



Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de psicología

MODALIDAD: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

Caracterización de los factores de riesgo individual y familiar del comportamiento suicida en estudiantes universitarios.

AUTORA:

Alisson Nicole Molina Puetate

TUTORA:

Psi Carolina Caicedo Guale.

PERIODO 2025-2

Certificación de autoría

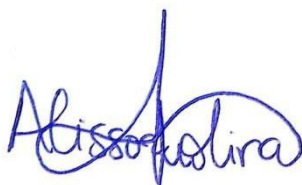
Yo, Molina Puetate Alisson Nicole, con cédula de identidad N.º 220019288-4, estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Licenciatura en Psicología, declaro ser la autora intelectual del presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología, cuyo tema es:

“Caracterización de los factores de riesgo individual y familia del comportamiento suicida en estudiantes universitarios.”

El presente trabajo se realiza en virtud de lo dispuesto en el Art. 15 de la Ley de Propiedad Intelectual, así como en el Art. 114 de Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, garantizando la protección de los derechos que me corresponden como autora, de acuerdo con la normativa legal vigente.

La total responsabilidad del contenido de este proyecto de investigación recae exclusivamente en mi persona. Asimismo, declaro estar consciente de que el plagio o cualquier conducta contraria a los principios éticos y académicos será sancionada conforme a las normativas vigentes.


Manta, 06 de febrero del 2026



Alisson Nicole Molina Puetate

220019288-4

Certificación del tutor

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
|  | NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A). | CÓDIGO: PAT-04-F-010 |
| | PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR | REVISIÓN: 1 Página 1 de 1 |

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, CERTIFICO:


Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante: **Molina Puetate Alisson**, legalmente matriculada en la carrera de Psicología, período académico 2025-2, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es: “Caracterización de los factores de riesgo individual y familiar del comportamiento suicida en estudiantes universitarios”.

El siguiente proyecto de investigación ha sido desarrollado en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 30 de enero del 2026.

Lo certifico,



Psi Cli. Liliana Carolina Caicedo Guale.
Docente Tutora
Área: Ciencias de la Salud

Dedicatoria

“Dedico este trabajo de titulación a mis padres, Sandy Molina y Mónica Puetate, por su amor incondicional, apoyo constante y la paciencia de este camino. Gracias por creer en mi incluso cuando yo dudaba, por no soltarme la mano y por ser siempre mi mayor impulso para seguir adelante.”

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a Dios por brindarme la fortaleza, la paciencia y la sabiduría necesaria para culminar esta etapa importante de mi formación profesional.

A mi familia, por su apoyo incondicional, comprensión y motivación constante, especialmente en los momentos de mayor exigencia académica. Su acompañamiento fue clave para seguir y no rendirme ante las dificultades.

A mis amigas, gracias por las palabras de aliento, el apoyo y la compañía durante este proceso, haciendo que no me sienta solitaria y celebrando siempre los logros de todas. De manera especial agradezco a mi tutora Psicóloga Carolina Caicedo Guale, por su acompañamiento y enseñanza lo cual fue importante para el desarrollo y culminación de la presente tesis.

Finalmente, expreso mi sincero agradecimiento a los docentes que, a lo largo de mi proceso académico, contribuyeron con sus conocimientos y orientación, aportando de manera significativa a mi formación profesional.

Índice

| | |
|--|-----|
| Certificación de autoría..... | I |
| Certificación del tutor | II |
| Dedicatoria..... | III |
| Agradecimientos | IV |
| Resumen..... | VII |
| Introducción | 1 |
| Objetivo general..... | 2 |
| Objetivos específico..... | 2 |
| Problema de investigación | 3 |
| Capítulo I: Marco teórico de la investigación..... | 4 |
| 1.1. Comportamiento suicida..... | 4 |
| 1.1.1. Ideación suicida | 4 |
| 1.1.1.1. Pensamientos sobre la muerte..... | 4 |
| 1.1.1.2. Deseo persistente de morir..... | 6 |
| 1.1.2. Planeación suicida..... | 7 |
| 1.1.2.1. Formulación de un plan específico | 8 |
| 1.1.2.2. Identificación de métodos letales..... | 9 |
| 1.1.3. Intento suicida..... | 10 |
| 1.1.3.1. Ejecución de conductas autolesivas con intencionalidad letal..... | 10 |
| 1.1.3.2. Gravedad del intento..... | 11 |
| 1.2. Factores de riesgos..... | 11 |
| 1.2.1. Factores individuales | 12 |
| 1.2.1.1. Impulsividad cognitiva | 12 |
| 1.2.1.2. Impulsividad motora..... | 14 |
| 1.2.1.3. Impulsividad no planeada..... | 15 |
| 1.2.1.4. Sociodemográfica..... | 17 |
| 1.2.2. Factores familiares | 19 |
| 1.2.2.1. Estructural | 19 |
| 1.2.2.2. Funcional | 23 |
| Capitulo II: Metodología..... | 30 |
| 2.1. Tipo de investigación..... | 30 |

| | | |
|--------------------------------|--|----|
| 2.2. | Tipo del estudio | 30 |
| 2.3. | Sujetos, población y muestra | 30 |
| 2.4. | Definición de variables | 31 |
| 2.5. | Técnicas de recolección de datos | 33 |
| 2.6. | Actividades a ejecutar | 35 |
| 2.7. | Consideraciones específicas..... | 36 |
| 2.8. | Consideraciones éticas y de género | 36 |
| Capítulo III: Resultados | | 38 |
| Discusión | | 49 |
| Conclusiones | | 51 |
| Recomendaciones..... | | 53 |
| Bibliografía | | 56 |

Índice de tablas

| | | |
|------------------|---|----|
| Tabla 1. | Distribución de los participantes con riesgo y sin riesgo suicida | 38 |
| Tabla 2. | Niveles de la Ideación Suicida..... | 39 |
| Tabla 3. | Niveles de Intencionalidad Suicida..... | 40 |
| Tabla 4. | Distribución de los participantes por Sexo | 41 |
| Tabla 5. | Distribución de los participantes por Edad | 42 |
| Tabla 6. | Distribución de los participantes por Estado Civil | 44 |
| Tabla 7. | Niveles de Impulsividad en los Estudiantes..... | 45 |
| Tabla 8. | Distribución según el Tipo de Familia..... | 46 |
| Tabla 9. | Distribución según la Funcionalidad Familiar..... | 47 |
| Tabla 10. | Análisis de las Dimensiones Familiares en el Grupo Con Riesgo..... | 48 |

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo caracterizar los factores de riesgo individual y familiar del comportamiento suicida en estudiantes universitarios. La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-comparativo y corte transversal. La muestra constó de 190 estudiantes, diferenciados en un grupo con riesgo y otro sin riesgo, evaluados mediante una batería psicométrica integrada (Escala de Beck, Impulsividad de Barratt y Funcionamiento Familiar FF-SIL). Los resultados revelaron una disociación clínica relevante: existe una ideación suicida activa, pero con una intencionalidad baja en la totalidad de la muestra de riesgo. A nivel individual, las variables sociodemográficas no mostraron diferencias significativas; sin embargo, la impulsividad emergió como el factor discriminante, presentando niveles moderados y altos en el grupo vulnerable. En el ámbito familiar, se identificó que el riesgo no depende de la estructura, sino de la funcionalidad, caracterizándose por una baja permeabilidad y comunicación deficiente. Se concluye que el perfil de riesgo es multidimensional, definido por la interacción de ideación contenida, desregulación de impulsos y un sistema familiar hermético que dificulta la búsqueda de ayuda.

Palabras clave: comportamiento suicida; ideación suicida; intencionalidad suicida; impulsividad; funcionamiento familiar; estudiantes universitarios.

Introducción

El comportamiento suicida en la población joven representa una de las problemáticas más críticas y complejas para la salud pública a nivel global, en líneas seguidas este fenómeno no se escapa del entorno universitario. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el suicidio representa la tercera causa de muerte a nivel global en individuos de 15 a 29 años, una cifra que subraya la vulnerabilidad de quienes cursan por la educación superior. En el contexto ecuatoriano del bienio 2025-2026 los datos del Servicio Integrado de Seguridad (Radio Pichincha, 2025) revelan que, entre enero y diciembre de 2025, el país registró 363 muertes autoinfligidas y una cifra de 1,056 intentos autolíticos, lo que promedia tres intentos diarios a nivel nacional.

Ahora bien, realizada esta aproximación problemática, el interés de esta investigación reside en su enfoque específico sobre la Facultad de Ciencias Administrativas, Contables y Comercio de la ULEAM. Mientras que la literatura académica ha priorizado tradicionalmente a las facultades de salud, estudios recientes indican que las carreras administrativas enfrentan estresores únicos vinculados a la alta competitividad y la incertidumbre de un mercado laboral (Chango-Infante et al., 2025). Asimismo, la pertinencia de este estudio se justifica por el entorno socio-político de Manabí; Manta se situó en 2025 entre las ciudades con mayores tasas de homicidios que representa a 63.16 por cada 100,000 habitantes, generando un clima de inseguridad que impacta directamente en la estabilidad emocional de los estudiantes (Vargas et al., 2024; OECO, 2025). Visto desde una perspectiva a nivel global y regional, las experiencias relacionadas con tendencias autolíticas en universidades muestran una tendencia creciente, por ejemplo, en Latinoamérica, investigaciones meta-analíticas estiman una prevalencia media de ideación suicida del 13.78% en estudiantes de grado (Denis-Rodríguez et al.,

2021). En Ecuador, el panorama es igualmente preocupante, el 24% de los universitarios cumple con criterios de "caso probable" de alteración mental significativa, siendo los síntomas de somatización y disfunción social los predictores más frecuentes (Moreta-Herrera et al., 2021).

De esta manera, el estrés académico se presenta como factor de riesgo individual al relacionarse con la tendencia suicida en estudiantes ecuatorianos (Palate & Vásquez, 2023), sumado al agotamiento escolar y la carencia de métodos para afrontar la exigencia de rendimiento (Peñarrieta-Bedoya et al., 2025), elementos que convergen con el entorno del hogar donde la disfuncionalidad y la falta de soporte afectivo suben el riesgo un 56%, así como los antecedentes familiares que aumentan la probabilidad en un 43% para los descendientes (Barreiro, 2025).

Bajo los argumentos anteriormente planteado este trabajo, brindará resultados que permitirá la detección temprana de perfiles de riesgo en una población que, por su formación técnica, tiende a invisibilizar el malestar emocional (Chango et al., 2025). En segundo lugar, los resultados servirán de base para optimizar los recursos del Departamento de Bienestar Estudiantil de la ULEAM. Finalmente, este trabajo se presenta como una herramienta necesaria para mitigar una problemática que compromete el capital intelectual y humano de la facultad en el periodo 2025-2026.

Objetivo general

Caracterizar los factores de riesgo individuales y familiares presentes en el comportamiento suicida en estudiantes de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Objetivos específico

- Describir el riesgo de comportamiento suicida en la población de estudio

- Identificar los factores sociodemográficos e individuales de riesgo asociados al comportamiento suicida en estudiantes universitarios.
- Describir los factores familiares de riesgo que influyen en el comportamiento suicida de los estudiantes.

Problema de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo individuales y familiares de mayor prevalencia en el comportamiento suicida en estudiantes universitarios?

Capítulo I: Marco teórico de la investigación

1.1. Comportamiento suicida

El comportamiento suicida se comprende como un continuo que incluye la ideación, la planificación y el intento, y se vincula con procesos cognitivos caracterizados por desesperanza, autovaloraciones negativas y una percepción distorsionada del futuro, tal como lo plantea Beck (1979) en su modelo cognitivo de la depresión. En palabras de Beck este problema no se trata de un evento aislado, sino de una construcción progresiva influida por factores personales y contextuales. De esta manera, en este apartado se abordará el comportamiento suicida desde sus manifestaciones principales como la ideación, planificación e intento, para luego analizar cómo los factores de riesgo que influyen en su aparición.

1.1.1. Ideación suicida

Como se ha explicado en párrafos anteriores, la ideación suicida se define como un fenómeno psicológico complejo y ambivalente que abarca un espectro desde pensamientos pasivos hasta la planificación constante de la propia muerte (Baños-Chaparro, 2022). En la etapa de la vida universitaria, se suelen presentar intentos de suicidio, y con frecuencia surge como una forma inadaptada de enfrentar el estrés académico que se ajusta a una sensación de desesperanza por la proyección de una vida a futura incierta (Moreta-Herrera et al., 2021). A continuación se desarrollan dos apartados necesarios para la discusión de esta investigación, el pensamiento sobre la muerte y el deseo persistente a morir:

1.1.1.1. Pensamientos sobre la muerte

El análisis de la conducta suicida parte de la comprensión de los pensamientos sobre la muerte como la unidad cognitiva básica de este fenómeno, estos pensamientos se definen como una serie de preocupaciones, rumiaciones o fantasías recurrentes relacionadas con el

fin de la vida propia o la inexistencia (Baños-Chaparro, 2022). No obstante, existe un debate importante en la literatura sobre su naturaleza; mientras que para algunos autores son estados transitorios, para otros constituyen el primer peldaño de un proceso de planificación activa.

Desde la perspectiva de la Teoría de los Tres Pasos (3ST), propuesta originalmente por Klonsky y May y revisada en años recientes, los pensamientos sobre la muerte no aparecen de forma independiente, sino que son el resultado directo de la interacción entre un dolor psicológico insoportable y la desesperanza (Klonsky et al., 2021). Bajo esta perspectiva, la persona comienza a ver la muerte no como un final, sino como una salida para detener un dolor que le parece insoportable, esta idea se alinea con lo que Jobes (2023) describe: para quien está sufriendo, la muerte puede llegar a percibirse como una solución a problemas que siente que no puede superar.

Autores como Amarilla et al. (2018) y Borja y Ledesma (2022) profundizan en este proceso y hablan de la representación suicida, este concepto se refiere a esas fantasías en las que la persona se imagina muerta o visualizando su propio funeral. Estos autores explican que, aunque al principio estos pensamientos pueden ser pasivos, su repetición constante va desgastando el instinto natural de preservación. En el caso de los estudiantes universitarios, este tipo de pensamientos suele aparecer ante la sensación de haber fracasado en sus metas académicas o por la presión de alcanzar un éxito profesional que perciben como inalcanzable (Moreta-Herrera et al., 2021).

En contraposición Fonseca-Pedrero y Albéniz (2025) argumentan que estas ideas no son estáticas, sino que forman parte de una red de estados mentales que cambian de momento a momento según el soporte social y los estresores ambientales. Por lo tanto, la discusión académica actual enfatiza que el riesgo no reside solo en la presencia del

pensamiento, sino en su cronicidad y en la incapacidad del estudiante para generar alternativas mentales que le permitan visualizar un futuro habitable (Yi-Jyunn et al, 2025).

