tienes poco o excesivo apetito				
6. Te has sentido mal contigo mismo, has sentido que eres un fracaso o has sentido que te has fallado a ti mismo o a tu familia.				
7. Has tenido problemas para concentrarte en tus estudios o ver televisión.				
8. Te mueves o hablas tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Estás tan inquieto o intranquilo que das vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.				

9. Has pensado que estarías mejor muerto o has deseado hacerte daño de alguna forma.					

FACES III:

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a disciplina.					
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6. Cualquier miembro de la familia pueden tomar autoridad.					
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11. Nos sentimos muy unidos.					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está					

presente.					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17. Consultamos unos con otros para tomas decisiones.					
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN



Ministerio de Educación

Oficio Nro. MINEDUC-CZ2-17D12-2016-0370-OF

Puerto Quito, 01 de noviembre de 2016

Asunto: OTROS/ DESPACHO

Doctor
Diego Mauricio Torres Quelal
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Oficio S/N y Documento No. 17D12-5406 de Atención Ciudadana, en el que solicita autorización para ingresar a las Unidades Educativas (Puerto Quito, Santiago Apóstol, Libertador Simón Bolívar y José Gabriel Pino y Roca), para realizar la recolección de datos para un estudio de tamizaje de riesgo suicida y depresión en la población de adolescentes de 14 a 19 años del cantón Puerto Quito; que tiene como finalidad prevenir la incidencia de dichas patologías en nuestros adolescentes, tengo a bien autorizar el ingreso a la Dra. Elsa Tayo y Dr. Diego Torres para realicen el estudio previa a la obtención del Título de especialistas en Medicina Familia en los meses de noviembre y diciembre previa coordinación con las autoridades de la institución, en horarios acordados con el objetivo de no perjudicar la jornada estudiantil, autorización de los padres de familia y asentimiento; recordando que los estudiantes pueden retirarse del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones.

Datos de los Rectores/as
Unidad Educativa Puerto Quito 2156032/ 0988117222
Unidad Educativa Fiscomisional Santiago Apóstol 0983250662
Unidad Educativa Libertador Simón Bolívar 0999609099
Unidad Educativa José Gabriel Pino y Roca 0981816188

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Andres Ricardo Tapia Moscoso
DIRECTOR DISTRITAL DE EDUCACIÓN 17D12 - PICHINCHA - PEDRO VICENTE MALDONADO - PUERTO QUITO - SAN MIGUEL DE LOS BANCOS

Ministerio
de **Educación**

Oficio Nro. MINEDUC-CZ2-17D12-2016-0370-OF

Puerto Quito, 01 de noviembre de 2016

Referencias:
- MINEDUC-CZ2-17D12-UDAC-2016-2171-E

Anexos:
- 17d12-5406_d.pdf

Copia:
Tarcila Eugenia Benavides Pazmiño
Tecnico Distrital de Atención Ciudadana-17D12