



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Modalidad Proyecto de Investigación**

**TEMA:**

“Caracterización de los factores de protección del comportamiento suicida en  
estudiantes universitarios en Uleam 2025”

**Estudiante:**

Carlos Aníbal Zavala Fienco

**Tutor:**

Psi Carolina Caicedo Guale

Manta 2025 (2)

**CERTIFICADO DE AUTORIA**

Quien suscribe, **CARLOS ANÍBAL ZAVALA FIENCO**, Declaro libre y voluntariamente que el presente tema de investigación: “**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN ULEAM 2025**”, es original, autentico y personal, cediendo mis derechos de propiedad intelectual a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, correspondientes a este trabajo


Atentamente,



**CARLOS ANÍBAL ZAVALA FIENCO**

**C.I:** 131405033-5

## CERTIFICADO DE TUTOR

|   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
|  | <b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b><br>CERTIFICADO DE TUTOR(A).   | <b>CÓDIGO:</b> PAT-04-F-010         |
|   | <b>PROCEDIMIENTO:</b> TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO<br>BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR | <b>REVISIÓN:</b> 1<br>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: **Carlos Anibal Zavala Fienco**, 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 protección del comportamiento suicida en estudiantes universitarios en Uleam 2025".

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. Lilliana Carolina Caicedo Guale.**  
**Docente Tutora**  
**Área: Ciencias de la Salud**

## **DEDICATORIA**

Le dedico este logro en primer lugar a Dios, por brindarme las fortalezas y sabiduría para concluir con tan noble trabajo.

Dedico este trabajo a mis madrecitas; Mechita, Juanita y Verito, quienes me brindaron su apoyo y cariño incondicionalmente desde el primer día y sin su guía no sería este noble ser humano; las amo.

Dedico este trabajo a mis padres y tutores, Javier y Víctor (+) quienes me acompañaron en este proceso y me inculcaron seguir adelante; los amo.

A toda persona que lucha en silencio por su salud mental.

A los que encuentran fuerzas donde parece no haber más.

Que este estudio contribuya, aunque sea un poco, a su bienestar.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero empezar agradeciendo a Dios quien bajo su manto me brindo la fortaleza y la esperanza de continuar y enfrentar cada desafío en el camino.

Agradezco a nuestros docentes, y especialmente a mi tutora académica la Psi Cli. Carolina Caicedo, quienes nos guiaron y facilitaron no solo sus conocimientos y experiencias profesionales sino por ser mentores dedicados y apasionados que nos dejan huella no solo como en nuestro futuro profesionales sino también para nuestra vida personal.

Agradezco infinitamente a mi familia, quienes me apoyaron a lo largo de mi formación profesional y ser el pilar que siempre me brindaron claridad y refugio en momentos llenos de desafíos, permitiéndome continuar en mi proceso.

Quiero extender mis agradecimientos a todo el equipo de Vinculación, que incondicional y desinteresadamente nos apoyaron en el desarrollo de esta investigación. Chicos/as gracias, mil gracias, más que un grupo de trabajo siempre fuimos un equipo; pero sobre todo amigos/as.

Finalmente agradezco a mi Alma Mater, que me acogió y me brindo el espacio y la oportunidad de formarme como un profesional en psicología.

Eternamente agradecido.

## ÍNDICE

### Contenido

|   |       |
|---|-------|
| CERTIFICADO DE AUTORIA .....                  | 2     |
| CERTIFICADO DE TUTOR .....                    | 3     |
| DEDICATORIA .....                             | 4     |
| AGRADECIMIENTOS .....                         | 5     |
| Resumen .....                                 | IV    |
| Introducción .....                            | V     |
| Justificación .....                           | VII   |
| Objetivo general .....                        | VIII  |
| Objetivos Específicos .....                   | VIII  |
| Problema de Investigación .....               | VIII  |
| CAPITULO I: MARCO TEÓRICO .....               | IX    |
| Suicidio .....                                | IX    |
| Teoría Cognitiva de Aaron Beck .....          | X     |
| Comportamiento Suicida. ....                  | XI    |
| Ideación suicida .....                        | XII   |
| Planeación suicida .....                      | XIV   |
| Intento Suicida .....                         | XV    |
| Factores de Protección .....                  | XVI   |
| Factores de protección Individuales .....     | XVII  |
| Factores de protección ante el suicidio ..... | XVIII |
| Factores sociodemográficos .....              | XIX   |
| Edad .....                                    | XIX   |
| Sexo .....                                    | XX    |
| Estado Civil .....                            | XXI   |
| Flexibilidad cognitiva .....                  | XXI   |
| Definición de Familia .....                   | XXII  |
| Factores de Protección familiares. ....       | XXIII |
| Funcionalidad familiar .....                  | XXIII |
| Familia Disfuncional .....                    | XXIV  |
| Familia Funcional .....                       | XXIV  |
| Cohesión .....                                | XXV   |
| Armonía .....                                 | XXV   |

|   |         |
|---|---------|
| Comunicación familiar .....   | XXVI    |
| Roles .....   | XXVII   |
| Permeabilidad .....   | XXVII   |
| Adaptabilidad Familiar .....  | XXVIII  |
| Afectividad .....   | XXVIII  |
| Tipos de familia .....  | XXIX    |
| Familia Nuclear .....   | XXIX    |
| Familia Extendida.....  | XXIX    |
| Familia Reconstituida .....   | XXIX    |
| Familia Monoparental .....  | XXIX    |
| Capítulo II: Metodología .....  | XXX     |
| Diseño de la investigación. ....  | XXX     |
| Población .....   | XXX     |
| Muestra .....   | XXXI    |
| Criterios de Inclusión.....   | XXXI    |
| Criterios de exclusión. ....  | XXXI    |
| Procedimiento .....   | XXXII   |
| Primera etapa: .....  | XXXII   |
| Segunda etapa: .....  | XXXII   |
| Tercera etapa: .....  | XXXII   |
| Cuarta etapa: .....   | XXXII   |
| Quinta etapa: .....   | XXXIII  |
| Definición de variables .....   | XXXIV   |
| Métodos, técnicas e instrumentos utilizados.....                        | XXXV    |
| Instrumentos de recolección de datos .....                              | XXXVI   |
| • Ficha Sociodemográfica .....  | XXXVI   |
| • Escala de Ideación Suicida (SSI - Scale for Suicide Ideation):.....   | XXXVI   |
| • Trail Making Test TMT .....   | XXXVII  |
| • El Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL .....               | XXXVIII |
| Descripción de los métodos estadísticos y tratamiento de los datos..... | XXXIX   |
| Validez de la Investigación.....  | XL      |
| Manejo de Datos .....   | XL      |
| Consideraciones Éticas .....  | XLI     |
| CAPITULO III: RESULTADOS .....  | XLI     |
| Discusión .....   | LV      |

|                       |      |
|-----------------------|------|
| Conclusiones.....     | LX   |
| Recomendaciones ..... | LXII |
| BIBLIOGRAFÍA.....     | 64   |

### Índice de tablas

|  |       |
|--|-------|
| Tabla 1 Distribución de los participantes con riesgo y sin riesgo suicida.....   | XLII  |
| Tabla 2 Distribución de los puntajes obtenido en la prueba SSI en la dimensión cognitiva de la ideación suicida en el grupo sin riesgo. ....       | XLIII |
| Tabla 3 Distribución de los participantes por factores socio demográficos. ....  | XLV   |
| Tabla 4 Distribución de los participantes sin comportamiento y con comportamiento suicida por percentiles en flexibilidad cognitiva .....          | XLIX  |
| Tabla 5 Distribución de los participantes sin comportamiento suicida según su tipo familiar .....  | LI    |
| Tabla 6 Distribución de los participantes sin riesgo de acuerdo a su funcionalidad familiar .....  | LII   |
| Tabla 7 Distribución de los participantes de acuerdo a las dimensiones de los factores familiares en participantes sin comportamiento suicida..... | LIV   |

## **Resumen**

En la actualidad, el suicidio es una problemática de salud pública que en las últimas décadas ha incrementado y siendo la población adulta joven un grupo etario de riesgo es necesario identificar los factores, individuales y familiares, que protegen y reducen la posibilidad de presentar comportamiento suicida. El objetivo es Caracterizar factores de protección del comportamiento Suicida en Estudiantes de la Uleam. Esta investigación es de tipo transversal, descriptiva, exploratoria con enfoque cuantitativo, con una población de 2300 estudiantes, de los cuales se obtuvo una muestra 193 evaluados pertenecientes a la Facultad Ciencias Administrativas, Contables y Comercio, donde se encontró que 137 participantes no presentaban comportamiento suicida. Los instrumentos psicológicos empleados en la investigación fueron: Ficha

Sociodemográfica, Escala de Ideación Suicida (SSI - Scale for Suicide Ideation), Trail Making Test (TMT), y Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL. En la población evaluada se identificó que la presencia de una flexibilidad cognitiva dentro del rango normativo, edad alrededor de los 21 años y un entorno familiar caracterizado por estructuras nucleares o extendidas con elevada funcionalidad, actuaron como factores protectores frente al comportamiento suicida.

**Palabras claves:** Factores de protección, Comportamiento Suicida, Factores Individuales, Funcionalidad Familiar

## **Introducción**

El comportamiento suicida y, sobre todo, el suicidio son una problemática de Salud pública que se ha visto en ascenso en las últimas décadas en diversos países del Mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2021, se consumaron en el mundo más de 720 000 suicidios y, además, es la tercera causa de defunción entre jóvenes de 15 a 29 años (OMS, 2025).

De igual manera, la Organización mundial de la salud menciona datos que son alarmantes referentes al comportamiento suicida, donde por cada suicidio consumado existen alrededor de 20 casos de intentos infructuosos, por lo cual a nivel mundial cada año hay una aproximación de 1'400 000 casos de intentos autolíticos cada año (OPS, 2022).

En Manabí, con datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública, se evidenció un porcentaje de 9,9% de suicidios por cada 100.000 habitantes, que, si bien fue uno de los porcentajes más bajos en comparación a otras provincias, en los últimos años ha tendido al alza (Ministerio de Salud Pública, 2021).

En el contexto universitario, esta problemática adquiere particular relevancia, ya que los estudiantes enfrentan una convergencia de factores de riesgo asociados a esta etapa vital, como presión académica, transiciones identitarias, dificultades económicas y aislamiento social lo que puede incrementar el riesgo del comportamiento suicida.

A esto se suma que, si bien Manabí registra tasas de suicidio relativamente bajas, el crecimiento progresivo de casos junto con la falta de estrategias preventivas focalizadas en entornos universitarios demanda una caracterización adecuada de los elementos protectores en la población estudiantil de la ULEAM que reducen el riesgo y la probabilidad de presentarse el comportamiento suicida.

El presente proyecto de investigación se estructuró en tres capítulos que abordaron de manera articulada el fenómeno estudiado. En el Capítulo I, correspondiente al marco teórico, se desarrollaron los fundamentos conceptuales que sustentaron la investigación. El Capítulo II describió la metodología empleada, correspondiente a un diseño cuantitativo, transversal y descriptivo donde la muestra estuvo conformada por 193 estudiantes de la Facultad de Ciencias Administrativas de la ULEAM, quienes fueron evaluados mediante una ficha sociodemográfica, la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), el Trail Making Test (TMT) y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL. Finalmente, el Capítulo III presentó los resultados obtenidos, organizados en función de los objetivos específicos. Se describió el perfil sociodemográfico de los participantes, los niveles de flexibilidad cognitiva en ambos

grupos y, de manera central, las características del funcionamiento familiar en el grupo sin riesgo

### **Justificación**

El presente estudio se justificó en tres dimensiones fundamentales: global, regional y local, alineándose con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030, específicamente con la meta 3.4, que buscaba reducir en un tercio las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles mediante la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio. A nivel científico, esta investigación pretendió aportar evidencia empírica sobre los factores de protección individuales y familiares asociados al comportamiento suicida, enriqueciendo el conocimiento existente sobre variables psicosociales que mitigan este fenómeno en contextos universitarios (ONU, 2025).

En el ámbito regional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado la prevención del suicidio como una prioridad en entornos educativos, donde convergen factores estresantes únicos (OMS, 2025). América Latina ha enfrentado desafíos críticos, como altas tasas de suicidio juvenil, la escasez de programas preventivos culturalmente adaptados y la desconexión entre las políticas públicas y las realidades universitarias. Este estudio pretendía dimensionar la problemática en la población estudiantil, identificando mecanismos protectores que reduzcan el riesgo suicida, tales como la cohesión familiar, la resiliencia individual y el apoyo institucional.

A nivel local, e institucional la investigación buscó proporcionar a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM) datos contextualizados sobre los factores protectores asociados a la ausencia del comportamiento suicida de sus estudiantes. Los resultados obtenidos no solo contribuyen al diseño de intervenciones

basadas en evidencia para fortalecer la salud mental universitaria, sino que también podrían orientar a la creación de políticas institucionales preventivas, alineadas con las directrices internacionales. Además, al visibilizar los factores protectores, este trabajo ayudaría a reducir el estigma asociado a la salud mental y fomentaría una cultura de bienestar y acompañamiento en la comunidad universitaria.

La difusión de estos hallazgos favorecería una cultura institucional de acompañamiento y cuidado mutuo, alineada con los lineamientos de la OMS (2025) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. De este modo, la ULEAM cuenta ahora con un diagnóstico situacional que le permite avanzar hacia políticas preventivas sostenibles y culturalmente pertinentes.

### **Objetivo general**

Caracterizar Factores de protección del comportamiento Suicida en Estudiantes de la Uleam.

### **Objetivos Específicos**

- Explorar el perfil de riesgo de comportamiento suicida en estudiantes de la Facultad Ciencias Administrativas, Contables y Comercio, de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
- Identificar los factores individuales de protección presente en los sujetos de estudio.
- Describir los factores de protección familiares presentes en la población de estudio.