1.1.1.2. Deseo persistente de morir

El deseo persistente de morir se sitúa en una fase más profunda de la ideación suicida pasiva, caracterizándose por una voluntad sostenida de dejar de existir, aunque todavía no se haya estructurado un plan de acción concreto. La literatura clásica, tradicionalmente, veía este deseo como algo menos grave, lo catalogaba como un peligro menor, en comparación con la ideación activa, sin embargo, investigaciones contemporáneas ahora se aleja de esa perspectiva, pero no se desvincula. Es así que Spangenberg et al. (2025) exponen que, aunque la ideación pasiva y la activa son constructos diferentes, están muy unidos. Estos estudiosos alertan de que, en algunos perfiles psicológicos, el deseo pasivo de morir predice intentos suicidas con la misma fuerza que la ideación activa. Desde la Teoría Interpersonal del Suicidio, este anhelo se comprende a través de dos emociones centrales 1) la pertenencia fallida y 2) la carga percibida (Van Orden et al., 2010). El primero surge, por ejemplo, si un estudiante se siente aislado o desligado de sus grupos sociales, mientras que el segundo refleja la creencia de ser un fastidio o una carga, para su familia y círculo cercano (Moreta-Herrera et al., 2021). Cuando estos dos elementos persisten, el deseo de morir se vuelve un persistente, gestando una desconexión emocional con la vida y preparando el terreno para reflexiones más concretas sobre cómo llevarlo a cabo.

Algo a considerar sobre esta situación es la influencia del estrés académico, lo que aumenta ese sentimiento, de esta manera, estudiantes agobiados por un currículo y actividades extraescolares, sufren agotamiento emocional, y a veces, esto se manifiesta con frases de desesperación con expresión como "ojalá no me despertara" o "la vida no vale

nada" (Chango et al., 2025; Palate & Vásquez, 2023). Estos mismos autores destacan cómo, en Ecuador, la carencia de habilidades para manejar las emociones conduce, a veces, al deseo pasivo de morir, como reacción de los jóvenes ante la presión económica y social que enfrentan sus familias.

Finalmente, es necesario destacar lo que autores como Liu et al. (2020) y Wastler et al. (2022) han identificado en poblaciones clínicas y comunitarias: un porcentaje significativo de personas que llegan a realizar un intento de suicidio solo manifestaron deseos pasivos de muerte en las etapas previas, sin llegar a comunicar un plan específico. Esto obliga a no subestimar el deseo persistente de morir, entendiéndolo como un indicador de vulnerabilidad que refleja un malestar profundo y una pérdida de las razones para seguir viviendo (Stanford Medicine, 2025).

1.1.2. Planeación suicida

La planeación suicida se identifica en la literatura científica como la fase de transición crítica entre la esfera del pensamiento y la ejecución de la conducta. Mientras que la ideación representa el "qué" y el "por qué" del malestar, la planeación se ocupa del "cómo", el "cuándo" y el "dónde", otorgando al acto una estructura logística y operativa (Rangel & Jurado, 2022). De acuerdo con el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV) de O'Connor, esta etapa marca el inicio de la fase volitiva, donde una serie de moderadores facilitan que el individuo cruce el umbral hacia el comportamiento autolesivo (O'Connor & Kirtley, 2018; Peñarrieta-Bedoya et al., 2025).

Mientras que la ideación puede ser difusa o ambivalente, la planeación refleja una determinación más firme, estudios como el de Klonsky et al., (2021) indican que contar con un plan estructurado incrementa el riesgo de autolisis, ya que esto muestra que la persona ha elaborado cognitivamente una forma de superar su instinto de supervivencia. En el caso

de los estudiantes universitarios, esta fase suele surgir en períodos de mayor aislamiento o después de perder sus redes de apoyo, lo que puede llevar a la formulación de planes concretos y a la búsqueda activa de los medios para llevarlos a cabo.

1.1.2.1. Formulación de un plan específico

La formulación de un plan específico se define como la organización de las circunstancias bajo las cuales el individuo pretende terminar con su vida de manera súbita. Sobre esto, Rangel y Jurado (2022) proponen una categorización del riesgo basada en la firmeza de esta planificación: el Plan Tipo I se asocia a una intención aún no definida; el Tipo II a una intención indeterminada; y el Tipo III a una intención firme y estructurada. Es en este último nivel donde el sujeto establece cronogramas precisos, selecciona lugares donde sea difícil ser interrumpido y comienza a realizar actos preparatorios (Rangel & Jurado, 2022; Ministerio de Educación, 2023).

En otras líneas, autores como Jobes (2023) subrayan que el plan específico no nace de un impulso súbito, según explica, este suele ser el resultado de una rumiación prolongada donde el individuo ensaya mentalmente el acto de suicidarse. Estos ensayos mentales funcionan como una práctica cognitiva que disminuye el miedo a la muerte y aumenta la confianza del sujeto en su capacidad para ejecutar el plan (Sindeev et al, 202). Por su parte, el Ministerio de Educación (2023) identifica en las jóvenes conductas de cierre que acompañan la formulación del plan, tales como el desprendimiento de objetos valiosos, la redacción de notas de despedida o la regularización de asuntos personales, lo cual indica que la decisión ha trascendido la simple fantasía.

De esta manera se puede subrayar que la formulación del plan es un indicador clínico de alta urgencia. Es así que estudios en poblaciones universitarias de Ecuador señalan que los estudiantes que logran articular detalles concretos sobre el momento y el

lugar del acto presentan un riesgo de consumación significativamente mayor que aquellos con pensamientos vagos (Palate & Vásquez, 2023). Bajo estas condiciones, esta estructuración del pensamiento refleja una rigidez cognitiva donde el sujeto ya no contempla alternativas de solución, sino que se enfoca exclusivamente en la logística de su propia desaparición (Yi-Jyun et al, 2025).

1.1.2.2. Identificación de métodos letales

La identificación y selección de métodos letales constituye la dimensión práctica de la planeación suicida, esta consiste en la elección de los medios físicos, químicos o mecánicos necesarios para asegurar la autólisis. Aquí se vuelve a plantear la Teoría de los Tres Pasos de Klonsky y May, donde sugiere que esta capacidad práctica es uno de los tres pilares que permiten el paso de la ideación a la acción; sin el acceso o el conocimiento de un método, el riesgo de un intento letal se mantiene contenido (Klonsky & May, 2015; Ng et al., 2025).

La Organización Mundial de la Salud (2021) destaca que la disponibilidad de los medios es el factor determinante en la elección del método, aterrizando en el contexto ecuatoriano, investigaciones epidemiológicas recientes reportan que los métodos más identificados por jóvenes en riesgo incluyen el ahorcamiento, el uso de sustancias tóxicas (plaguicidas o medicamentos) y el acceso a armas de fuego (Espinosa Yépez, 2025; Radio Pichincha, 2025). La discusión sobre este punto gira en torno al concepto de "capacidad adquirida", en el que la persona se acostumbra al dolor o reduce su miedo al daño físico, lo que puede llevarla a optar por métodos de mayor riesgo (Sindeev et al., 2020).

Estos mismos autores amplían el argumento al señalar que el acceso ilimitado a información específica en internet facilita que los jóvenes en situación vulnerable investiguen la efectividad y los procedimientos de distintos métodos. De particular forma,

para los estudiantes de la ULEAM, se suma el entorno de inseguridad en la provincia de Manabí que facilita una mayor familiaridad con situaciones violentas y el acceso a ciertos tipos de armas, factores que, según el Servicio Integrado de Seguridad han contribuido al incremento de intentos autolíticos reportados en la región costa (Radio Pichincha, 2025).

1.1.3. Intento suicida

1.1.3.1. Ejecución de conductas autolesivas con intencionalidad letal

El paso a la conducta autolesiva con intención suicida representa la transición del plano del pensamiento al de la acción, es en este punto, donde la discusión académica busca diferenciar estas acciones de las autolesiones no suicidas, conocidas como CASIS. Estas últimas tienen como objetivo aliviar un estado emocional abrumador o una sensación de vacío a través del daño físico, pero sin buscar la muerte. Por el contrario, la conducta con intención suicida está impulsada por la expectativa clara de que el acto pondrá fin a la vida de la persona (Martínez & Villar, 2025).

Desde la Teoría de los Tres Pasos, Klonsky y May (2015) y revisiones posteriores explican que para que alguien pase del pensamiento a la acción debe desarrollar una capacidad para actuar. Esta capacidad no es innata, sino que se construye mediante la habituación al dolor físico y la reducción del miedo instintivo a la muerte (Klonsky et al., 2021). Autores como O'Connor y Kirtley (2018) añaden que este proceso se ve facilitado por ciertos factores, entre los que destacan la impulsividad, el acceso a métodos de alto riesgo y la exposición previa a conductas suicidas en el entorno cercano.

En los estudiantes universitarios, la ejecución suele ser el resultado de un momento de crisis aguda donde los recursos de solución de problemas se ven superados por la intensidad del sufrimiento. Investigaciones recientes sugieren que el uso previo de sustancias como el alcohol puede actuar como un desinhibidor que precipita la ejecución, al

disminuir la resistencia natural hacia el daño autoinfligido (Espinosa, 2025; Moreta-Herrera et al., 2021).

1.1.3.2. Gravedad del intento

La gravedad de un intento suicida no se mide únicamente por el daño físico visible, sino por la combinación entre la letalidad del método empleado y la intensidad de la intención de morir que tenía el sujeto al momento de actuar. Salvo et al (2021) señala que un intento se cataloga como grave cuando el individuo toma precauciones activas para no ser descubierto, realiza el acto en una situación de aislamiento total y deja notas o mensajes de despedida.

Palate y Vásquez (2023), debatieron la forma de medir el grado de seriedad, indicando instrumentos útiles, por ejemplo, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, esto sirve para ver si hay mucha desesperación y poca duda hacia la vida. Entender estos diversos niveles de gravedad es particularmente importante para que se elaboren protocolos de acción. Estos planes deben lidiar no solo con la crisis médica en sí, si no también ponderar la intención de autoeliminación del alumno. Esto con la finalidad de evitar más episodios. Por consiguiente, el siguiente apartado se enfocará en la variable factores de riesgo, analizando aquellos elementos individuales y familiares.

1.2. Factores de riesgos

Los factores de riesgo se conceptualizan como el conjunto de variables, atributos o circunstancias que incrementan de manera significativa la probabilidad de que una persona desarrolle conductas suicidas. Estos factores se presentan de manera acumulativa, generando una vulnerabilidad que puede desencadenar una crisis en momentos de grandes cargas de estrés (AEESME, 2021). Para el análisis de la población universitaria, esta investigación categoriza tales elementos en dos dimensiones fundamentales: los factores

individuales, que comprenden las características psicológicas y biológicas inherentes al sujeto, y los factores familiares, referidos a la dinámica, estructura y antecedentes del entorno primario.

1.2.1. Factores individuales

Los factores individuales agrupan el espectro de rasgos de personalidad, estados emocionales y procesos cognitivos que predisponen al individuo a procesar la realidad de una manera que puede resultar autodestructiva (Moreta-Herrera et al., 2021). Estos componentes internos son determinantes para identificar por qué ciertos sujetos presentan una mayor fragilidad emocional ante el fracaso académico o la incertidumbre profesional en comparación con sus pares. De esta manera, continuación se presentaran los componentes que se desarrollan en los factores de riesgo individual.

1.2.1.1. Impulsividad cognitiva

La impulsividad cognitiva se entiende como la tendencia de un individuo a realizar juicios y acciones con una rapidez excesiva, omitiendo una evaluación reflexiva sobre las consecuencias o las alternativas disponibles (Amau-Rios, 2025). Desde una perspectiva neuropsicológica, este rasgo se vincula con alteraciones en las funciones ejecutivas, dicho de otra manera, esto se refiere específicamente a que el individuo tiene una menor capacidad de la corteza prefrontal para regular pensamientos o conductas desadaptativas durante momentos de malestar intenso (Villamar-Oviedo, 2021). En personas con riesgo suicida, esta impulsividad cognitiva opera como un facilitador, acelerando la transición desde el pensamiento hasta la acción sin que intervenga una deliberación racional.

Para comprender su impacto en la conducta suicida, es útil analizar tres componentes centrales:

- **Toma de decisiones apresuradas:** Esta característica se manifiesta como una propensión a elegir soluciones inmediatas frente al dolor psicológico, sin considerar el impacto a largo plazo de tales elecciones. Autores como O'Connor (2021) sostienen que el suicidio es procesado en estos casos como una salida definitiva para un problema que el individuo percibe como intolerable en el presente. La celeridad en la decisión impide que por ejemplo, un estudiante pueda deliberar sobre otras opciones de ayuda o visualizar una mejora en su situación futura (Klonsky et al., 2021).
- **Dificultad para mantener la atención:** Se refiere a la inestabilidad para enfocar los recursos cognitivos en una tarea o razonamiento de forma sostenida. Según investigaciones vinculadas a la neurobiología del suicidio, la incapacidad para mantener la concentración hace que el pensamiento se vuelva rígido y se centre exclusivamente en los estímulos negativos (S_R2). Para un estudiante universitario, esto implica que, bajo estrés, pierde la capacidad de integrar información positiva de su entorno o de utilizar estrategias de resolución de problemas aprendidas, quedando atrapado en una rumiación autolítica (Mantilla, 2019, citado en Villamar-Oviedo, 2021).
- **Respuestas impulsivas:** Esta dimensión representa la manifestación conductual de una dificultad para controlar los impulsos. Se trata de reacciones automáticas que ocurren antes de que la información se procese por completo. En situaciones donde se presenta una alta tensión emocional, como una crisis por problemas académicos o sentimentales, esta tendencia se traduce en una menor capacidad para evitar el daño

físico. Esto incrementa la posibilidad de que una situación estresante derive en un intento de suicidio (Gvion et al., 2015).

1.2.1.2. Impulsividad motora

A diferencia de la dimensión cognitiva, que se centra en la velocidad del procesamiento del pensamiento, la impulsividad motora se define como la manifestación física y conductual de la falta de inhibición. Según Amau-Rio (2025) es sobre la propensión a actuar con inmediatez y sin demora, sin que la reflexión o mediación precedan. Este rasgo, según se observa en la neuropsicología, está ligado a una turbulencia que motiva a actuar impetuosamente, reduciendo en momentos críticos la habilidad para contener acciones autodestructivas que ya han comenzado (Villamar-Oviedo, 2021). En el marco de esta investigación, la impulsividad motora se explica a través de tres características que elevan el perfil de riesgo:

- **Actuar sin considerar el entorno o la situación:** Esto exhibe una ausencia de planificación y anticipación de las repercusiones de las acciones (Rangel & Jurado, 2022). A menudo, el ser impulsivo pasa por alto las malas consecuencias a futuro, optando por una liberación momentánea de la tensión y el estrés (Amau-Rios, 2025). Esto, en universitarios, se observa cuando eventos estresantes del entorno como problemas económicos, académicos y visión a futura, estos pensamientos generan reacciones que ignoran el riesgo real, propiciando saltos bruscos de la idea al intento de suicidio (Palate & Vásquez, 2023).
- **Interrumpir a otros constantemente:** Este comportamiento, es conocido como la dificultad para esperar el turno para hablar o escuchar con atención; se puede

considerar más que un rasgo social, ya que sugiere alteraciones en el sistema de recompensa y en el control de impulsos, revelando dificultades para aplazar una reacción o gratificación. En palabras de Soto (2023), esta inquietud usualmente viene acompañada de baja tolerancia a la frustración o la espera, lo que lleva a la búsqueda de soluciones inmediatas y drásticas ante problemas. Como resultado esas reacciones a menudo arruinan sus relaciones personales, aumentando su aislamiento al empujar lejos a su gente.

- **Reaccionar de forma explosiva ante estímulos o emociones:** Esta parte, nombrada en investigaciones recientes como "urgencia negativa", es la tendencia a hacer cosas sin pensar cuando te sientes mal (Gvion et al., 2015). Aquí, por ejemplo, si un alumno siente rabia, agobio o mucha pena, su cuerpo quizás reaccione con actos que no piensan mucho (Villamar-Oviedo, 2021). Otras investigaciones como la de Soto (2023) indican que quienes presentan este tipo de reactividad explosiva tienen una menor resistencia al daño físico autoinfligido, ya que la intensidad de la emoción anula el miedo instintivo a la muerte durante el episodio de crisis.

1.2.1.3. Impulsividad no planeada

La impulsividad no planeada es una dimensión del comportamiento que se caracteriza por una orientación excesiva hacia el presente, dejando de lado la consideración de las metas a largo plazo o las consecuencias futuras de las acciones. En el ámbito académico, este rasgo no solo implica una falta de organización, sino que refleja un estilo cognitivo donde el individuo prioriza la gratificación inmediata o el alivio de una tensión presente por encima de cualquier planificación estructurada (Gvion, 2015). Según el

modelo propuesto por Barratt y revisado en estudios recientes, este factor es un predictor de riesgo suicida porque debilita la capacidad del sujeto para construir razones para vivir basadas en proyectos futuros (Castillo, 2025; Rangel & Jurado, 2022). Para profundizar en este apartado, se analizan los siguientes tres elementos determinantes:

- **Falta de metas claras o planificación personal:** La ausencia de un proyecto de vida definido o de objetivos concretos actúa como un factor de vulnerabilidad frente a las crisis emocionales. Suárez-Díaz (2025) señala que cuando un joven carece de metas socialmente situadas y válidas para sí mismo, cae en un estado de letargo o crisis de identidad que facilita la aparición de pensamientos autodestructivos. En situaciones de alto estrés, la falta de una "brújula" personal hace que el sufrimiento presente se perciba como algo infinito y eterno, al no existir una visión de futuro que actúe como contrapeso (Mendoza Hilario, 2025). Además, obras como las de Mera (2025) y Rueda et al (2025) subrayan que en Ecuador la inseguridad y la incertidumbre económica generan dificultades para que los universitarios puedan establecer planes a futuro, esta incertidumbre les genera una sensación de desesperanza que alimenta el riesgo suicida en los jóvenes colegiales.
- **Dificultad para organizar el tiempo o seguir rutinas:** Tener problemas organizando el tiempo y siguiendo rutinas, es algo común en los individuos y más aun con los jóvenes estudiantes. La dificultad para organizar el tiempo, o el simplemente poder seguir las rutinas, a menudo se muestra como la procrastinación académica, esta característica es parte de un comportamiento conectado, también, a la conducta suicida en jóvenes, sobre esto Castro y Vargas (2025) demuestran que, en los estudiantes universitarios ecuatorianos, el postergar las tareas, está asociado a un mayor riesgo suicida. Es decir, a menor capacidad para controlar y manejar el

tiempo, es más probable que el alumno se sienta superado, y pueda considerar la autolesión, cómo una salida. La incapacidad para sostener rutinas genera una desorganización que aumenta la ansiedad y el estrés, creando un ciclo en el que se va perdiendo el control tanto de las responsabilidades como del equilibrio emocional (León, 2024; Palate & Vásquez, 2023).

- **Escasa reflexión sobre errores pasados antes de actuar nuevamente:** La impulsividad no planeada también incluye un déficit en la capacidad de aprendizaje a partir de las consecuencias negativas. Villamar-Oviedo (2021) sostiene que este fenómeno está influido por alteraciones en las funciones de la corteza prefrontal, lo que impide que el sujeto evalúe alternativas de acción basadas en experiencias previas. En lugar de ajustar comportamientos tras un fracaso, el individuo tiende a repetir respuestas automáticas y apresuradas, de esta manera, en una crisis suicida, esta falta de reflexión hace que el joven ignore las soluciones que en el pasado le sirvieron para enfrentar problemas similares, centrándose únicamente en el acto impulsivo como la única salida visible ante su dolor (Jobes & Rizvi, 2024; Ng et al., 2025).

1.2.1.4. Sociodemográfica

El estudio de la conducta suicida en la educación superior requiere un análisis profundo de las variables sociodemográficas, las cuales actúan como determinantes que condicionan la exposición del estudiante a situaciones de vulnerabilidad. Estas variables no deben entenderse como causas aisladas, sino como el trasfondo social y material que influye en la estabilidad psicológica del joven durante la adultez emergente (Kohutova et al., 2021). En esta etapa vital, el estudiante enfrenta una transición hacia la autonomía

económica y profesional que, de verse frustrada por factores externos, incrementa el riesgo de desarrollar ideaciones autolíticas (Duffy et al., 2019, citado en Moreta-Herrera et al., 2021). Para una caracterización rigurosa en la Facultad de Ciencias Administrativas, se analizan los siguientes componentes:

- **Demográficos:** La edad y el género son indicadores de riesgo fundamentales en la literatura actual. De acuerdo con la OMS (2025), el suicidio es, una de las tres razones de fallecimiento en todo el mundo, hablando específicamente de gente entre los 15 y 29 años. Entre hombres y mujeres, sale un patrón donde los hombres, muestran tasas superiores de suicidios consumados, a menudo ligado a métodos más violentos. En cambio, las mujeres con intentos de suicidio buscan ayuda profesional temprana con más regularidad (OMS, 2025; Radio Pichincha, 2025). Asimismo, el estado civil influye en el riesgo, identificándose que los estudiantes solteros o sin una relación de pareja estable carecen a menudo de redes de contención inmediata en momentos de crisis (Granieri et al., 2022).
- **Salud y Bienestar:** Este factor comprende la historia clínica del sujeto y su acceso a servicios asistenciales. La comorbilidad entre trastornos mentales —principalmente depresión y ansiedad generalizada— y el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol es el predictor más fuerte de un intento suicida (Stanford Medicine, 2025). Se estima que casi el 90% de las personas que mueren por suicidio tenían un trastorno psiquiátrico diagnosticable al momento del deceso (OMS, 2025). En los universitarios ecuatorianos, la falta de sueño, el estrés académico crónico y el uso desadaptativo de internet actúan como factores que debilitan la resiliencia del

individuo, facilitando la aparición de pensamientos de muerte (Moreta-Herrera et al., 2021; Palate & Vásquez, 2023).

1.2.2. Factores familiares

El entorno familiar constituye el sistema de apoyo primario y el referente inmediato de socialización para el estudiante universitario, los factores de riesgo familiares se entienden como el conjunto de características estructurales, dinámicas o históricas dentro del hogar que, al ser deficientes o conflictivas, elevan la vulnerabilidad del joven hacia el comportamiento suicida (Barreiro, 2025). Estos factores suelen actuar de forma acumulativa con las variables individuales analizadas previamente, creando un clima de inestabilidad donde el estudiante puede percibir la falta de una red de contención segura frente a las crisis de la vida académica y personal (Moreta-Herrera et al., 2021). De acuerdo con investigaciones recientes en el contexto latinoamericano, el riesgo en el núcleo familiar se asocia a múltiples dimensiones que van desde la configuración del hogar hasta la calidad del apoyo emocional disponible (Barreiro, 2025; Gavilanes & Gaibor, 2023).

1.2.2.1. Estructural

La dimensión estructural se refiere a la organización, composición y arquitectura de los vínculos que definen el grupo familiar. No se trata simplemente de la cantidad de miembros que conviven bajo un mismo techo, sino de cómo esa disposición influye en la estabilidad emocional y en los recursos de protección de los que dispone el individuo (Moreta-Herrera et al., 2021). La literatura subraya que la estructura familiar actúa como un marco de referencia que puede facilitar o entorpecer el desarrollo de habilidades de afrontamiento en el joven adulto (Barreiro, 2025). De esta manera continuación se describen los elementos más importantes de la estructura de factores de riesgo familiar

Nuclear, extensa y monoparental

El tipo de estructura familiar tiene un peso significativo en la predicción de la ideación suicida. La familia nuclear, conformada por ambos progenitores e hijos, se asumió, comúnmente, como un estado protector. Estudios avalan esta argumentación, demostrando que, los jóvenes que conviven con sus dos padres, tienen hasta un 50% menos riesgo de tener ideas suicidas a diferencia de los que viven en casa no nuclear. Esto pasa, porque normalmente, dicha estructura facilita más vigilancia y acompañamiento, siempre que se sostenga estable.

Después, la forma en que se organiza la familia, es decir que la estructura y las relaciones que modelan la vida cotidiana, actúa como el cimiento para la dinámica relacional del estudiante. Entender cómo se ordena y la calidad de la jerarquía dentro de la familia permite evaluar su impacto en la estabilidad mental del estudiante universitario, y así, determinar si el hogar es un lugar seguro o si sus disfuncionalidades incrementan la inestabilidad emocional. Para profundizar en esta influencia, se analiza a continuación la distinción entre los sistemas funcionales y disfuncionales, así como las implicaciones de las diversas tipologías de organización doméstica como la nuclear, extensa y monoparental.

Funcional y disfuncional

La funcionalidad de la familia no se limita a la ausencia de conflictos, sino que se define por la capacidad del sistema para satisfacer las necesidades de crecimiento de sus integrantes y adaptarse con flexibilidad a las demandas de cada etapa vital, Cassinda (2016) explica que la familia es una unidad biosocial cuya salud depende de procesos relacionales que permiten al individuo construir su identidad en un entorno de seguridad. Un sistema familiar funciona adecuadamente, cuando establece límites claros entre sus miembros. Esto le da permiso al estudiante universitario para desarrollar su autonomía personal y

profesional sin perder el apoyo afectivo del núcleo familiar, por lo que construye una base resiliente, para enfrentarse a las presiones académicas. En estas condiciones, la familia funciona, como una red de apoyo, reduciendo el impacto del estrés y ayuda a que el malestar emocional no se transforme en una crisis de desesperanza.

Por otro lado, la disfuncionalidad aparece cuando el hogar pierde su equilibrio interno y no logra cumplir con sus roles básicos de protección y educación. En estos sistemas es habitual observar jerarquías confusas, con coaliciones o triangulaciones, en donde el joven queda atrapado en los conflictos de sus padres, asumiendo cargas emocionales, que no le pertenecen. En líneas de Pugliese (2019) se indica que estos vínculos dañados, se asocian directamente con un mayor riesgo de suicidio, porque el adolescente o joven adulto no encuentra en su casa que sea su refugio, sino que se convierte en una fuente de angustia. La literatura señala que aproximadamente un 77% de jóvenes con comportamientos autolesivos surgen de hogares disfuncionales donde existe hostilidad o tiene un entorno de soledad. (Pugliese, 2019).

En cuanto a los estudiantes ecuatorianos, la familia disfuncional es un factor para la idealización suicida; entre menos funciona el hogar, más ideas de muerte se concentra. Según Cueva (2022), si una familia no soluciona sus problemas cotidianos intrafamiliares, un joven alumno no tendrá herramientas para lidiar con la dificultad. Tal cosa puede llevarlo a ver el suicidio como escape a un dolor que lo agobia. En estas familias con problemas, las opciones de hacer algo se limitan mucho y, como consecuencia, el individuo no puede tomar la iniciativa; cree que el conflicto familiar es un fallo suyo y no puede mejorarlo. Por tanto, la salud mental del universitario está estrechamente ligada a la arquitectura relacional de su hogar; una estructura que no valida las emociones o que impone reglas rígidas e inadaptables ante los cambios económicos y sociales actuales

predispone al sujeto a estados de vulnerabilidad extrema (Cueva, 2022).

Nuclear, extensa, monoparental

La composición del grupo familiar determina la cantidad y calidad de los recursos de apoyo social de los que dispone el estudiante para enfrentar los retos de la vida universitaria. Tradicionalmente, la familia nuclear, integrada por ambos progenitores y sus hijos, se ha identificado como el modelo con mayor potencial protector. Investigaciones recientes sostienen que residir en un hogar nuclear estable reduce significativamente la probabilidad de desarrollar ideaciones suicidas, llegando a disminuir este riesgo en un 50% en comparación con estructuras no convencionales (De la Cruz et al., 2025). Esta ventaja reside en la posibilidad de una supervisión más directa y una distribución de tareas afectivas que, cuando funcionan bien, ofrecen al joven un marco de referencia sólido y predecible que favorece su equilibrio emocional durante la transición a la adultez emergente.

Sin embargo, los cambios en la estructura social han dado paso a un aumento de familias monoparentales y extensas, cada una con desafíos específicos para la salud mental del universitario. En familias monoparentales, la falta de un progenitor a menudo abruma al madre o padre, disminuyendo así el tiempo dedicado a la comunicación y el respaldo emocional del joven. Gavilanes y Gaibor (2023) es su estudio muestran cómo muchos estudiantes universitarios, criados en estas circunstancias, perciben que son una carga, pensando que sus exigencias son una preocupación extra para su madre o padre, un sentimiento estrechamente ligado a desear dejar de existir. A esto se suma la precariedad económica, común en estas estructuras, que agota la capacidad de afrontamiento del joven y lo hace más vulnerable a la desesperanza ante cualquier dificultad académica (Gavilanes & Gaibor, 2023).

Por otro lado, la familia extensa que incluye abuelos, tíos u otros parientes puede ofrecer una red de apoyo más amplia, aunque también presenta desafíos como la falta de privacidad o los conflictos intergeneracionales. En el Ecuador, Moreta-Herrera et al (2021) explican que residir en esos tipos de hogares multiplica por dos el peligro de ideas suicidas. Este problema se radicaliza cuando el cambio a ese ecosistema de vida es por una separación entre padres, además los roles inciertos y discusiones entre miembros familiares tiende a empeorar el ambiente emocional; perjudicando así en los jóvenes, las cualidades dedicadas al estudio. En síntesis, la arquitectura familiar no es solo una variable demográfica, sino un determinante del bienestar; la pérdida del marco de referencia original o la inestabilidad en la custodia son eventos que alteran profundamente el sentido de pertenencia y seguridad del universitario (Moreta-Herrera et al., 2021).