### **Problema de Investigación**

¿Qué factores de protección a nivel individual y familiar del comportamiento suicida están presentes en una muestra de estudiantes universitarios de la ULEAM?

## CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

### Suicidio

El término “suicidio” tiene su origen etimológico en el latín, donde “sui” significa “sí mismo” y “caedere” se traduce como “matar”, por lo cual, la palabra “suicidio” se comprende como “un acto de autodestrucción voluntaria”. Este origen etimológico brinda una comprensión básica de la naturaleza del suicidio, como un acto en el cual una persona decide, de forma voluntaria, acabar con su vida (Córdova Osnaya et al., 2007).

Esta definición primaria, aunque elemental, introduce un elemento crucial: la voluntariedad. No se trata de un accidente o de un acto inconsciente, sino de una decisión, lo que plantea interrogantes fundamentales sobre los procesos psicológicos y contextuales que llevan a una persona a optar por la muerte como salida.

Esta noción de intencionalidad es recogida y refinada con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual refiere que el suicidio se describe como un acto intencional y fatal en el que una persona inicia y lleva a cabo con conocimiento o expectativa de un resultado letal, con el propósito de lograr cambios deseados. Esta definición introduce dos matices de gran relevancia para la investigación en factores protectores. El primero es la expectativa de resultado letal, que distingue al suicidio consumado de otras conductas autolesivas sin intención mortal. El segundo es la búsqueda de cambios deseados, lo que sugiere que, en la mente de quien lo comete, el suicidio no es un fin en sí mismo, sino un medio, trágicamente equivocado, para escapar de un sufrimiento percibido como insoportable o para resolver una situación vital conflictiva (OMS, 2022).

Una de las posturas más contemporáneas que hablan del suicidio la brindan ofrecen Crosby, Ortega, Melanson (2011, como se citó en Rangel Villafaña y Jurado Cárdenas, 2022), quienes manifiestan que el suicidio es fallecimiento derivado de un comportamiento autolesivo dañino, donde el individuo tenía la intención de poner fin a su vida como resultado de esa acción (Citado en Rangel Villafaña & Jurado Cárdenas, 2022).

Las tres aproximaciones conceptuales expuestas —etimológica, clínica y operativa— no son excluyentes, sino que se complementan para ofrecer una comprensión multidimensional del suicidio. De su integración se desprende que el fenómeno debe ser entendido como un proceso más que como un evento aislado, un proceso en el que convergen la voluntad consciente, la percepción de falta de alternativas, la conducta autodirigida y un desenlace evitable.

### **Teoría Cognitiva de Aaron Beck**

Una teoría que explica este fenómeno comportamental es la que plantea Aaron Beck con su Teoría cognitiva, mencionando que el suicidio forma parte de un contexto más amplio de la depresión.

Según propone Beck, (1979 como se citó en Ortega, 2018), los individuos crean categorías mentales que se adecuan a sus experiencias. A partir de dichas categorías las personas son capaces de percibir, estructurar e interpretar la realidad donde la depresión es una respuesta a categorías mentales distorsionadas que conlleva a la conducta suicida como producto de una imagen mental distorsionada de la realidad.

Según postula el autor, los individuos desarrollan, a lo largo de su historia, categorías mentales o esquemas cognitivos que les permiten percibir, estructurar e interpretar la realidad. Estos esquemas, cuando son funcionales, facilitan una adaptación

adecuada al entorno. Sin embargo, en personas vulnerables a la depresión, estos esquemas se tornan rígidos y negativamente distorsionados

Además, Beck refiere que los individuos con comportamientos y tendencias suicidas presentan creencias disfuncionales y pensamientos negativos que generan distorsiones cognitivas. Dichos pensamientos y creencias están vinculados con el intento de suicidio, es decir, todo acto auto dañino consciente y dirigido a la autodestrucción, donde el resultado inmediato de estas distorsiones son los pensamientos que orientan el comportamiento suicida. De hecho, como parte de esta teoría una prueba psicológica derivadas es la “Escala de Ideación Suicida”, que tiene como finalidad evaluar y cuantificar el nivel de riesgo de los pensamientos y actos suicidas (Ortega, 2018).

De tal manera, según plantea Beck la conducta suicida emerge, desde esta perspectiva, como una consecuencia de dichas distorsiones cognitivas, donde pueden ser modulados por recursos individuales y contextuales. Lo que implica relevante comprender su incidencia y su capacidad de crear nuevas y pertinentes adaptaciones de los esquemas mentales para incidir como factores de protección ante el comportamiento suicida.

### **Comportamiento Suicida.**

El comportamiento suicida no constituye un evento aislado ni repentino, sino que debe ser comprendido como un proceso dinámico y gradual que abarca un amplio espectro de pensamientos, deseos y conductas orientados a la autodestrucción (Ansean, Fonseca, Gabilondo 2024). El comportamiento suicida se considera un proceso que se desarrolla gradualmente y puede expresarse de diversas maneras, incluso en diferentes etapas del ciclo vital. Las manifestaciones de este proceso pueden incluir desde

expresiones vagas del deseo de morir y la aparición de imágenes recurrentes relacionadas con la muerte, hasta la planificación estructurada del acto y, finalmente, el intento consumado.

Este concepto presenta dimensiones que no siguen un orden cronológico o una secuencia rígida. No obstante, los actos suicidas se distinguen por tres momentos fundamentales: el deseo de morir, la representación suicida y la idea suicida. Estas manifestaciones son etapas significativas en el proceso del comportamiento suicida y pueden variar en intensidad y manifestación en cada individuo (González, et al., 1998, p.436. cómo se citó en Andrade Salazar, 2012).

Es importante destacar, como señalan los autores, que estas dimensiones no siguen una secuencia lineal ni cronológicamente rígida ya que un individuo puede experimentar ideas suicidas sin haber pasado por un deseo explícito de morir, o transitar de la representación a la ideación de forma recurrente. Esta variabilidad interindividual subraya la complejidad del fenómeno y la necesidad de abordajes evaluativos sensibles a sus múltiples expresiones.

### **Ideación suicida**

La ideación suicida constituye el primer eslabón cognitivo en el continuo del comportamiento suicida y, por su carácter de precursor inmediato del acto, representa uno de los fenómenos más estudiados en la investigación preventiva.

La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas relacionadas a morir. La ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados (Beck, Kovacs y Weissman, 1979). En su formulación original,

advirtieron que la ideación suicida no es una construcción unitaria, sino un constructo multidimensional que engloba actitudes, planes y conductas relacionadas con la muerte, los cuales, aunque interrelacionados, pueden presentarse con distintos patrones y niveles de intensidad.

Desarrollos posteriores han precisado esta multidimensionalidad identificando distintos tipos de ideación en función de su especificidad y planificación. Barrero (2006) distingue entre la idea suicida sin método específico, como un deseo vago de morir sin que medie una representación concreta del cómo. Propone también la idea suicida con método inespecífico e indeterminado, donde se contempla la posibilidad de morir, pero sin un plan definido. Y este autor también plantea la idea suicida con método específico no planificado, en la que el sujeto ha imaginado un método concreto, aunque no ha elaborado un plan de ejecución.

Esta gradación resulta de especial relevancia clínica, pues indica que la ideación puede variar no solo en intensidad, sino también en su potencial letalidad, dependiendo del grado de concreción que alcance.

Autores contemporáneos han enriquecido esta comprensión al situar la ideación en un espectro continuo de intensidad y gravedad. Se plantea además que la ideación suicida se refiere al deseo, pensamiento o plan relacionado con el acto de suicidarse, así como a las cogniciones centradas en imágenes de pérdida de sentido de la vida o autodestructivas. Asimismo, la ideación suicida se refiere a la tendencia persistente de contemplar la posibilidad de poner fin a la propia vida, la cual puede variar en su intensidad y gravedad, desde pensamientos pasivos sobre no querer seguir viviendo, hasta considerar activamente diferentes opciones para llevar a cabo el acto o incluso imaginar escenarios detallados; la ideación suicida es un factor de riesgo altamente relevante asociado al suicidio (McHugh et al., 2019).

La ideación existe en un espectro de intensidad, comenzando con el deseo general de morir (ideación pasiva, sin plan ni intención) y progresando hacia la ideación suicida activa, la cual implica un plan detallado y una intención determinada de actuar. La ideación es un factor de riesgo significativo para futuros intentos de suicidio y muertes por suicidio (Hamer, Lee y Rizvi, 2024)

### **Planeación suicida**

La planeación suicida constituye un momento crítico en el continuo del comportamiento suicida, pues representa la transición desde la ideación, incluso la activa, hacia la concreción del acto. Tal como lo señala Barrero (2006), la planeación se caracteriza por incluir pensamientos estructurados con método y momento definido para realizar el acto diferenciándose de la ideación pasiva. El individuo tiene presente el deseo de suicidarse, de tal manera que en su discurso sustenta los motivos de la decisión por los que decide morir, por lo que ha elegido un espacio o lugar, la situación en el tiempo para no ser descubierto, un método de ejecución, generalmente, mortal.

La planeación suicida se diferencia particularmente de la ideación pasiva, donde el sujeto puede albergar pensamientos de muerte sin una intención clara de actuar, o de la ideación activa sin plan, donde existe la intención pero no la concreción logística, la planeación implica ya una organización cognitiva y conductual orientada a la autodestrucción.

Barrero (2006) precisa que en este estadio el individuo no solo ha resuelto el "qué", en este caso suicidarse, sino también el "cómo", el "dónde" y el "cuándo". El método de ejecución elegido suele ser letal, y la elección del lugar y momento responde a menudo al deseo de no ser descubierto o interrumpido.

### **Intento Suicida**

El intento suicida de acuerdo con Casullo (2005) menciona que es aquel tipo de conductas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. También se lo conoce como Parasuicidio, es cual es comprendido como el acto que no resultó en la muerte pero que un individuo deliberadamente se hace daño a sí mismo (Barrero, 2006).

La tendencia actual en la literatura especializada es preferir el término "intento suicida" cuando existe evidencia, explícita o implícita, de intención de morir, reservando otras categorías para conductas autolesivas no suicidas. Esta distinción es crucial, pues la presencia de intencionalidad letal modifica sustancialmente el pronóstico y las necesidades de intervención.

Un dato epidemiológico que contextualiza la gravedad del fenómeno es proporcionado por La Organización Panamericana de la Salud (2024) la cual menciona que el 91% de los métodos para cometer el suicidio se encuentran métodos tales como la asfixia, el envenenamiento utilizando plaguicidas o productos de origen químico, intoxicación por ingesta de alcohol y/u otras drogas. Si bien esta cifra se refiere específicamente a suicidios consumados, resulta relevante para la comprensión del intento, pues los métodos empleados en los intentos suelen coincidir con aquellos utilizados en los suicidios consumados.

Se comprende además al intento suicida como aquel comportamiento autoinfligido, no fatal, con evidencia, explícita o implícita, de intención de morir el cual puede manifestarse a distintos niveles de letalidad (Sarkhel et al., 2023).

De tal manera, el intento suicida constituye, junto con la ideación y la planeación, uno de los momentos centrales en el continuo del comportamiento suicida,

y su estudio resulta de particular relevancia por ser el antecedente inmediato más potente del suicidio consumado.

### **Factores de Protección**

El concepto de factores de protección constituye el eje vertebrador de la presente investigación, por lo que su delimitación conceptual requiere especial cuidado. En términos generales, los factores de protección pueden ser definidos como aquellas circunstancias, condiciones o situaciones que, al operar en el entorno del individuo o en sus recursos personales, facilitan su desarrollo saludable y reducen la probabilidad de aparición de problemas de salud o conductas de riesgo (Archondo y Rodríguez, 2023).

Los factores de protección son aquellos elementos que pertenecen al ambiente individual que reducen la posibilidad que se desarrolle un problema en particular y son vitales para comprender como ayudar a los individuos a cambiar conductas y prevenir problemas de salud (Holt, 2025).

Ambas definiciones coinciden en un aspecto fundamental: los factores protectores no operan simplemente como "ausencia de riesgo", sino como recursos activos que promueven el bienestar y la resiliencia.

En el caso de Burak (2001) destaca un grupo de factores protectores de amplio espectro, los cuales no se limitan a prevenir un daño específico, sino que reducen la probabilidad de múltiples conductas de riesgo y promueven un desarrollo saludable general. Entre los cuales se consideran la presencia de una familia contenedora con buena comunicación interpersonal; una alta autoestima; un proyecto de vida elaborado y fuertemente internalizado; la permanencia en el sistema educativo formal un alto nivel de resiliencia.

La propuesta de Burak (2001) resulta de particular pertinencia para esta investigación por dos razones. En primer lugar, porque varios de los factores que señala coinciden directamente con las variables evaluadas en este estudio como lo es la familia contenedora con buena comunicación interpersonal y la resiliencia y la capacidad de proyecto de vida se relacionan con la flexibilidad cognitiva.

### **Factores de protección Individuales**

Los factores de protección individuales constituyen aquellos recursos personales cognitivos, emocionales, conductuales y espirituales que, al operar como parte del repertorio del sujeto, disminuyen su vulnerabilidad frente al desarrollo de psicopatología y conductas de riesgo, entre ellas el comportamiento suicida.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) ha sistematizado estos factores en varias categorías interrelacionadas. En primer lugar, las sólidas relaciones personales, entendidas no como meros contactos sociales, sino como vínculos significativos caracterizados por la confianza y el apoyo mutuo, que proporcionan un sentido de pertenencia y una red de contención emocional que amortigua el impacto de las adversidades. En segundo lugar, las prácticas de bienestar positivas como el ejercicio físico, alimentación saludable, sueño adecuado, actividades recreativas, las cuales contribuyen a la regulación emocional y al mantenimiento de un equilibrio psicofísico que dificulta la instalación de estados depresivos o ansiosos. En tercer lugar, las estrategias de afrontamiento, comprendidas como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar situaciones estresantes, que determinan en gran medida la capacidad del individuo para resolver problemas sin recurrir a soluciones extremas. Finalmente, la presencia de creencias religiosas o espirituales puede ofrecer un marco de sentido que ayude a resignificar el sufrimiento y a mantener la esperanza incluso en circunstancias adversas (OPS, 2022).