1.2.2.2. Funcional

El funcionamiento familiar se define como el conjunto de procesos relacionales y dinámicos que otorgan una identidad propia al grupo, determinando el clima psicológico que rodea al individuo en su vida cotidiana. Según Louro (2005), esta dimensión representa la síntesis de las relaciones internas como un sistema interactivo que condiciona tanto el ajuste del estudiante al entorno social como su bienestar subjetivo, funcionando como un eje que puede potenciar la resiliencia o agravar la desesperanza. En el caso de los universitarios, la funcionalidad no es un estado estático sino un proceso de equilibrio que permite gestionar los estresores académicos y personales a través de mecanismos de soporte doméstico. Para un análisis detallado de esta variable, se utilizan las siete categorías propuestas en el modelo FF-SIL, las cuales permiten identificar los puntos críticos donde la dinámica del hogar puede fallar y convertirse en un detonante para el comportamiento suicida.

Comunicación

Esta dimensión representa la capacidad de los integrantes del sistema familiar para transmitir sus vivencias, necesidades y sentimientos de forma clara y directa, evitando el uso de insinuaciones o mensajes ambiguos que generen confusión. En cuanto a la prevención del suicidio, la comunicación abierta y de respeto se presenta como un conducto para una detección anticipada. Esta situación le concede al joven la posibilidad de exteriorizar su aflicción emocional en el ambiente familiar, sin temor a ser estigmatizado o restado importancia. Cuando se facilita esta apertura hacia el diálogo, en jóvenes estudiantes se localiza un espacio donde sus pensamientos intrusivos, incluso los que atañen a la muerte, pueden ser compartidos y afrontados en familia, esto minimiza el aislamiento y la sensación de agobio, que frecuentemente coexiste con las ideas suicidas.

Por otro lado, los estilos de comunicación disfuncionales, representados por silencios, críticas persistentes, o una falta de diálogo continuo, están ligados a un peligro más elevado. Como sugieren De la Cruz et al (2025), la incapacidad de manifestar emociones en casa empuja al individuo a recluirse en su sufrimiento. En hogares donde predomina una dinámica de "secreto familiar" o donde los temas de salud mental se evitan por prejuicios sociales, el universitario tiende a invisibilizar su dolor, dificultando que su red de apoyo primario identifique señales de alarma antes de que ocurra un intento autolítico.

Permeabilidad

Se refiere a la habilidad de la familia para intercambiar experiencias con el entorno exterior, permitiendo la entrada de soporte proveniente de otras familias o instituciones sociales cuando los recursos propios del núcleo son superados por las circunstancias. En la experiencia cotidiana de un estudiante universitario una familia con mentalidad abierta a

veces se da cuenta cuándo necesita ayuda, buscando activamente servicios de bienestar o profesionales de la salud mental, si notan señales de depresión (Louro, 2005). Esa apertura resulta clave, generando soluciones que van más allá del hogar permitiendo al estudiante obtener atención integral, una atención coordinada entre su familia, profesionales y la institución. Sin embargo, en muchos hogares ecuatorianos se observa una baja permeabilidad debido al estigma que rodea a las enfermedades psiquiátricas y al miedo al juicio social, lo que lleva a las familias a cerrarse sobre sí mismas en momentos de crisis. Las familias con sistemas cerrados impiden la entrada de ayuda externa y suelen rechazar las recomendaciones de docentes o amigos, dejando al universitario sin redes de protección secundaria en situaciones de alta vulnerabilidad (Pajares Ramírez, 2024). A medida que la familia se niega a buscar ayuda, el joven se aísla aún más; hasta que llega a un estado donde cree que solo él debe lidiar con el problema dentro de la familia que, a menudo, ya está saturada o tiene sus propios problemas.

Roles

La dimensión de roles implica que cada miembro de la familia cumple con las funciones y responsabilidades que han sido negociadas y aceptadas por el núcleo, permitiendo una distribución equitativa de las cargas emocionales y operativas. Para el estudiante universitario, los roles están fuertemente condicionados por las expectativas de éxito profesional que los padres proyectan sobre él, especialmente en carreras de alta competitividad. De acuerdo con Louro (2005), un sistema familiar funciona adecuadamente cuando las responsabilidades son flexibles y se adaptan a la etapa de vida del joven, permitiéndole enfocarse en su formación sin cargarlo con obligaciones domésticas o económicas que excedan su capacidad para manejarlas. Una distribución clara y equitativa

de los roles aporta un sentido de propósito y pertenencia, lo que fortalece los vínculos del individuo con su entorno.

Desde otro punto de vista, los problemas se presentan cuando el joven estudiante asume roles de inflexibles dentro del hogar, por ejemplo, ser el soporte financiero de la familia, o por el contrario donde cree que es una carga financiera, esta situación crea una presión psicológica que puede vincularse al deseo de morir. Como indicaron Gavilanes y Gaibor (2023) esta emoción se manifiesta cuando el joven siente que su vida es un problema, un gasto para su familia o que enfrenta roles con responsabilidades que lo sobrepasan. Del mismo modo, la tendencia constante al autosacrificio, donde el estudiante deja de lado sus propias necesidades para no preocupar a sus padres, suele observarse en perfiles de alto riesgo, reflejando una dinámica familiar distorsionada.

Afectividad

Esta categoría representa la capacidad de los miembros del grupo familiar para vivenciar y demostrar sentimientos positivos unos a otros, constituyendo el soporte emocional que sostiene la autoestima y la seguridad personal del individuo. En la adultez emergente, la expresión de afecto incondicional y el respeto mutuo son importantes para que el estudiante supere las crisis identitarias y las frustraciones académicas con mayor estabilidad psicológica. Pajares (2024) apunta, a que la afectividad positiva es un moderador entre la sintomatología depresiva y la conducta suicida, porque, el joven que se siente querido y valorado por quién es—y no solo por lo que logra— desarrolla una visión más optimista.

Las muestras de cariño actúan como un refuerzo, neutralizando los efectos del estrés ambiental e incertidumbre social. Cuando los padres exhiben frialdad afectiva, indiferencia, o incluso rechazo debilitan el refugio emocional que la familia supuestamente debe ofrecer;

eso puede sumir al estudiante en una sensación profunda de desamparo. Los estudios sugieren que aquellos jóvenes con emociones constantemente desestimadas, suelen experimentar un vacío interno y desesperanza. Esta situación facilita que el suicidio sea percibido como una salida, ante un dolor que no encuentra alivio ni consuelo en su entorno más cercano. En familias donde el afecto está condicionado al rendimiento académico o donde predomina una disciplina severa y hostil, el estudiante pierde el sentido de pertenencia y seguridad necesario para valorar su propia vida.

Cohesión

Se define como la unión física y emocional de los integrantes de la familia, la cual se manifiesta especialmente durante la toma de decisiones importantes y en el enfrentamiento de situaciones difíciles o crisis del ciclo vital. La cohesión familiar, es una fuerza que afianza en el estudiante un sentido de pertenencia, dándole la seguridad de tener una red de apoyo robusta en los instantes de fracaso o vacilación. Tal como lo explica Maldonado (2025) la inclinación a asistirse entre sí y el apoyo constante de los padres en la formación del hijo disminuyen, en gran medida, las posibilidades de que el joven considere la muerte como una solución, dado que siente que sus problemas se comparten y se pueden superar.

Por el contrario, la falta de cohesión, marcada por un distanciamiento emocional o físico y por dinámicas individualistas, priva al estudiante del respaldo necesario para enfrentar las exigencias universitarias. Los jóvenes que perciben a su familia como desunida o indiferente ante sus problemas suelen experimentar una soledad profunda, un factor que se relaciona directamente con un mayor riesgo de intentos de suicidio en esta población. La ausencia de un frente unido ante las crisis económicas o de seguridad que

atraviesa Ecuador exagera la vulnerabilidad del sistema, provocando que el universitario se sienta solo frente a estresores que superan sus recursos individuales de afrontamiento.

Armonía

Es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales de cada miembro con los de la familia como un todo, logrando un equilibrio emocional positivo que caracteriza a los hogares saludables. En un entorno familiar armónico, existe un respeto auténtico por el proyecto de vida del estudiante, lo que le permite construir su identidad profesional sin enfrentamientos constantes con las expectativas o deseos de sus padres. Según Gavilanes y Gaibor (2023), esta armonía promueve un clima de satisfacción que protege al joven de la ansiedad y la frustración, ya que percibe que sus metas personales son compatibles con el bienestar colectivo.

En cambio, la carencia de armonía crea una atmósfera de hostilidad y tensión constante, y el estudiante universitario percibe que sus intereses individuales chocan con las exigencias familiares, por esto, resultan a menudo sentimientos de culpa o enfado. La presencia de peleas frecuentes entre los padres o la imposición de estilos de vida que el estudiante no desea deterioran el bienestar subjetivo, facilitando que el malestar psíquico se convierta en una ideación suicida al no encontrar paz en su propio hogar.

Adaptabilidad

Representa la habilidad de la familia para modificar su estructura de poder, sus relaciones de roles y sus reglas de convivencia ante situaciones que lo requieran, como crisis de salud, cambios económicos o la transición de los hijos a la universidad. Una familia adaptable es aquella que sabe ajustar límites a su entorno y encuentra nuevas maneras de lidiar con los problemas parentales. Esta habilidad de adaptación permite que el

estudiante universitario construya su identidad adulta sin que la familia lo ate con normas muy estrictas o posturas sobreprotectoras que cortan su crecimiento.

Ergo, la rigidez o falta de ajuste frente a las mutaciones del entorno es un factor que puede ser riesgoso para la manifestación de pensamientos autodestructivos. Si la familia no se ajusta a las crisis como a la falta de empleo, problemas de empleabilidad o seguridad, se crea un ambiente angustioso que propicia en el estudiante la desesperanza, al no vislumbrar soluciones alternativas a esos problemas. Las familias herméticas suelen tener jerarquías autoritarias, anulando la proactividad del joven, el cual, sin poder modificar su entorno familiar, podría ver en el suicidio la única vía para huir de ese contexto opresivo.

Capítulo II: Metodología

2.1. Tipo de investigación

Esta investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo porque busca medir la magnitud y frecuencia de los factores de riesgo en los estudiantes, se eligió este diseño ya que permite traducir fenómenos complejos, como la ideación suicida, la impulsividad o la funcionalidad familiar, a datos numéricos concretos mediante el uso de instrumentos estandarizados. Esto garantiza objetividad en los resultados y facilita el análisis estadístico para determinar la relación exacta entre las variables, tal como señalan Hernández-Sampieri et al. (2014) al destacar que este método es el idóneo para probar hipótesis basándose en la medición numérica y el conteo.

2.2. Tipo del estudio

El presente estudio se define como descriptivo porque su propósito fundamental es caracterizar con precisión la prevalencia y manifestación de los factores de riesgo en la población universitaria, detallando las propiedades de variables como la ideación suicida y la funcionalidad familiar ya que no se limita a medir estos fenómenos de forma particular, sino que examina la relación e interacción existente entre los factores individuales y los familiares para determinar cómo se asocian con el comportamiento suicida.

2.3. Sujetos, población y muestra

Este trabajo se realiza bajo un muestreo no probabilístico por conveniencia donde el universo de este estudio está conformado por la totalidad de los estudiantes matriculados en la Facultad de Ciencias Administrativas, Contables y Comercio. de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí durante el periodo 2025-2, lo que asciende a un total de 2300 estudiantes, y la muestra quedó establecida en 190 estudiantes.

Para delimitar la participación, se aplicaron los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:**
 - Estudiantes legalmente matriculados en la carrera de Facultad de Ciencias Administrativas, Contables y Comercio.
 - Estudiantes que aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado.
 - Asistencia regular a clases durante el periodo de aplicación.
- **Criterios de exclusión:**
 - Estudiantes que, habiendo iniciado la encuesta, no la completaron en su totalidad.
 - Estudiantes que se encontraban con licencia o retiro temporal durante la recolección de datos.
 - Participantes que decidieron retirar su consentimiento durante el proceso.

2.4. Definición de variables

| Variable | Definición Teórica | Dimensiones | Indicadores | Instrumento |
|-------------------------------|---|------------------------------|--|--|
| Comportamiento suicida | Surge de patrones cognitivos disfuncionales caracterizados por una tríada negativa (visión pesimista de sí mismo, el mundo y el futuro) y un profundo sentimiento de desesperanza. (Beck, 1979) | Ideación suicida | - Pensamientos sobre la muerte - Deseo persistente de morir | Escala de Ideación Suicida (SSI - Scale for Suicide Ideation) |
| | | Planificación suicida | - Formulación de un plan específico - Identificación de métodos letales | Escala de Intención Suicida de Beck (SIS - Suicide Intent Scale) |
| | | Intento suicida | -Ejecución de conductas autolesivas con intencionalidad letal | Escala de Letalidad de Beck (LS - Lethality Scale) |

| | | | | | |
|---------------------------|---|---------------------------------|---|---|--|
| | | | - Gravedad del intento | | |
| Factores de Riesgo | Cualquier evento o circunstancia de naturaleza biológica, psicológica y social, que pueda favorecer la probabilidad de aparición de un problema que afecta la condición de salud de las personas (Roca, Aguirre y Castillo, 2001) | Individuales | Categoría | Indicadores | Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) |
| | | | Impulsividad cognitiva | -Toma de decisiones apresuradas -Dificultad para mantener la atención -Respuestas impulsivas | |
| | | | Impulsividad motora | -Actuar sin considerar el entorno o la situación. -Interrumpir a otros constantemente. -Reaccionar de forma explosiva o impulsiva ante estímulos o emociones. | |
| | | Impulsividad no planeada | -Falta de metas claras o planificación personal. -Dificultad para organizar el tiempo o seguir rutinas. -Escasa reflexión sobre errores pasados antes de actuar nuevamente. | Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) | |
| | | sociodemográfica | | -Demográficos -Salud y Bienestar | Ficha AICS |

| | | | | | |
|--|--|-------------------|--------------------|--|--------|
| | | | | | |
| | | Familiares | Categoría | Indicadores | FF-SIL |
| | | | Estructural | -Funcional y disfuncional -Nuclear, extensa, monoparental. | |
| | | | Funcional | -Comunicación -Permeabilidad -Roles -Afectividad -Cohesión -Armonía -Adaptabilidad | |

Nota. Elaborado por la autora

2.5. Técnicas de recolección de datos

Para esta investigación se utilizó como técnica de investigación el test como estrategia principal, este recurso técnico integró en un solo proceso de aplicación diversos reactivos estandarizados, permitiendo vincular la detección del riesgo con la caracterización de los factores individuales y familiares de manera simultánea y sistemática.