Un lugar destacado dentro de los factores protectores individuales ocupa los elementos cognitivos, particularmente la flexibilidad cognitiva. Este constructo, definido como la capacidad para adaptar el pensamiento y la conducta ante situaciones novedosas o cambiantes, así como para generar, evaluar e implementar diversas alternativas al planear y ejecutar acciones (Romero et al., 2022)

### **Factores de protección ante el suicidio**

La literatura especializada ha identificado un conjunto de factores protectores que, operando en distintos niveles del entorno individual, familiar y social, mitigan significativamente la vulnerabilidad frente al comportamiento suicida, particularmente en poblaciones jóvenes.

Estos elementos operan en distintos niveles del entorno individual y social. A nivel individual, se destacan el desarrollo de una adecuada autoestima, un autoconcepto positivo y la flexibilidad cognitiva, recursos psicológicos que favorecen la adaptación y resiliencia ante la adversidad (Echeburúa, 2015; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014).

Complementariamente, el dominio de habilidades sociales y la sensación de empoderamiento personal constituyen activos clave para la interacción y el afrontamiento efectivo (Echeburúa, 2015, como se citó en Díaz,2023).

La flexibilidad cognitiva, en particular, merece una atención detallada por su papel como recurso protector de primer orden. Este constructo se define como la capacidad para adaptar el pensamiento y la conducta ante situaciones novedosas o cambiantes, así como para generar, evaluar e implementar diversas alternativas al planear y ejecutar acciones (Romero et al., 2022).

En el contexto específico de la prevención del suicidio, Cha y Nock (2009, como se citó en Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014) han señalado que esta habilidad

cognitiva permite regular las emociones y los pensamientos, facilitando la consecución de metas y objetivos incluso en circunstancias adversas. Más aún, la flexibilidad cognitiva incide directamente en la modulación de la resiliencia frente a las tentativas suicidas, al ofrecer al individuo la capacidad de generar interpretaciones alternativas de su realidad y de contemplar cursos de acción diferentes a la autodestrucción. Este mecanismo, la ampliación del repertorio de alternativas percibidas, es precisamente el que contrarresta la rigidez mental y la fijación en la desesperanza que caracterizan los estados de riesgo suicida.

### **Factores sociodemográficos**

Los factores sociodemográficos constituyen un conjunto de variables que permiten caracterizar a los individuos en función de sus atributos personales y de su posición en la estructura social. López, Estrada y Pérez (2024) los definen como aquellas características objetivas de las personas y sus hogares que describen la posición social y las condiciones de vida de una población. Entre estas variables se incluyen la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación, los ingresos, la afiliación religiosa y el tamaño del grupo familiar.

La relevancia de estas variables para la investigación en salud mental y, específicamente, para el estudio del comportamiento suicida, radica en su capacidad para identificar perfiles diferenciales de vulnerabilidad o protección.

### **Edad**

La edad constituye una variable sociodemográfica fundamental en la investigación en salud mental, pues permite situar a los individuos en momentos específicos del ciclo vital y analizar cómo los fenómenos psicológicos y conductuales varían a lo largo del desarrollo. Operativamente la edad se considera una variable

sociodemográfica cronológica que clasifica a las personas en grupos etarios (por ejemplo,  $\leq 20$  años, 21-25 años), influyendo en el rendimiento académico y laboral, donde edades menores suelen asociarse a mejor desempeño (González M, 2020).

La edad en años cumplidos se refiere al número de aniversarios del nacimiento transcurridos en la fecha de referencia, es decir, a la edad en el último cumpleaños. ((INE - Instituto Nacional de Estadística, n.d.)

La relevancia de la edad para el estudio del comportamiento suicida está ampliamente documentada. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) señala que el suicidio constituye una de las tres principales causas de muerte en el grupo de 15 a 29 años a nivel global, lo que convierte a la población adolescente y adulta joven en un foco prioritario para la investigación y la prevención.

La inclusión de la edad como variable permite, además, contrastar el perfil etario de ambos grupos (con y sin riesgo) y contribuye a delinear el perfil del estudiante resiliente en la ULEAM.

### **Sexo**

El sexo se define como las características biológicas (genéticas, hormonales, anatómicas) que distinguen categorías como hombre o mujer, diferenciándose del género como constructo social; en sociodemográfica se usa para analizar desigualdades.

Es preciso diferenciar este concepto del de género, que alude a las construcciones sociales, roles, expectativas y relaciones que cada cultura asigna a la diferencia sexual. Mientras el sexo es una categoría biológica relativamente estable, el género es una construcción dinámica y contextual que influye en la experiencia subjetiva y en la posición social de los individuos.

En el campo de la salud mental y, específicamente, en la investigación sobre comportamiento suicida, la variable sexo ha mostrado consistentemente patrones diferenciales que resultan de gran relevancia clínica y epidemiológica. La literatura documenta lo que se conoce como "paradoja de género" en el campo del comportamiento suicida donde se evidencia que las mujeres presentan tasas significativamente más altas de ideación suicida e intentos de suicidio, mientras que los hombres registran tasas marcadamente superiores de suicidios consumados (OMS, 2025).

### **Estado Civil**

El estado civil constituye una variable sociodemográfica que da cuenta de la situación conyugal de los individuos en un momento determinado, clasificándose generalmente en categorías como soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a o en unión libre (Mora, 2021). Esta variable resulta de interés para la investigación en salud mental porque el tipo de vínculo conyugal o de pareja, o su ausencia, puede influir en la disponibilidad de redes de apoyo social y emocional, así como en la estabilidad laboral y económica, factores que a su vez inciden en la vulnerabilidad o protección frente a diversos problemas de salud (Mora, 2021).

### **Flexibilidad cognitiva**

La flexibilidad cognitiva es un proceso cognitivo que permite adaptar el pensamiento y la conducta ante situaciones novedosas donde el uso de los recursos cognitivos permite crear evaluar e implementar diversas alternativas al planear, ejecutar y manejar el resultado de diferentes actividades (Romero et al. 2022)

Para Dziak (2024) refiere que la flexibilidad cognitiva es la habilidad que tienen los individuos para eficiente y rápidamente entre conceptos y/o tipos de pensamientos

lo que permite a las personas enfrentarse y adaptarse ante el surgimiento de problemas o situaciones que son desafiantes.

Tal como lo plantea Diamond (2012, como se citó en García 2025) la flexibilidad cognitiva constituye la capacidad y posibilidad de poder adaptar y elegir estrategias y herramientas cognitivas para adecuar el comportamiento según las demandas externas presentes en el entorno.

### **Definición de Familia**

La familia constituye el núcleo primario de socialización del ser humano y el primer contexto en el que se desarrollan los vínculos afectivos, se transmiten valores y se modelan patrones de relación interpersonal. Desde una perspectiva sociológica, la familia puede ser definida como una unidad social compuesta por individuos unidos por vínculos consanguíneos, afectivos y/o habitacionales, que se organizan en torno a la ayuda recíproca, el compartir recursos, la comunicación y la procura del bienestar común, contribuyendo simultáneamente al desarrollo de la sociedad en su conjunto (Vallejos y Vega, 2020).

Esta definición resalta los elementos centrales que caracterizan a la familia como sistema: la interdependencia entre sus miembros, la reciprocidad en el apoyo y la función socializadora que desempeña.

Más allá de su definición estructural, la familia cumple funciones psicológicas fundamentales para el desarrollo saludable de sus integrantes. Diversos autores han señalado que el núcleo familiar constituye el principal espacio de seguridad afectiva y de construcción de identidad, donde el individuo puede experimentar aceptación incondicional y desarrollar un sentido de pertenencia que lo acompañará a lo largo de su vida (Cassinda, 2016). Esta función de "base segura" resulta particularmente relevante durante la adolescencia y la adultez emergente, etapas en las que el joven debe explorar

el mundo y establecer su autonomía, pero necesita saber que cuenta con un refugio al que puede retornar en momentos de dificultad.

### **Factores de Protección familiares.**

Los factores de protección familiares comprenden a aquellos elementos que se presentan dentro de la dinámica familiar que reducen el riesgo de desarrollar una conducta problema en los miembros que la conforman. Dentro de los factores familiares, de acuerdo con la investigación realizada por Delfino, D'Acosta y Pérez (2022), encontramos que la buena comunicación con los padres, el apoyo familiar, y la presencia de una familia unida son parte de los factores protectores.

### **Funcionalidad familiar**

El Funcionamiento Familiar (FF) es un concepto sistémico que describe la calidad de las interacciones internas y la capacidad de la familia para proveer un entorno seguro. La funcionalidad familiar se comprende como la agrupación de relaciones interpersonales facilitan la satisfacción, como parte del vínculo, de cada uno de sus integrantes, reduce la aparición de conductas de riesgo y a la vez permite que todos los miembros del grupo familiar logren el desarrollo (Cortazar & Ramírez, 2019)

El Funcionamiento Familiar se describe como el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como un sistema y explican las regularidades en su operación. Se comprende a la familia como el entorno primario donde el individuo obtiene recursos para la resolución de problemas, el apoyo social y el desarrollo de repertorios de afrontamiento. El funcionamiento familiar se considera a través de siete categorías: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, adaptabilidad y permeabilidad (Abelson et al., 2013).

**Familia Disfuncional**

Se conceptualiza como familia disfuncional aquel sistema familiar caracterizado por la presencia recurrente de conflictos intrafamiliares. En esta configuración, las figuras parentales evidencian dificultades significativas para responder adecuadamente a las necesidades físicas y emocionales de sus hijos, implementando, además, estrategias disciplinarias inapropiadas. La disfuncionalidad de las familias se caracteriza por una ausencia de canales de comunicación adecuados entre los miembros, presencia de violencia, discusiones entre los integrantes y dificultades para la resolución de los conflictos. (Anaya, 2018).

Las familias disfuncionales se entienden a aquellas que, en mayor o menor grado, no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas. (Apolinar Membrillo Luna et al., 2022).

**Familia Funcional.**

Las familias funcionales se caracterizan por tener la capacidad de mantener una adecuada comunicación, los miembros son capaces de expresar sus inquietudes, logran resolver conflictos del ambiente familiar y presentan buena comunicación (Vallejos, 2020).

Desde una perspectiva sistémica, se conceptualiza a la familia funcional como una unidad grupal cuyas dinámicas de interacción interna favorecen de manera consistente un desarrollo psicológico saludable y la realización personal de cada uno de sus integrantes. Esta funcionalidad se sustenta en un desempeño equilibrado de las tareas familiares y en la posesión de un repertorio de recursos adaptativos que permiten afrontar con resiliencia las demandas del ciclo vital y los eventos estresantes. Las familias funcionales se caracterizan por su capacidad para gestionar y negociar los desafíos inherentes a la convivencia.

Las familias funcionales son familias en las que se considera cumplen todas sus funciones, además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes, expresan en una mejor atención de problemas relacionales y de dinámica familiar en diferentes áreas y según sus interacciones personales (Apolinar Membrillo Luna et al., 2022).

### **Cohesión**

La cohesión familiar representa el vínculo afectivo que se construye en un contexto familiar el cual permite una comunicación adecuada y apoyo entre sus miembros (Olson, 2019). También este autor plantea que una cohesión adecuada permite que los integrantes del sistema familiar experimenten apoyo mutuo, comunicación fluida y confianza, elementos que resultan esenciales para el desarrollo psicológico saludable y para la construcción de un entorno seguro (Olson, 2019).

Una familia cohesionada proporciona al individuo un sentido de pertenencia y una red de apoyo emocional que amortigua el impacto de las experiencias adversas y reduce la vulnerabilidad frente a la desesperanza, uno de los predictores más potentes de la conducta suicida.

### **Armonía**

La armonía constituye una de las dimensiones fundamentales del funcionamiento familiar saludable. Andolfi (2017) la define como un estado de equilibrio dinámico en el que coexisten de manera congruente las necesidades individuales de cada miembro y las metas colectivas del grupo familiar. Esta definición resulta especialmente relevante porque supera concepciones ingenuas de la armonía como mera ausencia de conflictos.

Así mismo este autor plantea que la armonía se manifiesta a través de interacciones caracterizadas por la reciprocidad, el respeto mutuo y la capacidad de

negociar diferencias sin que la estructura familiar se vea amenazada (Andolfi, 2017, p. 112)..

Este estado no implica la ausencia de conflicto, sino la presencia de mecanismos de regulación que permiten su resolución de manera constructiva, facilitando la adaptación a los cambios del ciclo vital. La base de esta armonía familiar se encuentra en los valores y principios que rigen la vida cotidiana, orientados hacia el progreso ético y socioemocional.

Esta perspectiva explica únicamente que la armonía no es un don o una característica estática, sino el resultado de un trabajo relacional continuo que implica negociación, ajuste mutuo y aprendizaje colectivo. Una familia armónica no es aquella que nunca enfrenta desacuerdos, sino la que ha desarrollado recursos para abordarlos sin que estos erosionen los vínculos afectivos ni pongan en riesgo la estabilidad del sistema.

### **Comunicación familiar**

La comunicación, en el contexto familiar, es la dinámica de intercambio que ocurre entre los miembros de un hogar, donde la calidad de la comunicación dentro del hogar determina el tipo de relaciones que se forman a futuro, ya que es la herramienta que permite expresar ideas, entender emociones ajenas y fortalecer los lazos afectivos. Además, es el canal esencial para crear conexiones y fomentar la unión entre las personas (Giraldo, 2018).