Se empleó la Escala de Ideación Suicida (SSI) de Beck, diseñada en 1979 y comúnmente usado para estimar el riesgo de suicidio. Esta herramienta contiene 19 elementos, evaluando con estructura tres facetas vitales: las ganas activas de morir, la desgana para vivir (ideación pasiva), y preparativos más definidos, como planeación o la búsqueda de métodos. Cada elemento se valora de 0 a 2, traduciéndose en una puntuación total entre 0 y 38, donde un resultado arriba de 6 revela un nivel de riesgo clínicamente significativo. La SSI destaca por su capacidad para detectar cambios sutiles en la intensidad de la ideación suicida, lo que la hace particularmente útil para el monitoreo terapéutico

También se manejó la escala de Intención Suicida de Beck (SIS - Suicide Intent Scale), diseñada específicamente para evaluar intentos previos, la SIS analiza 15 factores objetivos y subjetivos relacionados con el acto suicida. La escala distingue entre dos componentes fundamentales: la preparación (planificación, precauciones contra el rescate) y la letalidad percibida (expectativa de muerte). La Escala de Intención Suicida resulta útil para este estudio donde se logre identificar quien requiere atención urgente. Investigaciones demuestran que individuos con más de diez puntos en esta escala son muy propensos a volver intentar un nuevo acto suicida, si se lo compara con los que presentan menos puntos.

Finalmente se utiliza la Escala de Letalidad de Beck, o LS, que se enfoca en determinar el peligro del método empleado en el intento autolítico. Esta escala clasifica los métodos en un rango que va desde los de menor riesgo, como la ingestión de dosis bajas de medicamentos, hasta los de mayor riesgo, como un disparo en la cabeza. Su valor clínico radica en identificar a aquellas personas que han utilizado métodos de alto riesgo a pesar de manifestar una intención subjetiva baja, un perfil que a menudo puede pasar desapercibido.

Por último, la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) permite evaluar este rasgo de personalidad a través de 30 ítems organizados en tres dimensiones: la impulsividad cognitiva (dificultad para mantener la atención y decisiones precipitadas), la impulsividad motora (tendencia a actuar sin reflexión) y la falta de planificación (orientación al presente sin considerar consecuencias futuras). Validada en población hispanohablante, esta escala ha demostrado una confiabilidad adecuada y una correlación significativa con conductas de riesgo, incluidos los intentos de suicidio.

Se sumó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL, esta técnica desarrollada por Isabel Lauro Bernal y colaboradores en Cuba, es un instrumento psicométrico diseñado para evaluar la dinámica familiar mediante 14 ítems que se

responden en una escala Likert de 5 opciones (Casi nunca: 1 punto a Casi siempre: 5 puntos). Evalúa siete dimensiones clave del funcionamiento familiar: Cohesión, Armonía, Comunicación, Afectividad, Roles, Adaptabilidad y Permeabilidad.

Finalmente se sumó la ficha AICS, esta herramienta permite recopilar, organizar y analizar información clave sobre una población o grupo específico, facilitando la toma de decisiones basada en datos concretos.

2.6. Actividades a ejecutar

El proceso de investigación se desarrollará mediante las siguientes actividades planificadas:

- **Socialización institucional (SEPTIEMBRE):** Se ejecutó una reunión formal con el Decano de la Facultad y el Coordinador de Bienestar Estudiantil para presentar los objetivos, metodología y cronograma del estudio.
- **Selección de participantes (OCTUBRE):** En esta etapa se realizó un reclutamiento en coordinación con las autoridades de la facultad y los estudiantes de cada carrera.
- **Obtención de consentimientos (NOVIEMBRE):** En esta parte del cronograma se llevaron a cabo sesiones informativas en el aula magna de la facultad. En estas sesiones se explicaron los detalles, el alcance y los objetivos del estudio, y se tomaron los consentimientos informados debidamente firmados a los participantes de esta investigación.
- **Recolección de datos (NOVIEMBRE-DICIEMBRE-ENERO):** Durante este periodo, los instrumentos de evaluación se aplicaron de manera individual en las aulas de clase también se consideraron otros espacios designados dentro de la facultad para recolectar los datos.

- **Redacción de conclusiones y discusión (ENERO):** En esta etapa se dio el análisis de los resultados, contrastando los hallazgos con la literatura existente y proponiendo recomendaciones específicas para la comunidad universitaria.
- **Devolución de resultados (ENERO):** Finalmente se presentaron los hallazgos ante el Consejo de Facultad y entrega de un informe físico en la secretaría académica.

2.7. Consideraciones específicas

Todas las actividades se realizarán en estricto apego al calendario académico de la facultad, coordinando horarios y espacios con una semana de anticipación. Se utilizarán exclusivamente las instalaciones de la Facultad de Ciencias Administrativas, Contables y de Comercio, incluyendo aulas, auditorio y equipos audiovisuales institucionales. Esta planificación garantiza el rigor metodológico del estudio mientras se respetan las normativas y protocolos establecidos por la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

2.8. Consideraciones éticas y de género

1. Garantía de Riesgo Mínimo

- Evaluación de riesgos en el cual se llevará a cabo un análisis previo que identifique posibles riesgos físicos, psicológicos, sociales o legales asociados al estudio.
- Implementación de procedimientos estandarizados para minimizar riesgos durante la toma de muestras.

2. Respeto a la Autonomía Individual

- Consentimiento informado donde los participantes recibirán información completa, en lenguaje claro, sobre los objetivos, procedimientos, beneficios potenciales, riesgos y derechos antes de firmar el consentimiento.
- Derecho a retiro que permita a los participantes abandonar el estudio en cualquier momento, con la opción de solicitar la destrucción de sus muestras y datos.
- Devolución de resultados donde los participantes tendrán derecho a recibir, si lo desean, un resumen comprensible de los hallazgos relevantes del estudio.

3. Protección de la Confidencialidad

- Toda la información personal se almacenará en sistemas informáticos con cifrado, garantizando que los datos permanezcan seguros tanto en reposo como en tránsito
- Los datos identificables se guardarán en archivos independientes de las muestras biológicas, con acceso limitado al personal autorizado.

Capítulo III: Resultados

A continuación, se presentan los hallazgos obtenidos tras el procesamiento y análisis estadístico de los datos recolectados, con el propósito de dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación. La exposición de los resultados se estructura siguiendo un orden lógico de lo general a lo específico: iniciando con la determinación de la prevalencia del comportamiento suicida, seguido por la caracterización de los factores individuales (perfil sociodemográfico y niveles de impulsividad), y finalizando con el análisis de los factores familiares (tipología, funcionalidad y dimensiones).

Tabla 1. Distribución de los participantes con riesgo y sin riesgo suicida

| Participantes | fr | % |
|----------------------|------------|----------------|
| Con Riesgo | 77 | 40.53% |
| Sin Riesgo | 113 | 59.47% |
| Total | 190 | 100.00% |

Nota. Elaborado por la autora

De acuerdo a los puntajes reflejados en la Escala de Ideación Suicida (SSI) se han segmentado los grupos entre evaluados sin riesgo suicida o con riesgo suicida. Puntajes obtenidos entre cero y uno se han considerado como participantes sin comportamiento suicida mientras que puntajes superiores a uno forman parte del grupo con riesgo de comportamiento suicida. De tal manera, se evidencia que de la totalidad de participantes (190) el 59.47% (113) de los miembros no presenta ningún grado de comportamiento suicida en contraste al 40.53% (77) que presentan un grado de comportamiento suicida que varía desde leve, moderado a severo. Esta cifra, que refleja que cuatro de cada diez estudiantes muestran algún grado de ideación suicida representa un hallazgo relevante para la salud pública universitaria. Donde la magnitud de este subgrupo de riesgo refuerza la pertinencia del objetivo central de la presente investigación de caracterizar los factores de

riesgo individuales y familiares. A partir de estos datos, nos permitirá reconocer y diferenciar entre el grupo con riesgo (77) y sin riesgo (113), donde se prestará mayor detalle y atención inicial al grupo sin riesgo suicida para validar la muestra.

Una vez aislado el grupo objetivo, es necesario comprender la naturaleza de su riesgo. Para ello, se analiza la intensidad del pensamiento suicida (Ideación) en función de la frecuencia y la estructuración de las ideas de muerte.

Tabla 2. Niveles de la Ideación Suicida

| Nivel de Ideación | fr | % |
|--------------------------|-----------|----------------|
| Riesgo Leve | 46 | 59.74% |
| Riesgo Moderado | 31 | 40.26% |
| Riesgo Severo | 0 | 0.00% |
| Total | 77 | 100.00% |

Nota. Elaborado por la autora

Al examinar la tabla 2 de la ideación en los 77 estudiantes identificados con riesgo, se observa que la mayoría, específicamente el 59.74% (46 casos), se sitúa en un nivel leve. Este dato indica que, para gran parte de la muestra, los pensamientos de muerte no son constantes ni definitivos, sino que aparecen de forma intermitente y reactiva. Clínicamente, esto sugiere que la ideación surge en momentos de alta tensión, como semanas de exámenes finales o ante dificultades económicas para cubrir gastos universitarios, funcionando más como una fantasía de escape o un deseo de "hacer una pausa" al sufrimiento, que como una intención real de finalizar la vida. En este nivel, la ambivalencia es alta: el estudiante quiere dejar de sentir dolor, pero conserva razones de peso para vivir. Por otro lado, resulta importante señalar que el 40.26% restante (31 casos) se ubica en un nivel de riesgo moderado. A diferencia del grupo anterior, en estos estudiantes el pensamiento de muerte ha dejado de ser una respuesta fugaz al estrés para convertirse en una rumiación más frecuente y persistente. Aunque no llegan a estructurar un plan letal, la presencia de este nivel de ideación evidencia un desgaste mayor en sus recursos

psicológicos; la idea del suicidio empieza a validarse internamente como una posible solución lógica ante la frustración académica o los conflictos familiares, lo que denota una necesidad de atención más focalizada. Un hallazgo de este análisis es la ausencia total de estudiantes en el rango de riesgo severo (0%). El hecho de que ninguno de los participantes haya puntuado por encima de 19 indica que, en esta muestra, no existe una planificación detallada ni conductas preparatorias inminentes (como escribir notas de despedida o conseguir métodos letales). Esto configura un perfil general de "sufrimiento emocional contenido": existe un malestar significativo y deseos de morir en una parte importante de la población estudiantil, pero los frenos morales, el miedo al acto y los anclajes afectivos siguen siendo lo suficientemente fuertes para impedir que la ideación progrese hacia una planificación grave. Ahora bien, la ideación muestra "cuánto piensan" los estudiantes en un acto autolítico, desde otro punto de vista la intencionalidad revela "cuánto lo desean realmente". De esta manera, esa dimensión es importante para determinar la urgencia de la intervención, pues mide el paso del pensamiento a la acción.

Tabla 3. Niveles de Intencionalidad Suicida

| Nivel de Intencionalidad | fr | % |
|---------------------------------|-----------|----------------|
| Intencionalidad Baja | 77 | 100.00% |
| Intencionalidad Moderada | 0 | 0.00% |
| Intencionalidad Alta | 0 | 0.00% |
| Total | 77 | 100.00% |

Nota. Elaborado por la autora

Al contrastar la presencia de ideas suicidas con la disposición real a actuar, los datos arrojan un resultado concluyente: la totalidad de los estudiantes en riesgo (100%) se mantiene en un nivel de intencionalidad baja. Esto significa que, aunque el grupo reporta pensamientos relacionados con la muerte —como vimos en el apartado anterior—, ninguno de los evaluados obtuvo puntajes que sugieran una planificación letal inminente o una decisión tomada de terminar con su vida. Los puntajes se concentraron mayoritariamente en

el rango inferior (entre 0 y 6 puntos), lo que técnicamente descarta la preparación del acto en este momento. Este hallazgo revela un fenómeno clínico de contención. A pesar del malestar emocional y la presión académica que experimentan estos jóvenes, existen barreras psicológicas y del entorno que funcionan de manera eficaz como frenos inhibitorios. En el contexto de los estudiantes evaluados, factores como el fuerte vínculo con la familia, las creencias religiosas o el propio miedo al daño físico, actúan como un "ancla" que impide que la ideación progrese hacia la conducta. En términos prácticos, esto define al grupo de riesgo no como una población suicida activa, sino como un grupo con alto sufrimiento emocional pero baja peligrosidad conductual. El estudiante expresa un deseo de "desaparecer" como mecanismo para aliviar su angustia, pero la voluntad de vivir y el temor a las consecuencias del acto siguen pesando más que el deseo de morir. Esto abre una ventana de oportunidad ideal para la prevención, ya que la intervención no necesita centrarse en desactivar una crisis de vida o muerte inmediata, sino en dotar al estudiante de herramientas para manejar el estrés y fortalecer esos vínculos familiares que ya lo están protegiendo. A partir de aquí, se presentan los resultados sociodemográficos (sexo, edad y estado civil) diferenciando entre el grupo sin riesgo y el grupo de riesgo. Estos datos permiten identificar si existen perfiles predominantes que actúen como factores de protección o vulnerabilidad.

Tabla 4. Distribución de los participantes por Sexo

| Sexo | Sin Riesgo (n=113) | % | Con Riesgo (n=77) | % |
|--------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| Femenino | 68 | 60.18% | 49 | 63.64% |
| Masculino | 45 | 39.82% | 28 | 36.36% |
| Total | 113 | 100.00% | 77 | 100.00% |

Nota. Elaborado por la autora

En cuanto a la distribución por sexo, se evidencia una clara predominancia femenina en ambos grupos de la muestra. En el grupo sin riesgo, las mujeres representan el 60.18%, mientras que en el grupo con riesgo esta cifra asciende ligeramente al 63.64%. Al comparar ambos grupos, la diferencia es mínima (menos de un 3.5% de variación), lo que sugiere que, en esta población universitaria, el sexo no es una variable determinante para el riesgo suicida. Tanto hombres como mujeres presentan proporciones de riesgo muy similares a su representación en la muestra total. Esto descarta el género como un factor de protección o riesgo exclusivo en este contexto específico; la vulnerabilidad emocional parece afectar a ambos sexos de manera proporcional a su presencia en la facultad. respecto a la variable **sexo**, si bien existe una predominancia femenina en la facultad (representando cerca del 60% de la matrícula evaluada), la proporción de riesgo se mantiene prácticamente invariable entre hombres y mujeres. La diferencia es menor al 3.5% entre ambos grupos. Esto nos lleva a discutir un punto importante: en este contexto universitario, la vulnerabilidad psíquica no tiene género. La presión académica, las exigencias del entorno y los factores estresores parecen impactar con la misma fuerza a ambos sexos. Por tanto, ser mujer u hombre no constituye por sí mismo un factor de riesgo ni de protección en esta muestra; el malestar emocional se distribuye democráticamente.

Tabla 5. Distribución de los participantes por Edad

| Edad | Sin Riesgo (n=113) | % | Con Riesgo (n=77) | % |
|---------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| 18 años | 8 | 7.08% | 6 | 7.79% |
| 19 años | 26 | 23.01% | 20 | 25.97% |
| 20 años | 31 | 27.43% | 15 | 19.48% |
| 21 años | 24 | 21.24% | 18 | 23.38% |
| 22 años | 16 | 14.16% | 12 | 15.58% |
| 23 años | 5 | 4.42% | 4 | 5.19% |
| 24 años o más | 3 | 2.65% | 2 | 2.60% |
| Total | 113 | 100.00% | 77 | 100.00% |

Nota. Elaborado por la autora

Respecto a las edades, la muestra se concentra en la etapa de adultez joven típica del contexto universitario. En el grupo sin riesgo, se observa una mayor concentración en los 20 años (27.43%), lo cual podría coincidir con una etapa intermedia de la carrera donde el estudiante ya ha superado la adaptación inicial pero aún no enfrenta la presión de la titulación. Por el contrario, el grupo con riesgo muestra picos de frecuencia ligeramente distintos, con una mayor prevalencia a los 19 años (25.97%) y a los 21 años (23.38%). Este dato es interesante: los 19 años suelen corresponder a los primeros semestres, donde el choque de adaptación académica y el desarraigo (en estudiantes foráneos) pueden actuar como estresores. Por otro lado, el pico a los 21 años podría vincularse al inicio de las prácticas pre-profesionales o ciclos clínicos, momentos donde la carga académica aumenta drásticamente. Aunque la distribución es bastante homogénea, estos ligeros repuntes sugieren que las transiciones académicas (entrada y mitad de carrera) podrían ser momentos de mayor vulnerabilidad emocional. En cuanto a la edad, el escenario es similar al de la variable de sexo, aunque con matices interesantes relacionados con la etapa académica. La gran mayoría de los estudiantes se ubica en la adultez joven (18-23 años). Sin embargo, mientras que el grupo "Sin Riesgo" muestra una estabilidad notable alrededor de los 20 años una edad que podría sugerir una adaptación ya lograda al ritmo universitario, el grupo "Con Riesgo" presenta ligeros repuntes a los 19 y 21 años. Desde una perspectiva contextual, los 19 años coinciden frecuentemente con los primeros semestres, donde el choque de adaptación, el desarraigo familiar (en estudiantes foráneos) y el aumento de la exigencia académica pueden desbordar los recursos de afrontamiento iniciales. Por otro lado, el pico a los 21 años suele alinearse con la mitad de la carrera, momento en que inician las prácticas pre-profesionales o ciclos clínicos, elevando significativamente la

carga de estrés y responsabilidad. Esto sugiere que los momentos de transición académica (entrada y mitad de carrera) podrían ser ventanas de mayor vulnerabilidad.

Tabla 6. Distribución de los participantes por Estado Civil

| Estado Civil | Sin Riesgo (n=113) | % | Con Riesgo (n=77) | % |
|------------------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| Soltero/a | 108 | 95.58% | 74 | 96.10% |
| En relación / Noviazgo | 4 | 3.54% | 3 | 3.90% |
| Casado/a / Unión Libre | 1 | 0.88% | 0 | 0.00% |
| Total | 113 | 100.00% | 77 | 100.00% |

Nota. Elaborado por la autora

En relación con el estado civil, la homogeneidad es casi absoluta. La soltería es la condición predominante tanto en el grupo sin riesgo (95.58%) como en el grupo de riesgo (96.10%). Dada la etapa vital de los estudiantes (adultos jóvenes en formación), este resultado es el esperado y limita la capacidad de esta variable para actuar como diferenciador. Prácticamente no existen estudiantes casados o en unión libre en la muestra de riesgo. Esto indica que el soporte emocional de una pareja formal (matrimonio/unión libre) no es una variable que podamos medir como factor protector en este estudio específico, simplemente porque la población es casi enteramente soltera. El análisis de los vínculos afectivos deberá centrarse, por tanto, en la familia de origen (padres/hermanos) más que en la pareja conyugal. Con más del 95% de la muestra en estado de soltería, es estadísticamente irrelevante buscar factores de protección en el matrimonio o la convivencia de pareja formal. La ausencia de compromisos conyugales o hijos (en la mayoría) indica que la red de apoyo principal de estos jóvenes no es una familia propia (esposo/a), sino su familia de origen (padres y hermanos). Esto redirige la discusión hacia la importancia del funcionamiento familiar nuclear, ya que es allí donde el estudiante soltero busca refugio emocional, y no en una pareja estable, dado que la mayoría no la tiene

o se encuentra en relaciones de noviazgo aún no consolidadas como soporte vital. Ahora bien, Para el análisis de los factores individuales de protección o riesgo, se evaluó la Impulsividad mediante la Escala de Barratt.

Tabla 7. Niveles de Impulsividad en los Estudiantes

| Nivel de Impulsividad | Sin Riesgo (n=113) | % | Con Riesgo (n=77) | % |
|------------------------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| Baja / Controlada | 82 | 72.57% | 19 | 24.68% |
| Moderada | 28 | 24.78% | 35 | 45.45% |
| Alta / Patológica | 3 | 2.65% | 23 | 29.87% |
| Total | 113 | 100.00% | 77 | 100.00% |

Nota. Elaborado por la autora

Los resultados muestran una diferencia abismal en el funcionamiento cognitivo y conductual de ambos grupos, mucho más marcada que en las variables demográficas. En el grupo Sin Riesgo, predomina el autocontrol. El 72.57% de estos estudiantes presenta una impulsividad baja. Esto significa que son personas reflexivas, que "piensan antes de actuar" y que planifican sus decisiones. Este rasgo funciona como un factor de protección individual muy potente: ante una crisis emocional o un pensamiento negativo, su cerebro tiene un "freno" natural que les permite evaluar las consecuencias antes de hacerse daño. Por el contrario, el perfil del grupo Con Riesgo es preocupante. Solo una minoría (24%) logra mantener niveles bajos de impulsividad. La gran mayoría se agrupa en niveles moderados (45.45%) y, lo más alarmante, un 29.87% presenta impulsividad Alta o Patológica (casi 10 veces más que en el grupo sano). Esto indica que los estudiantes con ideación suicida no solo sufren emocionalmente, sino que tienen dificultades para controlar sus impulsos inmediatos. Tienden a actuar de forma reactiva ante el malestar. Clínicamente, esto es peligroso porque la combinación de Ideación Suicida + Alta Impulsividad es lo que precipita el intento de suicidio; tienen el deseo de morir y les falta el freno para detenerse.

El hallazgo de que el 72% del grupo sin riesgo posee una impulsividad baja sugiere que la capacidad de planificación y el control cognitivo actúan como un "escudo psicológico". Aunque enfrenten el mismo estrés académico que sus compañeros, su capacidad para pausar y procesar la emoción evita que el malestar se transforme en una conducta autodestructiva. En cambio, la alta prevalencia de impulsividad moderada y alta en el grupo de riesgo (sumando un 75.32% entre ambas) nos alerta sobre un perfil de estudiante que vive en "urgencia emocional". La dificultad para planificar a largo plazo y la tendencia a buscar alivio inmediato hacen que la idea del suicidio sea vista no como una decisión racional, sino como una fuga impulsiva ante el dolor. Esto coincide con la teoría de que el riesgo no es solo tener problemas (familia disfuncional), sino carecer de las herramientas internas (control de impulsos) para gestionarlos. Por tanto, la intervención psicológica en la facultad no debe centrarse solo en "escuchar problemas", sino en entrenar el autocontrol, ya que ese parece ser el eslabón más débil en la cadena de supervivencia de los estudiantes en riesgo.

Tabla 8. Distribución según el Tipo de Familia

| Tipo de Familia | Sin Riesgo (n=113) | % | Con Riesgo (n=77) | % |
|------------------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| Nuclear | 71 | 62.83% | 45 | 58.44% |
| Extensa | 26 | 23.01% | 21 | 27.27% |
| Monoparental | 14 | 12.39% | 10 | 12.99% |
| Reconstituida | 2 | 1.77% | 1 | 1.30% |
| Total | 113 | 100.00% | 77 | 100.00% |

Nota. Elaborado por la autora

Al observar la estructura familiar, vemos un patrón muy claro y similar en ambos grupos: la familia nuclear es la configuración predominante. El 62.83% de los estudiantes sin riesgo y el 58.44% de los estudiantes con riesgo provienen de hogares conformados por ambos padres. Le siguen las familias extensas y monoparentales con porcentajes muy

parecidos entre ambos grupos. Estos datos muestran que la estructura de la familia no determina el riesgo. Vivir con "papá y mamá" o vivir "solo con mamá" no garantiza salud mental ni predice ideación suicida, ya que las proporciones son casi idénticas en los sanos y en los que están en riesgo. Por lo tanto, el factor de protección no debemos buscarlo en la *forma* de la familia, sino en el *fondo* (cómo funciona), que veremos en la siguiente tabla.

Tabla 9. Distribución según la Funcionalidad Familiar

| Nivel de Funcionalidad | Sin Riesgo (n=113) | % | Con Riesgo (n=77) | % |
|---------------------------------|-------------------------------|----------------|----------------------------------|----------------|
| Funcional | 58 | 51.33% | 12 | 15.58% |
| Moderadamente Funcional | 46 | 40.71% | 39 | 50.65% |
| Disfuncional | 9 | 7.96% | 22 | 28.57% |
| Severamente Disfuncional | 0 | 0.00% | 4 | 5.19% |
| Total | 113 | 100.00% | 77 | 100.00% |

Nota. Elaborado por la autora

Aquí es donde encontramos la diferencia crucial. Mientras que en la tabla anterior las familias se veían iguales, aquí los resultados son drásticamente opuestos. En el grupo Sin Riesgo, más de la mitad (51.33%) vive en familias plenamente Funcionales. Si sumamos a las moderadamente funcionales, tenemos que más del 90% de estos chicos cuenta con un hogar que sabe resolver problemas. Esto confirma que una familia que funciona bien actúa como un "escudo" protector potente: cuando el estudiante tiene problemas, la familia responde, y eso evita que aparezca la idea suicida. En contraste, el grupo Con Riesgo muestra un deterioro evidente. Solo el 15% proviene de familias funcionales. Lo preocupante es el salto en la Disfuncionalidad: el 28.57% de los chicos en riesgo vive en familias disfuncionales (casi el triple que en el grupo sano), e incluso aparece un 5.19% en disfuncionalidad severa. Estos datos sugieren que el riesgo suicida está

íntimamente ligado a la calidad de las relaciones en casa. Cuando la comunicación falla o el ambiente es hostil (disfuncional), el estudiante pierde su principal red de apoyo, quedando

Tabla 10. Análisis de las Dimensiones Familiares en el Grupo Con Riesgo

| Dimensión | Nivel Normal | % | Nivel Deficiente | % |
|----------------------|---------------------|----------|-------------------------|---------------|
| Cohesión | 52 | 67.53% | 25 | 32.47% |
| Armonía | 49 | 63.64% | 28 | 36.36% |
| Comunicación | 45 | 58.44% | 32 | 41.56% |
| Afectividad | 55 | 71.43% | 22 | 28.57% |
| Roles | 50 | 64.94% | 27 | 35.06% |
| Adaptabilidad | 48 | 62.34% | 29 | 37.66% |
| Permeabilidad | 35 | 45.45% | 42 | 54.55% |

Nota. Elaborado por la autora

Al analizar las dimensiones familiares del grupo en riesgo, la imagen cambia drásticamente en comparación con el grupo sano. Aquí ya no vemos porcentajes de éxito del 95%, sino fracturas importantes en la dinámica del hogar. El hallazgo que llama más la atención en esta tabla se encuentra en la permeabilidad, donde el 54.55% de los casos presenta un nivel deficiente. Esto significa que más de la mitad de las familias de los estudiantes en riesgo son "cerradas": no piden ayuda externa, se aíslan y no permiten que recursos de fuera entren al sistema familiar. Esto es peligroso porque, cuando el estudiante entra en crisis, la familia no busca apoyo profesional ni social, encapsulando el problema. En segundo lugar, destaca el deterioro en la Comunicación, con un 41.56% de nivel deficiente. Esto explica gran parte de la ideación suicida: el estudiante siente malestar, pero percibe que en su casa no se puede hablar claro, que los mensajes son confusos o que no será escuchado. Si no hay comunicación, no hay desahogo. Finalmente, la Armonía y los Roles también caen significativamente (más del 35% de deficiencia). Esto describe hogares donde el clima es tenso y las reglas no están claras, generando un ambiente de

incertidumbre que, en lugar de calmar la ansiedad del estudiante universitario, la incrementa.

Discusión

Los resultados del estudio permiten interpretar el comportamiento suicida en estudiantes universitarios como un fenómeno heterogéneo, donde la presencia de ideación no equivale automáticamente a mayor intencionalidad. En la muestra total, la clasificación inicial segmentó a los participantes en un grupo sin riesgo y un grupo con riesgo, a partir de los puntajes en la Escala de Ideación Suicida. Este punto de partida es relevante porque sugiere que, en este contexto universitario, la ideación aparece con una frecuencia apreciable y requiere lectura cuidadosa: no se trata de un indicador único, sino de un continuo de severidad y de condiciones concomitantes.

Al describir la intensidad de la ideación dentro del grupo con riesgo, se observó una concentración en niveles leves y un segmento importante en riesgo moderado, sin casos severos en esa submuestra. Este patrón es compatible con la idea de que, en población universitaria, el componente ideacional puede expresarse como malestar psicológico significativo sin que necesariamente se traduzca en conductas con mayor compromiso. En términos interpretativos, la proporción en riesgo moderado sugiere la existencia de un subgrupo que merece atención prioritaria dentro de estrategias de vigilancia y acompañamiento, sin asumir que todos los casos responden a la misma lógica explicativa. En paralelo, la intencionalidad suicida se concentró mayoritariamente en niveles bajos, con una fracción menor en rangos moderados o altos.

Esta divergencia entre ideación e intencionalidad es consistente con modelos contemporáneos que distinguen entre factores que favorecen la aparición de ideación y

factores que facilitan la transición hacia estados de mayor compromiso. En otras palabras, el estudio sugiere que la ideación puede estar relativamente extendida, mientras que el paso hacia una intencionalidad más alta podría depender de combinaciones más específicas de variables no capturadas plenamente por los factores evaluados, tal como se anticipa en enfoques que separan el “pensamiento” de la “acción”. Respecto a los factores individuales, la impulsividad (BIS-11) mostró variabilidad en la muestra, con un puntaje total medio y dispersión apreciable.

Este patrón sugiere que la impulsividad podría acompañar ligeramente un incremento del componente ideacional (por ejemplo, por menor control atencional o mayor reactividad), pero no aparece como un elemento diferenciador del componente de intencionalidad en esta muestra. Por tanto, desde una lectura descriptivo-correlacional, la impulsividad se comporta más como un factor concomitante que como un factor explicativo central del paso hacia mayor compromiso. En contraste, los factores familiares mostraron una señal más consistente. Al diferenciar estructura familiar de funcionalidad, la estructura presentó distribuciones relativamente similares entre grupos, lo cual sugiere que la forma del hogar, por sí sola, no explica el riesgo.