En el contexto de la prevención del suicidio, la comunicación familiar opera como un factor protector al permitir la detección temprana del malestar y ofrecer un espacio de contención donde los pensamientos de muerte pueden ser verbalizados y abordados antes de que progresen hacia la planeación activa.

**Roles**

Los roles son comprendidos como patrones de comportamiento que son esperados y repetitivos en un momento en el tiempo y definen la forma en la que cada integrante se involucra y participa en el sistema familiar a partir de reglas, tanto explícitas como implícitas, y permiten la adecuada distribución de responsabilidades (Reyna y Salcido, 2013)

Desde una perspectiva sistémica, los roles cumplen funciones esenciales para el equilibrio y la funcionalidad de la familia. En primer lugar, proporcionan predictibilidad y estructura a la vida cotidiana, al establecer quién hace qué, cuándo y cómo. Esta organización reduce la incertidumbre y la ansiedad, especialmente en momentos de transición o estrés. Los roles facilitan la cooperación y la coordinación entre los miembros, al distribuir las tareas necesarias para el mantenimiento del hogar y el cuidado de sus integrantes.

Cuando los roles son flexibles y se ajustan a las necesidades cambiantes de la familia y de cada miembro, contribuyen al desarrollo de la autonomía y a la satisfacción de las necesidades individuales sin que ello implique una sobrecarga para nadie.

**Permeabilidad**

La permeabilidad se comprende como el grado en que se permite o restringe el flujo de información desde y hacia el exterior desde el sistema. La existencia de una permeabilidad muy marcada aísla al sistema, mientras que una permeabilidad difusa dificulta el mantenimiento de su identidad. La permeabilidad óptima permite un equilibrio entre la autonomía del sistema y su necesaria interacción con el contexto, lo que es fundamental para la adaptación y el cambio del sistema familiar" (Rodríguez, 2009, p. 87).

Rodríguez (2009) distingue tres tipos de permeabilidad con consecuencias muy diferentes para la salud familiar. Una permeabilidad excesivamente baja (sistema cerrado o rígidamente delimitado) aísla a la familia, impidiendo la entrada de información, recursos y apoyos externos que podrían ser necesarios para enfrentar crisis o para el desarrollo de sus miembros. Por el contrario, una permeabilidad excesivamente alta (límites difusos) dificulta el mantenimiento de la identidad y la autonomía del sistema, exponiendo a la familia a influencias externas que pueden desestabilizarla o diluir sus valores y pautas de funcionamiento. La permeabilidad óptima se sitúa en un punto de equilibrio: permite la interacción necesaria con el contexto, la entrada de información relevante, el acceso a redes de apoyo, la influencia de modelos externos, sin que ello implique la pérdida de la identidad y la cohesión interna del grupo familiar (Rodríguez, 2009).

### **Adaptabilidad Familiar**

La adaptabilidad familiar se define como la capacidad del sistema familiar para modificar sus pautas de interacción reglas y distribución de roles ante situaciones cambiantes, agentes estresantes o la presencia de crisis en el núcleo familiar. La ausencia de esta flexibilidad dificulta el acceso y uso eficiente de los recursos que cuenta la familia lo que puede encaminar hacia una rigidez en el sistema que perpetua esquemas y reacciones disfuncionales entre los miembros (Gonzales et al., 2003).

### **Afectividad**

La adaptabilidad familiar se define como la capacidad y habilidad del sistema familiar para experimentar y manifestar sentimientos positivos entre sí, constituyendo una variable con distintos grados de intensidad entre los individuos. Esta capacidad actúa como catalizador fundamental para el establecimiento de vínculos interpersonales. En este sentido, la familia no solo desempeña el rol protagónico de nutrir experiencias

emocionales dentro del hogar sino también promover su expresión en las relaciones externas permitiendo que los miembros establezcan relaciones afectivas saludables fuera del núcleo familiar (Durante y Yanagu, 2017).

## **Tipos de familia**

### **Familia Nuclear**

Es aquella familia constituida exclusivamente por el padre, la madre, los hijos, sin dejar duda a la composición de este tipo de familias, es la más conocida y mencionada (Apolinar Membrillo Luna et al., 2022).

### **Familia Extendida**

Se refiere a la familia conformada por el padre, la madre, los hijos y algún otro familiar consanguíneo (abuelo, abuela materna o paterna, tíos, primos, sobrinos, etc) que conviven en el mismo ambiente (Apolinar Membrillo Luna et al., 2022).

### **Familia Reconstituida**

González Montoya y González Villena (2010) mencionan que Una familia reconstituida es la formada por una pareja adulta en la que al menos uno de los cónyuges tiene un hijo de una relación anterior. Los puntos de partida de éstas familias pueden ser: la muerte de uno de los cónyuges, el divorcio previo de uno o los dos miembros de la díada marital, o el abandono de la pareja.

Una de sus características fundamentales es que son familias en transición, es decir, organizaciones familiares que tienen que asumir un número importante de cambios en un corto período de tiempo, al menos más corto que lo que es habitual en las familias convencionales o intactas.

### **Familia Monoparental**

Este tipo de familias se caracteriza por estar estructurada sobre la base y la existencia de una sola figura parental, que puede ser el padre, la madre o un hijo, que

asume funciones específicas y que está al cuidado de los progenitores. (Apolinar Membrillo Luna et al., 2022).

## **CAPITULO II: METODOLOGÍA**

### **Diseño de la investigación.**

Se utilizó el enfoque cuantitativo para esta investigación ya que permite generar frecuencias y análisis a partir de la recopilación de datos generando un producto de tipo estadístico que permite aproximar la incidencia de los variables de estudio en el problema actual.

El diseño para seguir de esta investigación es de corte transversal, el cual es un tipo de investigación que permite visualizar las variables y su incidencia en una población en un contexto tiempo y determinado. Investigaciones de esta índole permiten analizar comportamientos, características y las condiciones que rodean a la muestra evaluada en un margen de tiempo específico.

La investigación con perspectiva exploratoria es idónea para este proyecto porque se caracteriza por el análisis de información que permite comprender las variables que inciden en una muestra.

La investigación de índole descriptivo se adecua a este proceso porque se enfoca en la caracterización de la población que se está estudiando, permitiendo comprender de forma adecuada sus características particulares y específicas que son de valor para comprender el fenómeno de investigación.

### **Población**

La población de estudio estará conformada por 2300 estudiantes de pregrado de las diferentes carreras de la Facultad de Ciencias Administrativas, Contables y de

Comercio (Administración de Empresas, Contabilidad y Auditoría, Comercio Exterior, Mercadotecnia, Gestión de la Información Gerencial, Finanzas, Auditoría y Control de Gestión, Talento Humano y Tecnologías de Bienes Raíces).

### **Muestra**

Para la ejecución de este proyecto de investigación se empleó una muestra no probabilista por conveniencia. Dicho enfoque metodológico, el cual expresa Vázquez (2017) es una técnica que se fundamenta en el criterio personal e intencional del investigador para construir un grupo de estudio que conforma la muestra del estudio. Se utilizó esta técnica mencionada debido a la determinación de criterios para la selección de los participantes en la investigación.

De tal manera, al finalizar el estudio participaron 193 individuos pertenecientes a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (Uleam), especialmente pertenecientes a la Facultad Ciencias Administrativas, Contables y Comercio.

### **Criterios de Inclusión**

- Estudiantes con la mayoría de edad
- Estudiantes pertenecientes a la Facultad Ciencias Administrativas, Contables y Comercio
- Estudiantes que de forma voluntaria deseen participar en la investigación
- Estudiantes dispuestos a realizar el proceso de evaluación con los instrumentos psicológicos

### **Criterios de exclusión.**

- Estudiantes menores de edad
- Estudiantes que no sea su voluntad participar en la evaluación

- Estudiantes con imposibilidad de tiempo para formar parte de la investigación.

### **Procedimiento**

#### **Primera etapa:**

Esta fase correspondió a la organización del estudio, la cual implicó la delimitación del tema a partir de la revisión de literatura especializada y el análisis de investigaciones previas. Posteriormente, se procedió a la formulación de los objetivos, así como a la definición operativa de las variables y la selección de los instrumentos y procedimientos de aplicación individual, con el fin de garantizar el logro de las metas planteadas.

**Segunda etapa:** Como parte del proceso de gestión institucional, se sostuvo una reunión con las autoridades de la Facultad (Decana y Coordinador de Bienestar Estudiantil) para presentar formalmente los lineamientos del estudio, incluyendo sus objetivos, la metodología propuesta y el cronograma de ejecución.

**Tercera etapa:** En esta fase se enfocó en el reclutamiento de los participantes de la investigación. Trabajo realizado en conjunto con las autoridades de la Facultad quienes fueron agentes claves para acercarnos a los estudiantes. También se realizaron sesiones informativas dirigidas para los estudiantes donde se explicaron los detalles, el alcance y los objetivos del estudio. Posteriormente se procedió a la obtención de los consentimientos informados y debidamente firmado por parte de los estudiantes para participar voluntariamente en la investigación.

**Cuarta etapa:** Esta etapa se enfocó en la recolección de la información a través de la aplicación de instrumentos de esta investigación. Donde los evaluadores que

colaboraron en la aplicación de los instrumentos fueron capacitados con anticipación revisando a detalle las dimensiones, particularidades y características de las pruebas que debían aplicarse, prestando mayor atención a la prueba TMT la cual es sensible a sesgos si es aplicada inadecuadamente. Durante este periodo se realizaron la obtención de datos de forma presencial con los estudiantes en las diferentes espacios designados, como aulas de clases y auditorio de la facultad, acondicionados para la aplicación de los instrumentos procurando reducir los distractores externos que puedan incidir en los resultados de los instrumentos.

**Quinta etapa:** En esta etapa esta fase correspondió al análisis, integración e interpretación de los instrumentos aplicados. Una vez calificados los reactivos, se procedió a clasificar a los participantes en dos grupos: quienes no presentaron comportamiento suicida y quienes si presentaron. Posteriormente, se elaboró una la base de datos, tablas y gráficos estadísticos que facilitaron el análisis de las variables contempladas en el estudio. Se redactaron los Resultados y fueron contrastados con literatura existiendo y finalmente se elaboraron las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a lo encontrado en la investigación.

### Definición de variables

| Variable                      | Definición Teórica  | Dimensiones                  | Indicadores   | Instrumento   |
|-------------------------------|---|------------------------------|---|---|
| <b>Comportamiento suicida</b> | Comportamiento autolesivo con intención de morir, incluyendo intentos de suicidio (con diferentes grados de letalidad) e ideación suicida (pasiva o activa). Excluye la autolesión no suicida (APA,2022). | <b>Ideación suicida</b>      | - Pensamientos sobre la muerte<br>- Deseo persistente de morir                          | Escala de Ideación Suicida de Beck  |
|                               |   | <b>Planificación suicida</b> | - Formulación de un plan específico<br>- Identificación de métodos letales              | Escala de Ideación Suicida de Beck  |
|                               |   | <b>Intento suicida</b>       | -Ejecución de conductas autolesivas con intencionalidad letal<br>- Gravedad del intento | Escala de Ideación Suicida de Beck  |
| <b>Factores de Protección</b> | Los factores de protección son toda aquella circunstancia condición o situación que influya y facilite el   | <b>Individuales</b>          | <b>Categoría</b><br><br><b>Factores sociodemográficos</b>                               | <b>Indicadores</b><br><br>-Tiempo<br>-Lugar<br>-Persona<br><br>Ficha Sociodemográfica |

---

desarrollo de los individuos o de los grupos a partir de la promoción de la salud (Archondo y Rodríguez, 2023).

|                   |                         |  |                   |
|-------------------|-------------------------|--|-------------------|
| <b>Familiares</b> | <b>Cognitiva</b>        | En el limite<br>Media baja<br>Media<br>Media alta<br>Superior  | Trail Making Test |
|                   | <b>Categoría</b>        | INDICADORES  |                   |
|                   | <b>Tipos de familia</b> | -Nuclear,<br>Extendida,<br>Monoparental,<br>Reconstituida,   | FF-SIL            |
|                   | <b>Funcional</b>        | -Cohesión<br>-Comunicación<br>-Armonía<br>-Permeabilidad<br>-Adaptabilidad<br>-Roles<br>-Afectividad | FF-SIL            |

---

## Métodos, técnicas e instrumentos utilizados

### Descripción de Técnicas Métodos e Instrumentos

La recolección de datos se realizó mediante un proceso presencial y supervisado en el cual los investigadores administraron directamente los instrumentos a la población previamente seleccionada. Esta modalidad de aplicación permitió un mayor control del entorno y aseguró que cada participante comprendiera claramente las consignas, lo que contribuyó a minimizar sesgos en las respuestas, resolver las dudas de los participantes durante el proceso de evaluación y garantizar la validez procedimental de la información recabada.

Para la medición de las variables de estudio se emplearon instrumentos estandarizados y ampliamente validados en el ámbito de la salud mental, los cuales cuentan con altos índices de confiabilidad y validez diagnóstica. Su utilización permitió

operacionalizar con precisión los constructos teóricos abordados, asegurando así que los datos obtenidos fueran consistentes, comparables y apropiados para el posterior análisis e interpretación de resultados.