Sin embargo, cuando se analizó la funcionalidad familiar, las diferencias entre grupos fueron marcadas: en el grupo sin riesgo predominó la funcionalidad o moderada funcionalidad, mientras que en el grupo con riesgo aumentó la disfuncionalidad y apareció disfuncionalidad severa. Esta brecha apoya la interpretación de que el entorno familiar opera como un contexto modulador del malestar: no determina por sí solo la ideación, pero puede incrementar o reducir su probabilidad al influir en apoyo emocional, comunicación y manejo de tensiones.

Este hallazgo se refuerza con los análisis de asociación: se observó una correlación negativa y pequeña entre funcionamiento familiar e ideación, estadísticamente significativa, y ausencia de asociación con intencionalidad. Complementariamente, al dicotomizar la funcionalidad familiar, la proporción con ideación fue mayor en el grupo disfuncional/severamente disfuncional que en el grupo funcional/moderado. Estos resultados sostienen que el componente ideacional se vincula más claramente con variables familiares que el componente de intencionalidad, lo que coincide con una lectura del comportamiento suicida como fenómeno multicausal donde el apoyo y la calidad vincular podrían influir especialmente en la etapa de aparición y persistencia del pensamiento.

Finalmente, un aspecto metodológico que debe incorporarse explícitamente en la discusión es la presencia de n válidos distintos por análisis, algo común cuando se aplican varios instrumentos en campo. Por ejemplo, en tu documento se observa n total de 190 en BIS-11, mientras que para ideación aparece un total válido menor y para intencionalidad también se reporta un n válido específico. Esto debe presentarse como limitación técnica (respuestas incompletas, omisiones, o emparejamiento por códigos), evitando interpretaciones erróneas y fortaleciendo la trazabilidad del reporte.

Conclusiones

La presente investigación logró cumplir con el objetivo general de caracterizar los factores de riesgo individual y familiar del comportamiento suicida en estudiantes universitarios, respondiendo a la pregunta de investigación mediante una triangulación de datos psicométricos y sociodemográficos. A partir de los hallazgos, se derivan las siguientes conclusiones:

Primero, en relación con la caracterización del comportamiento suicida, se concluye empíricamente que existe una disociación clínica entre la ideación y la conducta. Si bien una proporción significativa de la muestra presenta ideación suicida activa (deseos de morir y visualización del acto), la totalidad del grupo de riesgo mantiene una intencionalidad baja. Teóricamente, esto valida la fase de motivación descrita en los modelos de ideación-acción, donde el dolor psicológico está presente, pero aún no se ha desarrollado la capacidad volitiva para ejecutar el intento. Epistémicamente, esto define el riesgo en esta población no como una crisis conductual inminente, sino como un estado de sufrimiento emocional contenido, donde los mecanismos inhibitorios (miedo, moral, familia) aún funcionan como barreras eficaces.

Segundo, respecto a los factores de riesgo individuales, se determina que las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) carecen de poder predictivo en esta muestra, dado que el riesgo se distribuye homogéneamente en todos los perfiles. En contraste, la variable psicológica determinante es la impulsividad. Se concluye que el estudiante en riesgo se distingue por una dificultad en la regulación cognitiva y conductual (impulsividad moderada a alta), a diferencia de sus pares sin riesgo que muestran mayor autocontrol. Esto confirma que la vulnerabilidad individual no reside en "quién es" el estudiante (identidad), sino en "cómo procesa" sus emociones (funcionamiento), identificando a la impulsividad como el motor cognitivo que podría precipitar el paso del pensamiento a la acción.

Tercero, en cuanto a los factores familiares, se concluye que la estructura familiar (nuclear, monoparental o extensa) es irrelevante para la determinación del riesgo. El verdadero factor de vulnerabilidad es la dinámica funcional, específicamente la baja permeabilidad y la comunicación deficiente. Las familias de los estudiantes en riesgo operan como sistemas cerrados o herméticos que, al impedir el ingreso de recursos externos

y fallar en la validación emocional interna, encapsulan el síntoma del estudiante. Esto evidencia que el riesgo suicida no es un fenómeno aislado del individuo, sino el resultado de un sistema familiar que ha perdido su capacidad homeostática para adaptarse a las crisis y buscar ayuda.

Finalmente, respondiendo a la pregunta de investigación global, el perfil de riesgo característico en los estudiantes de la ULEAM es multidimensional. Se define como un adulto joven que experimenta ideación suicida activa sin planificación letal inmediata, caracterizado individualmente por una baja regulación de impulsos y situado contextualmente en una familia con fronteras rígidas (baja permeabilidad). Esta tríada (Ideación Contenida + Impulsividad + Familia Hermética) constituye el núcleo del fenómeno, sugiriendo que el peligro no radica en la ausencia de familia, sino en la incapacidad del sistema familiar e individual para gestionar el malestar emocional de manera abierta y adaptativa.

Recomendaciones

Considerando los hallazgos obtenidos y las conclusiones expuestas, se proponen las siguientes líneas de acción dirigidas a la comunidad universitaria, al Departamento de Bienestar Estudiantil y a futuros investigadores:

1. Implementar programas de entrenamiento en regulación emocional y control de impulsos. Dado que la impulsividad fue identificada como el factor individual discriminante entre el grupo de riesgo y el grupo sin riesgo, se recomienda al Departamento de Bienestar Estudiantil trascender la atención psicológica tradicional y desarrollar talleres grupales enfocados en el desarrollo de habilidades cognitivo-conductuales. Estos espacios deben centrarse en técnicas de "parada de

pensamiento", tolerancia al malestar y resolución de problemas, con el objetivo de dotar al estudiante de herramientas prácticas que funcionen como "frenos" cognitivos ante la ideación suicida, evitando que el malestar emocional escale hacia una conducta impulsiva letal.

2. Desarrollar estrategias de psicoeducación familiar para "abrir" el sistema En respuesta al hallazgo de la baja permeabilidad y la comunicación deficiente en las familias de los estudiantes en riesgo, se sugiere la implementación de jornadas de orientación familiar o "Escuelas para Padres" universitarios. El enfoque de estas intervenciones no debe ser académico, sino relacional, sensibilizando a las familias sobre la importancia de flexibilizar los límites del hogar y validar las emociones de los hijos adultos jóvenes. Es crucial desestigmatizar la búsqueda de ayuda profesional externa, rompiendo el hermetismo familiar que actualmente encapsula el riesgo suicida del estudiante.
3. Establecer protocolos de tamizaje universal y no selectivo Considerando que la investigación demostró que las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) no predicen el riesgo, se recomienda abandonar la búsqueda de un "perfil visible" y adoptar un tamizaje universal. La universidad debe aplicar instrumentos de cribado (como el Inventario de Beck o escalas de desesperanza) de manera periódica a toda la población estudiantil, independientemente de su rendimiento académico o apariencia, para detectar la ideación pasiva oculta. Esto permitirá identificar a aquellos estudiantes que sufren en silencio antes de que la crisis se agudice.
4. Fomentar la investigación longitudinal y cualitativa Para futuras investigaciones, se sugiere complementar estos hallazgos cuantitativos con estudios de corte cualitativo

(entrevistas a profundidad o grupos focales). Sería valioso indagar por qué las familias mantienen una baja permeabilidad y cuáles son los detonantes específicos de la impulsividad en el contexto académico. Asimismo, se recomienda realizar estudios longitudinales que permitan evaluar si la ideación suicida contenida (baja intencionalidad) evoluciona hacia intentos activos a medida que el estudiante avanza en la carrera y aumenta la presión académica.

Bibliografía

- Acosta, N., Grijalva, D., & Ron, G. (2025). Highs, lows, and fault lines: The geography of suicide clusters in Ecuador. *Health & place*, *94*, 103458.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2025.103458>
- AEESME. (2021). *Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. Generalitat Valencia
https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2017/06/Plan-prevenci%C3%B3n-de-suicidio_WEB_CAS.pdf
- Amáu-Ríos, E., Jara-Chuquihuara, M., Tintaya-Pelaes, M., Velasquez-Huiza, M., Burgaléon, A., & Okumura-Clark, A. (2025). Regulación emocional y salud mental: El sobre-control y sub-control emocional como variables predictoras en universitarios peruano. *PsiqueMag*, *14*(2), 20-36. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v14i2.3591>
- Baños-Chaparro, J. (2022). Network analysis of passive and active suicidal ideation in adolescents. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, *9*(1), 71-79.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2024.11.1.8>
- Barreiro, J. (2025). *Caracterización epidemiológica de familias con comportamientos de riesgos suicida en Latinoamérica*. [Tesis de grado de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí] <https://repositorio.ulead.edu.ec/handle/123456789/9699>
- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Borja, E., & Ledesma, W. (2022). Estrés académico e ideación suicida en estudiantes universitarios. [Tesis de grado de la Universidad Nacional de Chimborazo]
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/10067>
- Cassinda, M., Angulo, L., Guerra, V., Louro, I., & Martínez, E. (2016). Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en

adultos angolanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4), 1-10.

Recuperado en 25 de enero de 2026, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400005&lng=es&tlng=es.

Castillo, D. (2025). Relación entre la impulsividad y el bienestar psicológico en jóvenes adultos ecuatorianos. [Tesis de Maestría de la Universidad Internacional SEK]

<https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/5748>

Castro, J., & Vargas, A. (2025). Procrastinación académica y riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Veritas & Research*, 7(1), 52-61.

<https://doi.org/10.63957/7125.052061>

Chango, E., Altamirano-Sánchez, C., Silva-Jiménez, V., & Llerena-Aguirre, L. (2025). El estrés académico en estudiantes universitarios. *RICEd: Revista De Investigación En Ciencias De La Educación*, 3(6), 54-62.

<https://doi.org/10.53877/q4yvvgq73>

Cueva, Y. (2022). Funcionalidad familiar e ideación suicida en estudiantes del Colegio de Bachillerato “La Tingue”, año lectivo 2022-2023. Universidad Nacional de Loja.

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/25304>

De La Cruz Valdiviano, C., Olivas Ugarte, L., Henostroza Mota, C., Del Rosario Pacherras, O., & Yslado Méndez, R. M. (2025). Funcionalidad familiar, depresión, violencia y su influencia sobre riesgo suicida en adultos peruanos. *Revista InveCom*, 6(3), 1–11.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17743990>

Denis-Rodríguez, E., Barradas Alarcón, M., Delgadillo-Castillo, R., Denis-Rodríguez, P., & Melo-Santiesteban, G. (2017). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis. *RIDE Revista Iberoamericana*

Para La Investigación Y El Desarrollo Educativo, 8(15), 387 - 418.

<https://doi.org/10.23913/ride.v8i15.304>

- Espinosa, K. (2025). Años de vida perdidos prematuramente (AVP) y su impacto económico debido al suicidio en Ecuador durante el periodo 2016-2023. *Metro Ciencia*, 33(2), 12–22. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol33/2/2025/12-22>
- Estrella-Proañó, A., Rivadeneira, M. F., Alvarado, J., Murtagh, M., Guijarro, S., Alomoto, L., & Cañarejo, G. (2024). Anxiety and depression in first-year university students: the role of family and social support. *Frontiers in psychology*, 15, 1462948. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1462948>
- Fonseca, E., Pérez-Albéniz, A., y Al-Halabí, S. (2022). Conducta suicida en adolescentes a revisión: creando esperanza a través de la acción. *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 173-184. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3000>
- Gavilanes, E., & Gaibor, I. (2023). Funcionamiento familiar y su relación con el Riesgo suicida en adolescentes: Family Functioning and Its Relationship to Suicidal Risk in Adolescents. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4(1), 807–818. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.297>
- Granieri, A., Casale, S., Sauta, M. D., & Franzoi, I. G. (2022). Suicidal Ideation among University Students: A Moderated Mediation Model Considering Attachment, Personality, and Sex. *International journal of environmental research and public health*, 19(10), 6167. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106167>
- Gvion, Y., Levi-Belz, Y., Hadlaczky, G., & Apter, A. (2015). On the role of impulsivity and decision-making in suicidal behavior. *World journal of psychiatry*, 5(3), 255–259. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i3.255>

- Jobes, D. (2023). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (3rd ed.). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2023-97182-000>
- Jobes, D., & Rizvi, S. (2024). The use of CAMS and DBT to effectively treat patients who are suicidal. *Frontiers in Psychiatry, 15*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1354430>
- Kohutova, V., Hricova, M., & Sucha, J. (2021). Emerging Adulthood – an Easy Time of Being? Meaning in Life and Satisfaction with Life in the Time of Emerging Adulthood. *Studia Psychologica, 63*(3) <https://doi.org/10.31577/sp.2021.03.829>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(2), 114–129.
<https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/3ST.pdf>
- Klonsky, E., Pachkowski, M., Shahnaz, A., & May, A. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive medicine, 152*(1), 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>
- León, G. (2024). Procrastinación académica y su relación con la ansiedad en estudiantes universitarios. [Tesis de grado de la Universidad Pontificia Católica del Ecuador] <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/45288>
- Louro, I. (2004). Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 20*(3).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400005
- Maldonado, M. (2025). *Factores de riesgo que influyen en la conducta suicida en adultos en Latinoamérica* [Proyecto de titulación para la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica, Universidad Católica de Cuenca].

<https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b245aa93-bb6c-4da7-b300-a48a3760ae7a/content>

Martinez, M., & Villar, D. (2025). Conductas Autolesivas con Riesgo Suicida en Estudiantes de Noveno Grado de la IE Antonia Santos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(4), 2746-2775.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.18906

Mendoza Hilario, A. G. (2025). Bienestar psicológico y autoestima en estudiantes universitarios. [Tesis de grado de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] <https://hdl.handle.net/20.500.13032/40982>

Mera, N. (2025). Caracterización de los factores de riesgo y protección de la salud mental de los estudiantes de la Carrera de SMCIC022 en la UIEAM 2024-2025. [Tesis de grado de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí]

<https://repositorio.ulead.edu.ec/handle/123456789/9700>

Ministerio de Educación del Ecuador. (2023). *Protocolo de Actuación frente a Situaciones de Suicidio e Intentos Autolíticos*. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/11/situaciones-de-suicidios.pdf>

Moreta-Herrera, R., Zambrano-Estrella, J., Sánchez-Vélez, H., & Naranjo-Vaca, S. (2021). Salud mental en universitarios del Ecuador: síntomas relevantes, diferencias por género y prevalencia de casos. *Pensamiento Psicológico*, 19(1), 1-12.