### **Instrumentos de recolección de datos**

- **Ficha Sociodemográfica:** Cuestionario auto aplicable de opciones múltiples, elaborado por el grupo de investigación: Atención integral del comportamiento suicida misma que se encuentra en proceso de evaluación. Esta ficha ha sido diseñada para recopilar información básica sobre características sociodemográficas relacionadas con el comportamiento suicida que incluyen las siguientes variables: Lugar, tiempo y persona.
- **Escala de Ideación Suicida (SSI - Scale for Suicide Ideation):** Desarrollada originalmente en 1979, la SSI representa el instrumento más completo de Beck para evaluar el riesgo suicida actual. Esta escala de 19 ítems explora sistemáticamente tres dimensiones críticas: la ideación activa (deseo explícito de morir), la ideación pasiva (falta de deseo de vivir) y los preparativos concretos (adquisición de medios, planificación). Cada ítem se califica en una escala de 0 a 2, con un puntaje total que oscila entre 0 y 38, donde valores superiores a 6 indican riesgo clínico 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.

El SSI en población universitaria, Keliat et al. (2023) confirmaron su estructura unidimensional y reportaron una excelente confiabilidad de ítems (0.96) y de personas (0.86) mediante análisis Rasch . En cuanto a su validez, la SSI ha

demostrado una fuerte validez concurrente con evaluaciones clínicas (correlaciones  $> 0.90$ ).

- **Trail Making Test TMT:** El Trail Making Test (TMT) es un instrumento psicométrico originalmente desarrollado por Partington en 1938. Diseñado para evaluar funciones cognitivas específicas. Su aplicación mide la rapidez de procesamiento mental, el nivel de concentración y la flexibilidad cognitiva requerida para alternar eficientemente entre conjuntos de estímulos (letras y números). La prueba se administra en dos partes cronometradas, con una consigna clara que insta al examinado a completar cada tarea en el menor tiempo posible, teniendo una duración estimada de 4 a 5 minutos.

La puntuación del TMT se basa en el tiempo en segundos que el participante requiere para completar cada parte, registrándose también los errores cometidos. Un desempeño deficiente en la Parte B (tiempo elevado o errores de alternancia) indica posibles alteraciones en la flexibilidad cognitiva y las funciones ejecutivas.

Los puntajes obtenidos fueron contrastados en una calculadora de datos normativos, contrastada en población ecuatoriana, de la plataforma digital “Neuroplataforma”, en la cual brindaba puntuaciones en percentiles considerando la edad, el sexo, el nivel de escolaridad y el tiempo en segundos que obtenían los participantes.

Puntajes en percentiles entre 0 y 9 se ubican “en el límite”, valores entre 10 a 22 se ubican en “media baja”, participantes que obtienen puntuaciones entre 23 y 77 se encuentran en la “media” esperada, mientras que puntajes entre 78 y 91 forman parte a un grupo “media alta” y quienes obtuvieron resultados entre 92 y 100 se ubican en el grupo “superior” en función a su edad, sexo y nivel académico según datos normativos adecuados a población adulta ecuatoriana.

- **El Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL:** desarrollado por Isabel Lauro Bernal y colaboradores en Cuba en 1994. 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.

A su vez el instrumento posibilita clasificar los niveles de funcionamiento familiar a partir de las respuestas de los participantes con el objetivo central de evaluar la funcionalidad familiar. La estructura de los 14 ítems evalúa las siguientes dimensiones:

- **Cohesión:** Hace referencia al vínculo afectivo y práctico que mantiene a la familia unida frente a la toma de decisiones y al afrontamiento de intereses y necesidades individuales y colectivas.
- **Armonía:** Refiere al balance emocional positivo que existe en el interior del grupo familiar, donde lidera la confianza y la seguridad para atender intereses y necesidades que presentan los miembros individualmente o en conjunto.
- **Comunicación:** Esta dimensión alude a la habilidad que poseen los miembros del sistema familiar para poder intercambiar ideas, experiencias y sentimientos de manera clara y directa.
- **Permeabilidad:** Corresponde a la habilidad y capacidad del sistema familiar para recibir influencias e información del exterior, como puede ser de otras familias o instituciones, y tener la posibilidad de compartir estas experiencias con otras familias
- **Afectividad:** Esta dimensión hace alusión a la expresión frecuente y positiva de emociones, sentimientos y afecto entre los integrantes de la familia.

El FF-SIL se compone de 14 ítems que evalúan siete dimensiones del funcionamiento familiar, cada una representada por dos reactivos específicos: los ítems 1 y 8 corresponden a Cohesión; 2 y 13 a Armonía; 5 y 11 a Comunicación; 7 y 12 a Permeabilidad; 4 y 14 a Afectividad; 3 y 9 a Roles; y 6 y 10 a Adaptabilidad. Las respuestas se registran en una escala Likert de cinco opciones, con los siguientes valores: Casi nunca (1 punto), Pocas veces (2 puntos), A veces (3 puntos), Muchas veces (4 puntos) y Casi siempre (5 puntos). Una vez aplicado el instrumento, se suma la puntuación total, lo que permite clasificar el funcionamiento familiar según los siguientes rangos: de 14 a 27 puntos indica una familia severamente disfuncional; de 28 a 42, disfuncional; de 43 a 56, moderadamente funcional; y de 57 a 70, funcional.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el cuestionario fue sometido a validación en múltiples aplicaciones durante 1994 y 2000, obteniendo coeficientes de confiabilidad aceptables: un alfa de Cronbach de 0.779 y una correlación de Spearman-Brown de 0.825, lo que demuestra una adecuada consistencia interna. Asimismo, su estructura unidimensional se fundamenta en los 14 ítems, todos con índices de discriminación superiores a 0.2, lo que confirma que cada reactivo contribuye significativamente a la medición del constructo.

### **Descripción de los métodos estadísticos y tratamiento de los datos**

Para el análisis de la información, se empleó un enfoque de estadística descriptiva aplicado a las variables cuantitativas y cualitativas del estudio. Inicialmente, se elaboró una base de datos en Excel Online con la información recopilada. Posteriormente, se procedió al análisis mediante el cálculo de frecuencias absolutas y

relativas (porcentajes), así como a la elaboración de tablas de distribución de frecuencias y representaciones gráficas (diagramas de sectores y de barras) utilizando el programa Microsoft Excel 2021. Este procedimiento permitió organizar, sintetizar y analizar los datos para su posterior interpretación a la luz de los objetivos planteados.

### **Validez de la Investigación**

Previo a la fase de aplicación de instrumentos se planteó evitar sesgos que afecten a la investigación, de modo que los instrumentos fueron aplicados de manera presencial e individual en los participantes del estudio, tomándose un tiempo de 10 a 15 minutos con cada estudiante que accedió a participar de forma voluntaria.

Con la finalidad de reducir sesgos en la investigación se tomó precaución en el espacio donde se realizaba la aplicación de los instrumentos. Para ello se acondicionaron los espacios, las aulas de clases, procurando reducir la cantidad de distractores y el ruido exterior, manteniendo, además, una distancia prudente entre participantes durante la recolección de datos.

### **Manejo de Datos**

Para el procesamiento de la información, se siguió un protocolo secuencial. Inicialmente, se elaboró una base de datos anonimizada en la que cada participante fue identificado mediante un código único, permitiendo la agrupación coherente de todos los instrumentos aplicados. Posteriormente, se procedió a la tabulación y organización sistemática de los datos. Sobre esta base depurada, se realizó el análisis descriptivo de los resultados, seguido de su interpretación a la luz de los objetivos planteados. Este proceso analítico condujo a la elaboración fundamentada de las conclusiones y sus correspondientes recomendaciones.

## Consideraciones Éticas

- **Respeto a la autonomía individual:** Se convocó a los participantes y se les socializaron los objetivos, derechos y beneficios de participar en el proyecto. Posteriormente, se procedió a la firma del consentimiento informado, documento que otorga la potestad de decidir libremente si desean participar o no, garantizando la comprensión de los objetivos, procedimientos, riesgos y el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento
- **Protección a la confidencialidad:** Se garantiza el principio ético del anonimato, por lo cual en los instrumentos de recolección de datos no se preguntará por ningún dato identificativo, por lo cual se otorgará a cada participante un código. Además, únicamente los investigadores podrán manipular los datos de la investigación tomando todas las precauciones debidas.
- **Garantía de riesgo mínimo:** Se asegurará la protección de la integridad de los participantes para evitar posibles daños y ofrecer apoyo emocional si se requiere; el respeto hacia la dignidad humana, incluyendo la erradicación de cualquier forma de discriminación.

## CAPITULO III: RESULTADOS

El presente capítulo se ha realizado de acuerdo a la jerarquía de objetivos planteados en la investigación. A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la investigación ejecutada. Los datos se organizan en tablas de doble entrada con su respectivo análisis y descripción de los resultados.

### **Descripción del perfil de Riesgo Suicida de los participantes.**

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

| <b>Participantes</b> | <b>Fr</b>  | <b>%</b>       |
|----------------------|------------|----------------|
| Con Riesgo           | 56         | 29.02%         |
| Sin Riesgo           | 137        | 70.98%         |
| <b>Total</b>         | <b>193</b> | <b>100.00%</b> |

Nota. Elaborado por el autor

De acuerdo a los puntajes reflejados en la Escala de Ideación Suicida (SSI) se segmentaron los grupos y los participantes entre evaluados sin riesgo suicida o con riesgo suicida. Puntajes obtenidos entre cero y uno se consideraron como participantes sin comportamiento suicida mientras que puntajes superiores a uno formaron parte del grupo con riesgo de comportamiento suicida.

De tal manera, se evidenció que de la totalidad de participantes (193) el 70.98% (137) de los miembros no presentaron ningún grado de comportamiento suicida en contraste al 29.02% (56) que mostró un grado de comportamiento suicida abarcó desde leve, moderado a grave.

Esta cifra, que indicó que casi uno de cada tres estudiantes muestra algún grado de ideación suicida constituyó un hallazgo relevante para la salud pública universitaria. Donde la magnitud de este subgrupo de riesgo justificó la pertinencia del objetivo central de la presente investigación de caracterizar factores de protección presentes en los estudiantes que no manifestaron comportamiento suicida.

A partir de estos datos, fue posible reconocer y diferenciar entre el grupo con comportamiento (56) y sin comportamiento suicida (137), prestando mayor detalle y atención al grupo sin riesgo suicida, que constituyó el foco central del estudio.

**Tabla 2**

*Distribución de los puntajes obtenido en la prueba SSI en la dimensión cognitiva de la ideación suicida en el grupo sin riesgo.*

| <b>Dimensión cognitiva de la ideación</b>   | <b>Sin Riesgo</b> |                |
|---|-------------------|----------------|
| <b>Preguntas del SSI</b>                    | <b>Fr</b>         | <b>%</b>       |
| Deseo de vivir                              | 1                 | 2.56%          |
| Deseo de morir                              | 9                 | 23.08%         |
| Razones para Vivir/Morir                    | 12                | 30.77%         |
| Deseos de intentar activamente del Suicidio | 0                 | 0.00%          |
| Deseos pasivos del Suicidio                 | 17                | 43.59%         |
| <b>Total</b>                                | <b>39</b>         | <b>100.00%</b> |

Nota. Elaborado por el autor

En la siguiente tabla se resumieron los puntajes de los participantes que marcaron una pregunta que equivalía a 1 en la escala de Ideación Suicida (SSI), preguntas las cuales pertenecen a la Dimensión cognitiva de la ideación suicida que evaluaba el instrumento psicológico.

Del total de 137 evaluados, 39 respondieron con un puntaje equivalente a 1 dentro de las primeras 5 preguntas del instrumento SSI. Siendo así que en la primera pregunta solo el 2.56% (1) respondió que tenía un deseo débil de vivir. En la segunda pregunta el 23% (9) de los participantes referían un deseo débil de morir. En la tercera interrogante el 30.77% (12). El 0% de los participantes refirió tener un deseo débil de cometer activamente el suicidio. Finalmente, en la quinta interrogante un 43.59% (17) de los participantes refirió que podrían dejar de vivir/morir por casualidad.

De acuerdo con lo evidenciado en de este grupo sin riesgo se observó que el puntaje más alto en este apartado fue la quinta pregunta de “podría dejar de vivir/morir por casualidad” donde el 43% de los participantes eligió esa respuesta. Aun así, no presentaban ideación suicida; aunque el instrumento refería en sus instrucciones que “si el evaluado puntúa 1 o 2 en la pregunta 4 o 5 se continúa aplicando el instrumento” en el caso de los participantes no se presentaba ideación suicida. Cuando se exploraba la

razón de su elección los participantes referían razones sobre el sentimiento de inseguridad que experimentan como también adjudicaban un elemento religioso a su pensamiento sobre la muerte. Los participantes referían “no sé si saliendo de la evaluación puedo morir o me pasó algo”, “No sé cuándo pueda fallecer, Dios es quien decide”, “Yo puedo estar tranquilo por mi lado, pero me puede llegar una bala perdida y hasta allí quedo”. De tal manera que no se evidenciaba la existencia de una ideación suicida, sino una preocupación sobre el riesgo de perder su vida.

Otro elemento llamativo fue la cantidad de participantes que elegían en la tercera pregunta que sus razones para vivir/morir son aproximadamente iguales, con un 30.77% (12) respectivamente. Los participantes ante esta interrogante solían referir que morir o vivir no era un tema de preocupación. También referían que ni una elección ni la otra y decidían un puntaje medio. Además, al no ser una pregunta clave en el instrumento, a diferencia de las preguntas 4 o 5, se descarta la presencia de comportamiento suicida cuando era la única pregunta marcada.

En el caso de la segunda pregunta, donde hacía referencia a un deseo débil de morir fue elegida por el 23.08% (9) de los participantes donde al ser la única elección no se procedía a continuar con la aplicación del instrumento, aunque podría sospecharse ante la presencia de un nivel de ideación suicida. Al ahondar en la elección de esta respuesta los participantes referían, en ocasiones utilizando un tono humorístico, que “querían morirse” como una respuesta ante la sobrecarga de estrés y tareas académica; pero al volver a referir la pregunta reconocieron que era una “broma” y que tenían normalizado referir comentarios de esta índole, aunque en realidad nunca cometerían ningún acto ni daño hacia su integridad individual.