<https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI19.smue>

Ng, J., Siau, S., & Ooi, B. (2025). Examining suicidal ideation through the three-step theory: A focus on pain, hopelessness, and meaning in life in a Malaysian sample. *Counselling Psychology Quarterly*. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1080/09515070.2025.2576009>

- O'Connor, R., & Kirtley, O. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373(1754), 20170268.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Observatorio Ecuatoriano de Crimen Organizado [OEEO]. (2025). Boletín semestral de homicidios intencionales en Ecuador: Semestre 2025. *OEEO Publications*.
<https://oeeo.pdf.org/boletin-semestral-de-homicidios-intencionales-en-ecuador-semestre-2025/>
- OMS. (2018). *National suicide prevention strategies Progress, examples and indicators*. WHO. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9b9ea82a-b798-4c63-b90e-74bf8bdbf6b1/content>
- OMS. (2021). Vivir la vida (LIVE LIFE): Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. *PAHO* <https://doi.org/10.37774/9789275324240>.
- OMS. (2024). Suicidio. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pajares, G. (2024). *Funcionamiento familiar e ideación suicida en estudiantes ingresantes de una universidad pública de Lima, 2024*. [Tesis de grado de la Universidad Nacional Federico Villarreal]
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/10179>
- Palate, J., & Vásquez, F. (2023). Estrés percibido y riesgo suicida en estudiantes universitarios. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 4(2), 2180–2191. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.745>
- Peñarrieta, L., Pineda, J., Quintanilla, M., & Rodriguez, L. (2025). Estrés académico como factor de riesgo en la salud mental de estudiantes de Derecho en zonas

- altoandinas. *European Public & Social Innovation Review*, 10, 1–17.
<https://doi.org/10.31637/epsir-2025-1445>
- Pugliese, S. (2019). Vínculos familiares disfuncionales asociado al riesgo suicida en la adolescencia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 23(1), 17-27.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339666619004>
- Radio Pichincha. (2025, 31 de diciembre). Ecuador registró 363 suicidios en 2025 y más de 1.000 intentos. *Radio Pichincha*. <https://www.radiopichincha.com/ecuador-cierra-el-2025-con-355-suicidios-y-mas-de-mil-intentos/>
- Rangel, J., & Jurado, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: Una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39–48.
<https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Rueda, K., Guevara, J., Bermúdez, A., Valverde, G., & Román, K. (2025). Inseguridad e impacto psicosocial en la salud mental de los habitantes de Milagro. (2025). *Sinergia Académica*, 8(4), 748-762. <https://doi.org/10.51736/sa638>
- Salvo G., Florenzano, R., & Gómez., A. (2021). Initial assessment and management of the suicidal ideation and suicide attempts in primary care. *Revista médica de Chile*, 149(6), 913-919. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000400913>
- Sindeev, A., Arispe Alburqueque, C. M., & Villegas Escarate, J. N. (2020). Factores asociados al riesgo e intento suicida en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima. *Revista Médica Herediana*, 30(4), 232–241.
<https://doi.org/10.20453/rmh.v30i4.3658>
- Soto, A. (2023). *La conducta suicida y su relación con factores psicosociales vinculados a la salud mental en población juvenil chilena*. [Tesis de doctorado de la Universidad de Córdoba] <http://hdl.handle.net/10396/26136>

- Spangenberg, L., Glaesmer, H., Hallensleben, N., Schreiber, D., Forkmann, T., & Kaurin, A. (2025). Exploring Predictors of Passive Versus Active Suicidal Ideation. *Crisis*, 46(3), 142–148. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000999>
- Stanford Medicine. (2025). Youth Suicide: Risk Factors and Warning Signs. *Stanford Medicine Children's Health*.
<https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=youth-suicide-90-P02584>
- Suárez-Díaz, R. (2025). *La educación como proceso de construcción de identidad*. Editorial Académica.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2024). Suicide prevention strategies for underserved youth (Publication No. PEP24-06-005). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.
<https://www.iowacebh.org/wp-content/uploads/2024/12/suicide-prevention-youth-pep24-06-005.pdf>
- Vargas, A., Gallegos, C., & Moreno, K. (2024). Atrapados en el fuego cruzado: el impacto de la crisis de seguridad de Ecuador en la salud mental de adolescentes y adultos jóvenes. *Metro Ciencia*, 32(3), 8–14.
<https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol32/3/2024/8-14>
- Wastler, H., Bryan, A., & Bryan, J. (2022). Suicide attempts among adults denying active suicidal ideation: An examination of the relationship between suicidal thought content and suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*, 78(6), 1103–1117.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23268>
- Villamar-Oviedo, S. (2021). El comportamiento suicida: un enfoque neurocognitivo. *Revista Científica De Psicología NUNA YACHAY*, 4(7), 2–7.
<https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/nuna-yachay/article/view/376>

Yi-Jyun L., Hsiang-Chi T., Chin-Ting W., Wan-Chi W., Ling-Yi W., Yu-Chih S. (2025).

Difference in cognitive flexibility between passive and active suicidal ideation in patients with depression. *Journal of Neuropsychiatry*, 8(4)

<https://www.jneuropsychiatry.org/peer-review/difference-in-cognitive-flexibility-between-passive-and-active-suicidal-ideation-in-patients-with-depression-12644.html>

6.2. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1

| |
|--|
| 1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno |
| 2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte |
| 3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo |
| 4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte |
| 5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida |
| 6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, periodos pasajeros 1. Por amplios periodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo |
| 7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo |
| 8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación |
| 9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control |
| 10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos |
| 11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta |
| 12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados |
| 13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto |

| |
|--|
| 14. <i>Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</i> 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguros de su valor, capacidad |
| 15. <i>Expectativas/espera del intento actual</i> 0. No 1. Incierto 2. Sí |
| 16. <i>Preparación actual para el intento contemplado</i> 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.) |
| 17. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada |
| 18. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</i> 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales |
| 19. <i>Engaño/encubrimiento del intento contemplado</i> 0. Reveló las ideas abiertamente 1. Frenó lo que estaba expresando 2. Intentó engañar, ocultar, mentir |

6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

1

| |
|---|
| I. Circunstancias objetivas |
| 1. Aislamiento 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto |
| 2. Medición del tiempo 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable |
| 3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.) |
| 4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie |
| 5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro) 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales |
| 6. Preparación activa del intento 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante |
| 7. Nota suicida 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota |
| 8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas) 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas») |
| II. Autoinforme |
| 9. Propósito supuesto del intento 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas |
| 10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta |
| 11. Concepción de la letalidad del método 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal |
| 12. Seriedad del intento 0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida |

| |
|--|
| 13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i> 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir |
| 14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i> 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica |
| 15. <i>Grado de premeditación</i> 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento |
| III. Circunstancias subjetivas |
| 16. <i>Reacción frente al intento</i> 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento |
| 17. <i>Preconcepciones de la muerte</i> 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte |
| 18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i> 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más |
| 19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento |
| 20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento |



9.4. Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plántela de la forma que está entre paréntesis).

| | <i>Raramente o nunca (0)</i> | <i>Ocasionalmente (1)</i> | <i>A menudo (3)</i> | <i>Siempre o casi siempre (4)</i> |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| 1. Planifico mis tareas con cuidado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hago las cosas sin pensarlas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Planifico mis viajes con antelación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Soy una persona con autocontrol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ahorro con regularidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Pienso las cosas cuidadosamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Digo las cosas sin pensarlas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Actúo impulsivamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Visito al médico y al dentista con regularidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Compró cosas impulsivamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Yo termino lo que empiezo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Camino y me muevo con rapidez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Hablo rápido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Me interesa más el presente que el futuro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

No. De expediente _____ No. de miembros de la familia _____

Tipo de familia/estructura _____

Questionario de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

| Situaciones | Nunca casi nunca | Pocas veces | A veces | Muchas veces | Casi siempre |
|---|------------------|-------------|---------|--------------|--------------|
| 1. Se toman decisiones para cosas importante de la familia | | | | | |
| 2. En mi casa predomina la armonía | | | | | |
| 3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. | | | | | |
| 4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. | | | | | |
| 5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. | | | | | |
| 6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. | | | | | |
| 7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes. | | | | | |
| 8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. | | | | | |
| 9. Se distribuyen las tareas familiares de forma que nadie esté sobrecargado. | | | | | |
| 10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. | | | | | |
| 11. Podemos conversar diversos temas sin temor. | | | | | |
| 12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. | | | | | |
| 13. Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por el núcleo familiar. | | | | | |
| 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos | | | | | |

| Instrumentos de evaluación sociodemográfica | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------------|--|
| Información personal | | | | | | | |
| Código | | | | | | | |
| Fecha de aplicación | | | | | | | |
| Sexo | Masculino | | | Femenino | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | | | | |
| Lugar de Nacimiento | | | | | | | |
| Estado civil | Casado/a | Soltero/a | | Unión libre | Divorciado/a | | Viudo/a |
| Nacionalidad | Ecuatoriana | | Extranjera | | Otros: Especifique | | |
| Grupo Étnico | Mestizo | Afroamericano | | Indígena | Blanco | | |
| Creencias Religiosas | Si | | | No | | | |
| Escolaridad (nivel de educación alcanzado) | Primaria incompleta | Primaria completa | Secundaria incompleta | Secundaria completa | Superior incompleta | Superior completa | Postgrado |
| Actividad Académica / Laboral | Estudiante | Empleado Informal | Empleado informal | Desempleado | | Jubilado | |
| Ocupación actual | | | | | | | |
| Fecha de Inicio de la actividad | | | | | | | |
| Tipo de contrato | Contrato temporal u ocasional | Nombramiento provisional | | Nombramiento definitivo | | Sin contrato o nombramiento | |
| Forma de trabajo | Presencial | | Alternancia | | Teletrabajo | | Desplazamiento |
| Tiempo de trabajo Promedio de ingreso mensual | 8 horas | 10 horas | 12 horas | | 15 horas | Otro (colocar cuantas) | |
| Número de personas con las que vive en el hogar | Información familiar | | | | | | |
| | Total | | Menores | | Adultos > 65 | | Personas con discapacidad física/intelectual |

Comentado [AV1]: Considerar Ecuatoriana, y Extranjera, en caso de extranjera, especifique.

Comentado [AV2]: Multirrespuesta

Comentado [AV3]: Se refiere a la relación familiar?

Comentado [AV4R3]: No necesariamente vinculos sanguíneos. Debe coincidir con el total.

Relación con las Personas con las que vive

Familiares (vinculo sanguíneo):

Otras personas, especifique:

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|---|------------------|---|-------------------------------|--|--------------|---|---------------|--------------------------------------|--------|
| Número de hijos | | | | | | | | | | | | |
| Edades de los hijos | | | | | | | | | | | | |
| Apoyo emocional de las personas cercanas en su vida | Sí | | | | | | No | | | | | |
| Personas más importantes en su círculo cercano | Familiares | | Amigos | | Pareja | | Compañeros de Trabajo | | Compañeros académicos | | | |
| Conflictos con personas cercanas en su vida | Sí | | | | | | No | | | | | |
| Principales conflictos | Ámbito familiar | | | Ámbito laboral | | | Ámbito educativo | | | Ámbito social | | |
| Familiares con condición de discapacidad | Si | | no | | Tipo: | | | | | | | |
| Información sobre el estado de salud | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedades conocidas | Ninguna | Mentales | | Crónicas médicas | | Dolor crónico e Incapacitante | | Neurológicas | | Terminales | | Otros: |
| Inicio de la enfermedad físico/mental | Menor 6 meses | 6 meses y 1 año | 1 a 5 años | | 6 a 10 años | | 11 a 20 años | | Más de 20 años | | No conoce / responde | |
| Tiempo de Diagnóstico de enfermedad | Menor 6 meses | 6 meses y 1 año | 1 a 5 años | | 6 a 10 años | | 11 a 20 años | | Más de 20 años | | No conoce / responde | |
| Tiempo del inicio tratamiento | Sin tratar | Menor 6 meses | 6 meses y 1 año | | 1 a 5 años | | 6 a 10 años | | 11 a 20 años | | Más de 20 años | |
| Medicamentos que ingiere | Si: Cuales | | | | | | No / Ninguno | | | | | |
| Cuenta con seguro de salud | Ninguno | | Público / IESS | | | | Otro: Especifique | | | | | |
| Diagnóstico de Covid-19 | Diagnostico positivo de Covid-19 | | | | | | Diagnostico negativo de Covid-19 | | | | | |
| Eventos adversos relacionados con la pandemia por COVID-19 | Miembro del núcleo familiar disminuyó sus ingresos | | Miembro del núcleo familiar perdió su trabajo | | Miembro del núcleo familiar se ha enfermado de COVID-19 | | Miembro del núcleo familiar fue puesto en cuarentena | | Miembro del núcleo familiar fue hospitalizado | | Miembro del núcleo familiar falleció | |
| | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no | si | no |

Comentado [AV5]: Multirrespuesta

Comentado [AV6]: Muy ambigua.

Comentado [AV7R6]: Definir en el manual de procesos, qué tipo de conflictos.

Comentado [AV8R6]: Dividir por tipología del conflicto. Considerar no solo ambientes del círculo cercano.

Comentado [AV9]: Conflictos manual de evaluador

Comentado [AV10R9]: Principales ámbitos de tensión

Comentado [AV11]: ¿Qué tipo de enfermedades? Crónicas, degenerativas, etc.

Comentado [AV12]: Respuesta de no existencia.

Comentado [AV13]: Discretizar por categorías

Comentado [AV14R13]: Relacionadas a enfermedades

Comentado [AV15]: Discretizarla (Público (IESS), Privado, Sin seguro)

Información adicional

| | | | | | | | | |
|---|-------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|----------|--|
| Migración | Sí | | No | | Actual | | Pasada | |
| Tiempo de migración | Menor 6 meses | 6 meses y 1 año | 1 a 5 años | 6 a 10 años | 11 a 20 años | Más de 20 años | | |
| Tipo de Migración | Migración laboral | Migración por estudios | Migración ambiental | Migración forzada | Migración voluntaria | Migración interna | | |
| Víctima de malos tratos, abusos en su país/ciudad de origen | Sí | | No | | No aplica | | | |
| Víctima de malos tratos, abusos en el país/ciudad receptora | Sí | | No | | No aplica | | | |
| Ayuda económica | Sí | | No | | Bono | | | |
| Tipo de vivienda | Propia adquirida | Alquilada | | Cedida | Propia heredada | | Familiar | |
| Sector de vivienda | Sector urbano | | | | Sector rural | | | |
| Tiempo de residencia en el lugar | 0-10 años | 11-20 años | 21-30 años | 31-40 años | 41-50 años | 51 años a mas | | |
| Servicios básicos de vivienda | Ninguno | Acceso al agua | Servicio de alcantarillado | Servicio de electricidad | Gas domiciliario | Medios de comunicación | | |
| Hobbies e intereses personales | | | | | | | | |
| ¿Cuál es su consumo actual de bebidas alcohólicas? | Nunca | Solo en eventos sociales | Al menos Una vez al mes | 1-2 veces por semana | 3-5 veces por semana | Todos los días | | |
| ¿En la actualidad usted fuma? | Nunca | Solo en eventos sociales | Al menos Una vez al mes | 1-2 veces por semana | 3-5 veces por semana | Todos los días | | |

Comentado [AV16]: Actual o pasada?

Comentado [AV17R16]: Tiempo de migración, etapa de la vida

Comentado [AV18]: Colocar NO APLICA

Comentado [AV19]: Multirrespuesta

Comentado [LC20R19]: Registro en el manual