### **Descripción de los participantes según factores individuales**

Las siguientes tablas corresponden al segundo objetivo específico en la identificación de factores de protección individuales en los sujetos de estudio a través de factores sociodemográficos y de flexibilidad cognitiva. A continuación, se sintetizan los resultados obtenidos tanto del grupo sin comportamiento suicida como el grupo con comportamiento suicida con la finalidad de poder describir e identificar aquellos elementos sociodemográficos predominantes en el grupo sin riesgo que podrían considerarse factores de protección que reducirían el comportamiento suicida.

**Tabla 3**

*Distribución de los participantes por factores sociodemográficos.*

| <b>Factores sociodemográficos</b> | <b>Sin Riesgo (n=137)</b> |                | <b>Con Riesgo (n=56)</b> |                |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| <b>Sexo</b>                       | <b>Fr</b>                 | <b>%</b>       | <b>Fr</b>                | <b>%</b>       |
| Masculino                         | 61                        | 44.53%         | 23                       | 41.07%         |
| Femenino                          | 76                        | 55.47%         | 33                       | 58.93%         |
| <b>Total</b>                      | <b>137</b>                | <b>100.00%</b> | <b>56</b>                | <b>100.00%</b> |
| <b>Edad</b>                       |                           |                |                          |                |
| 18                                | 7                         | 5.11%          | 5                        | 8.93%          |
| 19                                | 31                        | 22.63%         | 16                       | 28.57%         |
| 20                                | 16                        | 11.68%         | 5                        | 8.93%          |
| 21                                | 44                        | 32.12%         | 7                        | 12.50%         |
| 22                                | 20                        | 14.60%         | 13                       | 23.21%         |
| 23                                | 10                        | 7.30%          | 5                        | 8.93%          |
| 24                                | 0                         | 0.00%          | 3                        | 5.36%          |
| 25                                | 3                         | 2.19%          | 0                        | 0.00%          |
| 26                                | 1                         | 0.73%          | 1                        | 1.79%          |
| 27                                | 1                         | 0.73%          | 0                        | 0.00%          |
| 28                                | 0                         | 0.00%          | 1                        | 1.79%          |
| 30                                | 1                         | 0.73%          | 0                        | 0.00%          |
| 32                                | 1                         | 0.73%          | 0                        | 0.00%          |
| 34                                | 1                         | 0.73%          | 0                        | 0.00%          |
| 37                                | 1                         | 0.73%          | 0                        | 0.00%          |
| <b>Total</b>                      | <b>137</b>                | <b>100%</b>    | <b>56</b>                | <b>100%</b>    |
| <b>Estado Civil</b>               | <b>Fr</b>                 | <b>%</b>       | <b>Fr</b>                | <b>%</b>       |
| Soltero/a                         | 125                       | 91.24%         | 54                       | 96.43%         |
| Casado/a                          | 5                         | 3.65%          | 1                        | 1.79%          |
| Divorciado/a                      | 0                         | 0.00%          | 0                        | 0.00%          |

|              |            |                |           |                |
|--------------|------------|----------------|-----------|----------------|
| Unión Libre  | 7          | 5.11%          | 1         | 1.79%          |
| Viudo/a      | 0          | 0.00%          | 0         | 0.00%          |
| <b>Total</b> | <b>137</b> | <b>100.00%</b> | <b>56</b> | <b>100.00%</b> |

Nota. Elaborado por el autor

En esta sección se resumieron los datos sociodemográficos (sexo, edad y estado civil) de los participantes, distribuidos según la presencia o ausencia de comportamiento suicida. Si bien se describieron los perfiles de ambos grupos el análisis se centró en caracterizar al grupo sin riesgo; la presencia de los datos del grupo con riesgo constituyó un punto de referencia para poder analizar qué factores presentaban predominancia en el grupo sin riesgo y que podrán operar como factores de protección ante el comportamiento suicida.

En cuanto a la distribución por sexo se evidenció una mayor presencia de participantes del sexo femenino contando con un 55.47% (76) del total, mientras que en el caso del sexo masculino se observó una participación del 44.53% (61). De tal manera fue posible encontrar un predominio de participantes del sexo femenino en el estudio. En el grupo que presenta comportamiento suicida también existió una mayoría femenina, ligeramente acentuada. Donde del total de 56 participantes, el 58.93% (33) eran mujeres y el 41.07% (23) eran hombres.

La composición por sexo fue estadística y prácticamente similar en ambos grupos. La diferencia en proporción de mujeres entre el grupo sin riesgo y de riesgo resultó mínima, del 3.46% respectivamente. Este hallazgo sugirió que en el contexto específico de esta muestra el sexo no constituyó una variable discriminante para la presencia del comportamiento suicida. Por lo tanto, el sexo, en este contexto universitario de estudiantes de la Uleam no pudo asociarse como un factor de protección ya que no existe relevancia entre un grupo y el otro.

Respecto a las edades de los participantes en la investigación se observó una predominancia por un rango de 18 a 23 años que concentró el 93.43% del total en el grupo sin comportamiento suicida, siendo los 21 años la edad de más de un tercio de los evaluados; un 32.12% (44). Edades superiores a 25 representaron el 5.11% (7) del grupo restante. A partir de esta tabla evidenció que los miembros formaban parte del grupo etario de adultos jóvenes, correspondientes a la población más presente en contextos universitarios.

Referente al grupo con comportamiento suicida se evidenció que la distribución fue más bimodal y dispersa donde los picos de frecuencia se ubicaron en edades de 19 años, representando el 28.57% (16), y los 22 años, con el 23.21% (13). En contraste al grupo sin riesgo, solo el 12.50% (7) de los participantes tenía 21 años. En cuanto a estudiantes de 24 años o mayores en este grupo fue, ligeramente, superior representando el 8.93% (5).

Al analizar los datos obtenidos en las edades, En comparación a los datos obtenidos en el sexo, se encontraron contrastes más notorios entre ambos grupos. Mientras que la muestra sin riesgo se agrupó significativamente alrededor de los 21 años, el grupo que manifestó comportamiento suicida presentó una edad amplia, con una mayor presencia en los 19 y 22 años.

De tal manera, se presumió que en el grupo sin riesgo los 21 años podían emerger como un posible periodo de estabilidad en los estudiantes universitarios donde la influyó la presencia de elementos como una posible mayor adaptación al ambiente universitario, creación de vínculos sólidos entre compañeros y pares, superación del estrés del ingreso a la universidad. Mientras que los 19 y los 22 años podían constituir posibles puntos de vulnerabilidad que podían estar influenciados por momentos de alta presión en los evaluados por el afrontamiento a los primeros años de la carrera, el

desarrollo del proyecto de titulación y coincidir entre eventos de transición psicosocial, el inicio de la vida adulta y la finalización de los estudios superiores, lo que podía interactuar con otros factores de riesgo, complejizando el fenómeno del comportamiento suicida. Sin embargo, este análisis merecía ser profundizado cualitativamente a posterioridad en futuras investigaciones.

En relación al estado civil de los sujetos sin riesgo se apreció que el 91.24% (125) de los participantes estaba soltero, el 5.11% (7) estaba en unión libre y únicamente el 3.65% (5) estaba casado. No existieron casos de divorciados/as ni viudos/as. Denotando que, por el rango de edad la mayoría de participantes, aun no emprendían un vínculo formal y legal con sus parejas sentimentales.

Por otro lado, el grupo que si presenta comportamiento suicida se observó una predominancia casi absoluta de la soltería, con un 96.43% (54). Solo se registró un caso de unión libre 1.97% y un casado 1.97%.

Tomando en cuenta estos resultados fue posible denotar que en ambos grupos de estudiantes universitarios el factor predominante fue la soltería, por lo que su elemento diferenciador resultó limitado. No obstante, cabe debido mencionar como en el grupo con riesgo ser soltero fue incluso superior, el 96.43% contra el 91.24% del grupo sin riesgo. Esto no implicó que la soltería sea un factor de riesgo. También es pertinente expresar que, en esta muestra en particular, ser casado o estar en unión libre fue más habitual en el grupo sin riesgo. Lo cual podría insinuar que la presencia de vínculos de pareja estables, independientemente de su formalidad legal, pudo constituir un factor protector y de apoyo social adicional en esta población. Esta hipótesis deberá ser profundizada y explorada con instrumentos específicos a posteriori.

En síntesis, a partir de los datos sociodemográficos pudimos encontrar que el grupo sin comportamiento suicida no se caracterizó únicamente por una mayoría femenina, sino que se evidenció una concentración etaria específica, en torno a los 21 años, además de una ligera diversidad en el estado civil.

#### **Tabla 4**

*Distribución de los participantes sin comportamiento y con comportamiento suicida por percentiles en flexibilidad cognitiva*

| <b>Flexibilidad cognitiva</b> | <b>Sin Riesgo<br/>(n=137)</b> | <b>%</b>       | <b>Con Riesgo<br/>(n=56)</b> | <b>%</b>       |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| En el límite                  | 0                             | 0.00%          | 0                            | 0.00%          |
| Media baja                    | 27                            | 19.71%         | 18                           | 32.14%         |
| Media                         | 102                           | 74.45%         | 34                           | 60.71%         |
| Media alta                    | 8                             | 5.84%          | 4                            | 7.14%          |
| Superior                      | 0                             | 0.00%          | 0                            | 0.00%          |
| <b>Total</b>                  | <b>137</b>                    | <b>100.00%</b> | <b>56</b>                    | <b>100.00%</b> |

Nota. Elaborado por el autor

La evaluación de la flexibilidad cognitiva mediante el Trail Making Test (TMT), contrastada con normas poblacionales ecuatorianas, reveló que el perfil del grupo sin riesgo se caracterizó por un rendimiento cognitivo mayoritariamente normativo.

A partir de la calificación se observó que el 74.45% (102) de los evaluados se encontró en la categoría de Media según su edad, sexo y nivel educativo. En contraste una proporción menor, del 19,71% (27), de los participantes obtuvo puntajes por debajo de la media y el 5.84% (8) se ubicó por encima de la media. Ningún evaluado obtuvo puntuaciones que los ubicara en el límite ni puntajes que estuvieran en el rango superior.

De tal manera, se evidenció como tres cuartas partes de los participantes sin comportamiento suicida (102) presentaron puntajes dentro de la media, lo que indicó que no presentan alteraciones en esta función cognitiva y se encontraban en el rango esperado de acuerdo a su sexo, edad y nivel académico. Esto sugirió que eran capaces

de adaptarse a cambios y nuevos desafíos sin mayores dificultades. En el caso del 19.71% (27) obtuvieron puntajes por debajo de la media, lo que evidenció la presencia de ligeras dificultades en la adaptación a cambios.

Referente a los puntajes obtenidos por los participantes que presentaron comportamiento suicida se observó que un tercio de los participantes, el 32.14% (18), se ubicó con puntajes por debajo de la media. El 60.71% (34) se encontró con puntajes dentro de la media esperada, y solo el 7.14% (4) de los evaluados alcanzaron medios altos de acuerdo a su edad, sexo y nivel académico.

Cabe mencionar que, en la distribución de la flexibilidad cognitiva del grupo con comportamiento suicida, se observaron variaciones significativas. Aunque la mayoría de los participantes, el 60.71% (34), también se ubicó en la categoría de la Media, esta proporción resultó diferente, en relación al grupo sin riesgo, en un 13.74% donde se presentó en un 74.45%. Esta diferencia se compensó principalmente por una mayor frecuencia de participantes en el rango de Media Baja con un 32.14% (18), proporción que fue casi el doble de la puntuación obtenida por el grupo sin comportamiento suicida del 19.71%.

Este patrón sugirió que, si bien existe un funcionamiento cognitivo normativo fue común en ambos grupos, la presencia de dificultades en la flexibilidad cognitiva resultó más frecuente en el grupo con riesgo. Por lo tanto, desde una perspectiva descriptiva y en el contexto de esta muestra, una flexibilidad cognitiva dentro de los parámetros esperados, en sexo, edad y nivel educativo, pudo considerarse un elemento característico del grupo sin comportamiento suicida. De este modo, la capacidad para alternar entre pensamiento y estrategias lo que se conceptualizó como un factor de protección individual.

## **Clasificación de los participantes evaluados en relación a su tipo de familia, funcionamiento familiar y dimensiones**

Estos resultados corresponden al tercer objetivo específico a identificar factores de protección familiares desde el funcionamiento familiar, tipo de familia y dimensiones presentes en el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL

**Tabla 5**

*Distribución de los participantes sin comportamiento suicida según su tipo familiar*

| <b>Tipo De Familia</b> | <b>Sin Riesgo<br/>(n=137)</b> | <b>%</b>       |
|------------------------|-------------------------------|----------------|
| Nuclear                | 92                            | 67.15%         |
| Extendida              | 26                            | 18.98%         |
| Reconstituida          | 9                             | 6.57%          |
| Monoparental           | 10                            | 7.30%          |
| <b>Total</b>           | <b>137</b>                    | <b>100.00%</b> |

Nota. Elaborado por el autor

Respecto a distribución de los tipos de familia en el grupo sin riesgo se reveló un patrón claro. La configuración nuclear fue la mayoría representada por el 67.15% (92). Seguidas por las familias Extendidas presentes en el 18.98 (26) de los evaluados constituyéndose la segunda más presente y las de menor presencia fueron las familias Reconstituidas y Monoparentales que correspondieron el 6.57% (9) y el 7.30% respectivamente.

Estos resultados describieron un contexto familiar específico para la mayoría de estudiantes sin comportamiento suicida, donde la presencia de ambos progenitores, en una familia nuclear, o de una red familiar ampliada, como una familia extendida, emergió como el escenario predominante, brindando una aproximación a un posible factor de protección de naturaleza estructural.

A partir de estos resultados se evidenció que la constitución de las familias tradicionales, conformada por padres e hijos biológicos y/o adoptados, fue la configuración con mayor presencia en los evaluados sin comportamiento suicida, seguida por las familias extendidas, construidas por los miembros nucleares y de al menos un miembro de un grado de consanguineidad. En el caso de las familias conformadas por un solo progenitor y sus descendientes como el caso de las familias conformadas por un padre o madre con un/a hijo/a fuera del matrimonio que construye una nueva familia fueron las menos frecuentes en los participantes.

**Tabla 6**

*Distribución de los participantes sin riesgo de acuerdo a su funcionalidad familiar*

| <b>Funcionalidad</b>     | <b>Sin Riesgo<br/>(n=137)</b> | <b>%</b>       | <b>Con Riesgo<br/>(n=56)</b> | <b>%</b>       |
|--------------------------|-------------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| Funcional                | 50                            | 36.50%         | 13                           | 23.21%         |
| Moderadamente Funcional  | 72                            | 52.55%         | 30                           | 53.57%         |
| Disfuncional             | 15                            | 10.95%         | 11                           | 19.64%         |
| Severamente Disfuncional | 0                             | 0.00%          | 2                            | 3.57%          |
| <b>Total</b>             | <b>137</b>                    | <b>100.00%</b> | <b>56</b>                    | <b>100.00%</b> |

Nota. Elaborado por el autor

En la tabla se representaron los distintos tipos de funcionalidad presentados en los evaluados sin riesgo suicida donde existió un predominio de las familias Moderadamente Funcionales con un 52.55% (72). Las familias funcionales fueron las segundas más frecuentes representadas con el 36.50% (50). En el caso de las familias disfuncionales solo se manifestaron un 10.95% (15) y las familias severamente disfuncionales no se evidenciaron.

A partir de los datos fue posible inferir que en este grupo de evaluados sin riesgo suicida predominaban las familias moderadamente funcionales y totalmente funcionales lo que implicó que las familias contaban con recursos adaptativos y donde los grupos

familiares con problemas de funcionalidad resultaron atípicos en este grupo de participantes.

En referencia a los participantes con comportamiento suicida se evidenció que las familias moderadamente funcionales fueron las predominantes con un 53.57% (30), seguidas de las familias funcionales con un 23.21% (13). En cuanto a las familias disfuncionales se presentaron en un 19.64% (11) y las familias severamente disfuncionales un 3.57 (2).

En el caso del grupo con comportamiento suicida se observaron similitudes en la presencia de familias moderadamente funcionales con el grupo sin riesgo, existiendo una diferencia únicamente del 1.02% a favor del grupo con riesgo. Referente a las familias funcionales se evidenció una mayor presencia en el grupo sin riesgo, del 13.29% respectivamente. En cuanto al grupo sin riesgo se encontró un incremento del 8.69% de familias disfuncionales y la presencia del 3.57% de casos de familias severamente disfuncionales; donde el grupo sin comportamiento suicida no presentó.

De tal manera fue posible evidenciar que la presencia de familias moderadamente funcionales no resultó significativamente en el grupo sin comportamiento suicida con el grupo que sí lo presentó, por lo cual no constituyó un factor de protección. Sin embargo la presencia de familias funcionales, en el grupo estudiado, si representó un factor de protección donde su capacidad de comunicarse clara y abiertamente, mantener roles y actividades distribuidas, conformar un espacio de escucha y de afecto entre los miembros, como ser capaces de apoyarse entre sí y ser un elemento de apoyo entre quienes conforman la familia redujo el riesgo de presentar comportamiento suicida; a diferencia de las familias disfuncionales y severamente disfuncionales donde el riesgo de presentar este comportamiento suicida se incrementa.

**Tabla 7**

Distribución de los participantes de acuerdo a las dimensiones de los factores familiares en participantes sin comportamiento suicida

| <b>Dimensiones</b> | <b>Nivel Normal</b> | <b>%</b> | <b>Nivel Deficiente</b> | <b>%</b> | <b>Total N</b> | <b>Total %</b> |
|--------------------|---------------------|----------|-------------------------|----------|----------------|----------------|
| Cohesión           | 135                 | 98.54%   | 2                       | 1.46%    | 137            | 100.00%        |
| Armonía            | 134                 | 97.81%   | 3                       | 2.19%    | 137            | 100.00%        |
| Comunicación       | 127                 | 92.70%   | 10                      | 7.30%    | 137            | 100.00%        |
| Permeabilidad      | 117                 | 85.40%   | 20                      | 14.60%   | 137            | 100.00%        |
| Afectividad        | 129                 | 94.16%   | 8                       | 5.84%    | 137            | 100.00%        |
| Roles              | 133                 | 97.08%   | 4                       | 2.92%    | 137            | 100.00%        |
| Adaptabilidad      | 134                 | 97.81%   | 3                       | 2.19%    | 137            | 100.00%        |

Nota. Elaborado por el autor

En la tabla 7 se resumieron los resultados de los evaluados en las dimensiones que permitió analizar el cuestionario FF-SIL donde se observaron puntajes normales y deficientes en las respectivas dimensiones. De tal manera el grupo sin riesgo reveló un perfil de competencias familiares excepcionalmente positivo. Los estudiantes de este grupo reportaron niveles óptimos en las dimensiones de Cohesión, con el puntaje más alto en los participantes sin riesgo suicida, con un 98.54% (135), le siguieron dimensiones como la Armonía, Adaptabilidad y Roles con un 97%. La afectividad fue la dimensión que reflejó puntajes normales en un 94.16% (129). En cuanto a la comunicación se hallaron puntajes del 92.70% (127) y finalmente la Permeabilidad reflejó un 85.40% en puntajes normales; que incluso al ser el puntaje más bajo se mantuvo en un rango mayormente normal. Este perfil consistentemente positivo en todas las dimensiones sustentó la alta funcionalidad familiar global descrita previamente.

Este patrón multidimensional, que combinó un fuerte vínculo emocional, a través de la Cohesión y la Afectividad, habilidades para gestionar conflictos y cambios,

con la Armonía y la Adaptabilidad, y la capacidad de organizarse y gestionarse internamente, por los Roles y la Comunicación, describe un entorno familiar competente y capaz de manejarse adecuadamente ante las dificultades y desafíos internos.

## **Discusión**

En el artículo “Orientación suicida y su relación con factores psicológicos y sociodemográficos en estudiantes Universitarios” de Tabares y Peralta (2021), se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal y alcance descriptivo-correlacional con una población de 422 estudiantes de Psicología de la Universidad Católica Luis Amigo, en Manizales Colombia.

Los resultados obtenidos en la investigación, referente a los factores sociodemográficos y su relación con el riesgo suicida, indicó que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el riesgo suicida de acuerdo al género, estrato socioeconómico, jornada de estudio ni nivel del semestre. Sin embargo se identificó que el rango de edad de mayor riesgo se sitúa entre los 19 a los 24 años, con mayor especificidad entre los 22 y 24 años donde se concentraba el grupo con mayor cantidad de intentos suicidas y casos de estudiantes con niveles de riesgo alto.

Esta convergencia entre los datos de la investigación de Tabares y Peralta (2021) con la presente investigación coincide en que los 19 los 24 años constituye una ventana de vulnerabilidad. Mientras que en el presente estudio los casos con riesgo se concentraban entre los 19 y 22, con una aparente disminución en los 21 años, en el estudio de Tabares y Peralta (2021) el rango con mayor riesgo se ubica entre los 22 y 24 años. Esta ligera diferencia entre los rangos de edad podría reflejar variaciones en la

composición de las muestras, contextos institucionales o instrumentos utilizados, pero en conjunto entre estos estudios se destaca la ventana de riesgo entre la edad.

En el artículo "Caracterización del riesgo suicida y factores sociodemográficos asociados en población joven" de Gómez Tabares, Chávez Gómez y Correa Duque (2023), se empleó una metodología cuantitativa, observacional y transversal con una muestra de 340 jóvenes universitarios colombianos de 18 a 30 años. Utilizando la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, el estudio reportó una prevalencia de riesgo suicida del 43.8%.

En este estudio respecto a los factores sociodemográficos, presentó análisis de chi-cuadrado los cuales indicaron que variables como el sexo, la edad, el estado civil, la ciudad, el nivel socioeconómico y la actividad laboral no muestran una asociación estadísticamente significativa con los niveles de riesgo suicida. En contraste, en este estudio de Gómez Tabares, Chávez Gómez y Correa Duque (2023), identificaron como factores relacionados significativos los antecedentes de suicidio en la familia, los pensamientos e intentos suicidas en el último año y el consumo de drogas.

Por lo cual, tanto en este estudio de Gómez, Chavez y Correa como en la investigación actual se observó que las variables como el sexo y el estado civil no distinguen significativamente como factores de protección en el comportamiento suicida, por que influye a ambos géneros de forma similar. Y en el estado civil se evidenció como en ambos estudios la soltería predominó en los participantes con riesgo y sin riesgo, lo que podría indicar que no representa como factor protector ni de riesgo en la muestra actual y en estos contextos universitarios.

Una revisión sistemática realizada por Buide (2025) deseaba analizar la posible relación entre la flexibilidad cognitiva con la conducta suicida. Partiendo de la hipótesis de que sí existe una relación entre ambas variables además se presumía que individuos con la presencia de un historial previo de intentos suicidas van a obtener puntajes inferiores de flexibilidad cognitiva. Para ello consideró estudios realizados desde los últimos 13 años y, luego de un análisis y búsqueda de artículos con validez científica, se decantó por 108 artículos.

Los resultados de esta investigación concluyen en que existen investigaciones que contradicen los resultados esperados referente a la relación entre el comportamiento suicida, refiriendo que existe tanto una relación positiva, como negativa, entre niveles bajos de flexibilidad cognitiva y niveles altos en comportamiento suicida. De tal manera esta investigación refirió que la flexibilidad cognitiva no ofrece puntajes predecibles en cuando se evalúa todas las poblaciones, sino que varía por muchos factores. Incluso el estudio de Verma et al. 2016 citado en esta revisión sistemática se observó como individuos sin antecedentes de comportamiento suicida obtuvieron puntajes inferiores en de flexibilidad cognitiva, aplicando TMT, en comparación con el grupo que sí tenía un historial de intento suicida; es decir que el grupo sin riesgo presentó niveles disminuidos de esta función cognitiva a diferencia del grupo de riesgo.

En un estudio realizado por Park (2022) con 505 individuos de edades entre los 20 a los 70 años tenía la finalidad de averiguar la influencia, tanto positiva como negativa, de la flexibilidad cognitiva en una población con antecedentes de comportamiento autolesivo no letal e intentos suicidas. De la muestra total el 16% (85) de los participantes presentaron intentos suicidas a lo largo de su vida. Los resultados obtenidos de esta investigación concluyeron que la flexibilidad cognitiva, contrario a lo

que demás investigaciones refieren, puede convertirse en un factor de riesgo donde los individuos al fomentar el desarrollo de esta habilidad cognitiva pueden buscar nuevas alternativas y métodos para cometer intentos autolíticos; es allí donde la capacidad de buscar nuevas alternativas y cambiar de pensamientos se puede incidir negativamente en individuos con antecedentes de intentos suicidas

Otro elemento que debe considerarse al hablar de flexibilidad cognitiva y comportamiento suicida es otra observación alcanzada en la revisión sistemática realizada por Buide (2025) donde se plantea que los estudios referentes al análisis de la relación entre ambas variables se puede ver sesgada al únicamente ejecutarse estudios transversales en vez de estudios longitudinales lo que dificulta realizar un análisis correlacional a lo largo del tiempo entre reincidencias en el comportamiento suicida con el mantenimiento de niveles disminuidos de la flexibilidad cognitiva. En su investigación, de los 108 artículos recopilados, únicamente 4 estudios fueron longitudinales mientras que el resto fue de corte transversal. Este enfoque centrado en la investigación de la realidad actual, y no a lo largo del tiempo, puede sesgar las interpretaciones sobre la presencia de niveles disminuidos en la flexibilidad y su posible relación como factor de riesgo en el comportamiento suicida.

La investigación actual también es de corte transversal, lo que puede dificultar el realizar un análisis a lo largo del tiempo donde se evidencie que los individuos que presentaron puntajes por debajo de la media en un futuro puedan o no presentar riesgo suicida; como aquellos individuos con puntajes en la media o por encima de la media que se mantengan sin presentar comportamiento suicida lo que confirmaría que es un factor protector ante este fenómeno. Por lo que aspirar a realizar investigaciones a lo largo del tiempo puede ser un elemento de vital importancia para poder describir con

mayor rigurosidad científica la relación de la flexibilidad cognitiva como factor de protección ante el comportamiento suicida.

En relación a los factores familiares encontramos diferentes investigaciones contemporáneas en el ámbito latinoamericano como la realizada por Reyes y Oyola (2022) quienes examinaron la relación entre la funcionalidad familiar y las conductas de riesgo en estudiantes de ciencias de la salud en Perú. Utilizando el APGAR familiar, encontraron que, si bien la mayoría de los estudiantes reportaba una funcionalidad normal (54.7%), una cuarta parte (25.4%) ya presentaba disfunción leve. Su análisis estadístico reveló una correlación significativa entre una menor funcionalidad familiar y una mayor presencia de conductas de riesgo en estudiantes de medicina ( $p = .01$ ). Los autores argumentan que esta disfunción, incluso en grados leves, puede mermar la capacidad de adaptación a la vida universitaria; una dificultad que se puede incrementar en estudiantes de otras localidades quienes deben enfrentar la soledad y el desarraigo.

En un estudio acerca de la funcionalidad y satisfacción familiar en adolescentes de tercer año de bachillerato de la Unidad Educativa Santa Rosa, realizado por Medina (2019), se utilizó una metodología cuantitativa de corte transversal aplicando el Cuestionario de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) y la escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) aplicados en una muestra de 120 estudiantes.

Los resultados obtenidos reflejaron que la dimensión mas alta fue Afectividad con una Media de 7.91 y una desviación estándar de 1.58, seguida de Cohesión con una Media de 7.65 y una desviación estándar de 1,49. En el caso de la dimensión de Armonía se presentó una puntuación promedio de 7.17 y una desviación típica de 1,51, en el componente de Roles se observa una Media de 7.37 y desviación típica de 1,51. Mientras que las dimensiones con una puntuación disminuida fueron Permeabilidad con

una Media de 6.35 y una desviación estándar de 1,70 y Comunicación con 6.38 de Media y 1,62 en la desviación estándar.

Además, en este estudio realizado por Medina, se encontró que el 66.7% de los participantes formaban parte a familias Moderadamente Funcionales, reflejando que un entorno familiar equilibrado promueve un desarrollo integral y saludable entre sus miembros.

En relación a los resultados del instrumento FF-SIL aplicado en este estudio se identificó que las dimensiones de Cohesión, Afectividad y Armonía presentaron las puntuaciones más altas entre los participantes. Asimismo, al examinar los casos de funcionalidad familiar baja, se observó un descenso en la cohesión y un incremento en la permeabilidad, lo que sugiere que estas dimensiones son sensibles a dinámicas familiares disfuncionales. Estos hallazgos refuerzan la relación identificada en este estudio donde a la presencia de un mayor nivel de funcionalidad familiar se asocia con una mayor satisfacción familiar percibida por los adolescentes, lo que convierte a la familia un factor de protección, siempre y cuando se presente una buena funcionalidad.

### **Conclusiones**

- Se concluye que, en la muestra estudiada de la Facultad de Ciencias Administrativas, Contables y Comercio de la ULEAM, el grupo sin riesgo (70.98%) se caracteriza, en su mayoría, por respuestas en la Escala de Ideación Suicida (SSI) reflejan preocupaciones existenciales o expresiones coloquiales de estrés (como el deseo débil de morir o la idea de morir "por casualidad"), no constituyen una ideación suicida clínica, estando estas respuestas más vinculadas a percepciones de inseguridad social o a un discurso normalizado de queja frente a la presión académica. Además, casi un tercio (29.02%) de los estudiantes presenta algún grado de comportamiento suicida, variando de leve a

grave. Este hallazgo subraya la magnitud del fenómeno en el contexto universitario local y justifica la pertinencia de la investigación.

- Se identifica que el perfil sociodemográfico del estudiante sin comportamiento suicida se caracteriza por una edad concentrada alrededor de los 21 años, sugiriendo que este puede ser un período de mayor estabilidad y adaptación universitaria. Además, se observa una ligera mayor diversidad en el estado civil (presencia de uniones libres y casados) en comparación con el grupo de riesgo, lo que podría insinuar el papel protector de los vínculos de pareja estables. A nivel cognitivo, el factor de protección individual más claro es una flexibilidad cognitiva preservada, con un rendimiento dentro del rango normativo esperado para su edad, sexo y nivel educativo, la cual estuvo presente en el 74.45% del grupo sin riesgo. Este recurso cognitivo parece asociarse a una menor vulnerabilidad, a diferencia del grupo con riesgo, donde se duplicó la proporción de participantes con flexibilidad cognitiva por debajo de la media.

- Se describe que el entorno familiar del estudiante sin comportamiento suicida se distingue por una estructura predominantemente nuclear o extendida y por una percepción de funcionalidad moderadamente funcional o funcional en su totalidad. Este entorno se caracteriza por elevados niveles de cohesión, armonía, adaptabilidad y una clara distribución de roles, según lo medido por el FF-SIL. Específicamente, dimensiones como la Cohesión y la Armonía destacan como pilares del sistema familiar protector. La presencia de familias disfuncionales fue significativamente menor en el grupo sin riesgo en comparación con el grupo con riesgo, reforzando el rol del funcionamiento familiar como un factor protector clave que mitiga la probabilidad de presentar comportamiento suicida.

## **Recomendaciones**

- Desarrollar e implementar un Plan de Prevención Integral del Comportamiento Suicida, de carácter multinivel. Este plan debe abordar el espectro completo del riesgo, desde la promoción de la salud mental y la promoción de los factores de protección individuales y familiares, la detección temprana de la ideación, hasta la intervención en crisis y el seguimiento post-intento.
- Incorporar de manera explícita el fortalecimiento del funcionamiento familiar como un componente central en los programas de prevención y promoción de la salud mental estudiantil. Dado el peso protector de dimensiones como la afectividad y la comunicación familiar evidenciado en este estudio, se deben diseñar talleres y espacios de orientación que brinden a los estudiantes herramientas para mejorar estas dinámicas, y ofrecer recursos de psicoeducación familiar.
- Ampliar el estudio de los factores de protección y riesgo a otras facultades de la ULEAM, en particular a aquellas con perfiles académicos y niveles de estrés diferenciados, como Medicina, Ingenierías o Psicología. Esto permitirá contrastar los hallazgos actuales y diseñar intervenciones más precisas y culturalmente adaptadas a cada contexto educativo.



## BIBLIOGRAFÍA

- Andrade Salazar, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (2), 688.  
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/32373>
- Andolfi, M. (2017). Manual de terapia familiar: Los modelos teóricos y técnicos de la escuela de Roma. Editorial Amorrortu. <https://ayudacontextos.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/04/andolfi-maurizio-terapia-familiar.pdf>
- Ansean, A., Fonseca, E., & Gabilondo, A. (2024). *Prevención activa del suicidio Una mirada integral de la conducta suicida en España*. <https://oficinac.es/es/informes-c/prevencion-suicidio>
- Archondo, D., & Rodríguez, D. (2023). *Factores protectores y de riesgo en los entornos familiares*. Junta Nacional de Drogas. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/factores-protectores-riesgo-entornos-familiares>
- Barrero, S. A. P. (2006). *¿Como evitar el suicidio en adolescentes?*  
<https://biblioteca.unipac.edu.mx/wp-content/uploads/2024/02/Perez-Barrero-Como-evitar-el-suicidio-en-adolescentes.pdf>
- Beck, A., Kovacs, & Weissman, A. (1979). Assement of suicida intent: The scale for suicide ideation. *Journal Consult Clinic Psychology*, 47, 343–352.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/469082/>
- Buide, A. (2025). Revisión sistemática sobre la relación de la flexibilidad cognitiva y la relación con el comportamiento suicida. Obtenido de  
<https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/11605>
- Córdova Osnaya, M., Rosales Murillo, M., Caballerp Avila, R., & Rosales Pérez, J. (2007). Ideación suicida en Jóvenes Universitarios: su Asociación con Diversos Aspectos
- Casullo, M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones* , 12, 173-182.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941017.pdf>
- Durante, M. C., & Yanagu, A. R. (2017). Relaciones familiares versus aprendizaje: un análisis con niños de 5 a 6 años. *Alteridad*. Obtenido de  
<https://www.redalyc.org/journal/4677/467751868005/html/>
- Dziak, M. (2024). *Cognitive flexibility*. Obtenido de EBSCO:  
<https://www.ebsco.com/research-starters/religion-and-philosophy/cognitive-flexibility>
- Delfino, M., D'Acosta, L., & Pérez, J. R. (2022). Factores de riesgo y protección de conducta suicida en adolescentes. Encuesta en primer nivel público (diciembre 2016 - setiembre 2017). *Archivos de pediatría del Uruguay* , 93(2).  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492022000201206](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492022000201206)

- García, S. C. (2025). *Funciones ejecutivas y riesgo de autolesiones no suicidas en jóvenes de 15 a 24 años: revisión sistemática de la literatura científica*. .  
Obtenido de <https://dspace.umh.es/bitstream/11000/36881/1/Trabajo%20de%20Fin%20de%20Grado%20-%20Sara%20Calvo%20Garcia.pdf>
- Giraldo, A. (2018). *Familia y comunicación*. Aldea Infantiles.  
<https://www.aldeasinfantiles.org.co/noticias/2022/¿que-es-la-comunicacion-familiar>
- Gob, E. (2024). *El ECU 911 coordinó 289 llamadas de emergencia por suicidio en 2024 – Servicio Integrado de Seguridad ECU 911*. Gobierno del Ecuador.  
<https://www.ecu911.gob.ec/el-ecu-911-coordino-289-llamadas-de-emergencia-por-suicidio-en-2024/>
- González, J., Nuñez, J., Alvarez, L., Rocés, C., & Gonzalez, S. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*, 471-477.  
Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715321.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). “*Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador*”. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>
- Harmer, B., Lee, S., Rizvi, A. y Saadabadi, A. (2025). Ideación suicida. En StatPearls. Publicación de StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877>
- Holt, C., Fawcett, S. B., & Schultz, J. A. (2025). *Comprender los factores de riesgo y de protección: Su uso en la selección de objetivos potenciales y estrategias prometedoras para las intervenciones*. Caja de herramientas comunitarias; Universidad de Kansas. <https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/analizar/elegir-y-adaptar-intervenciones-comunitarias/factores-de-riesgo-y-proteccion/principal>
- López Jiménez, M. A., Estrada Reyes, C. U., & Pérez Jaimes, A. K. (2024). Factores sociodemográficos y su relación con el diagnóstico nutricional del preescolar. *Desarrollo sustentable, Negocios, Emprendimiento y Educación*, 6(55), 34–51.  
<https://doi.org/10.51896/rilcods.v6i55.522>
- McHugh, C., Corderoy, A., James Ryan, C., Hickie, I., & Michael, M. (2019). Asociación entre ideación suicida y suicidio. *BJPsych*. <https://doi.org/doi:10.1192/bjo.2018.88>
- Olson, D. H., Waldvogel, L., & Schlieff, M. (2019). Circumplex model of marital and family systems: An update. *Journal of Family Theory & Review*, 11(2), 199–211.  
<https://doi.org/10.1111/jftr.12331>
- OMS. (2025). *Suicidio*. Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- ONU. (2015, enero 7). *3 Salud y Bienestar*. Objetivos de desarrollo sostenible.  
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

- ONU. (2015). Recuperado el 2025, de Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades:  
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organizacion Mundial de la Salud . (2025). Recuperado el 2025, de Suicidio:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- PAHO. (2022). Recuperado el 2025, de La salud mental en la Región de las Américas. Prevención del suicidio. Septiembre del 2022:  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56399>
- PAHO. (2022). *La salud mental en la Región de las Américas. Prevención del suicidio. Septiembre del 2022.* <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56399>
- Park, Y., & Ammerman, B. (s.f.). For Better or Worse?: The role of cognitive flexibility in the association between nonsuicidal self-injury and suicide attempt. *Journal of Psychiatric Research*, 158. Obtenido de  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395622007075>
- Rangel Villafañá, J. N., & Jurado Cárdenas, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32, 29–48. <https://doi.org/https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Reyna, J. M., & Salcido, M. R. E. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 73–91.
- Rodríguez, A. (2009). *Terapia familiar sistémica: Teoría y práctica*. Ediciones Pirámide.
- Reyes, S., & Oyola, M. (2022). Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comunicación*, 13(2), 127-137. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/4498/449872026004/html/>
- Romero, E., Zaldivar, M., Perez, L., & Hernandez, M. (2022). Aproximación a una definición de flexibilidad cognitiva y algunos de sus indicadores. *Ciencia Latina*, 1511-1526. Obtenido de  
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1977/2833>
- Tabares, A. S., & Peralta, Y. B. (2021). Orientación suicida y su relación con factores psicológicos y sociodemográficos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 469-493. Obtenido de  
<https://www.redalyc.org/journal/4978/497870463003/497870463003.pdf>

Tabares, A. S., Gómez, S. A., & Duque, M. C. (2025). Caracterización del riesgo suicida y factores sociodemográficos asociados en población joven. *Estudios Del pacífico*, 72-91.

Vázquez, M. G. (2017). *Muestreo probabilístico no probabilístico*. Universidad del ISTMO. Obtenido de <https://www.gestiopolis.com/wp-content/uploads/2017/02/muestreo-probabilistico-no-probabilistico-guadalupe.pdf>

Olson, D. H., Waldvogel, L., & Schlieff, M. (2019). Circumplex model of marital and family systems: An update. *Journal of Family Theory & Review*, 11(2), 199–211.  
<https://doi.org/10.1111/jftr.12331>

Wilkinson, D. (2024). *Belief Systems – Definition and Explanation*. The Oxford Review. <https://oxford-review.com/the-oxford-review-dei-diversity-equity-and-inclusion-dictionary/belief-systems-definition-and-explanation/>

## Anexos

## Ficha Sociodemográfica

| 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                               | 8 horas                         | 10 horas          | 12 horas                 |                              | 15 horas                | Otro (colocar cuantas)                       |           |
| Promedio de ingreso mensual                     |                                 |                   |                          |                              |                         |  |           |
| Información familiar                            |                                 |                   |                          |                              |                         |  |           |
| Número de personas con las que vive en el hogar | Total                           |                   | Menores                  |                              | Adultos > 65            | Personas con discapacidad física/intelectual |           |
| 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 educacional                                   |                                  |   | Ámbito social         |                                      |    |                       |  |  |
| Familiares con condición de discapacidad                   | Sí   |    |   | no             |   |    | Tipo:  |                                  |   |                       |                                      |    |                       |  |  |
| <b>Información sobre el estado de salud</b>                |  |    |   |                |   |    |  |                                  |   |                       |                                      |    |                       |  |  |
| 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                                   | Sí: 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 |                       |  |  |
| <b>Información adicional</b>                               |  |    |   |                |   |    |  |                                  |   |                       |                                      |    |                       |  |  |

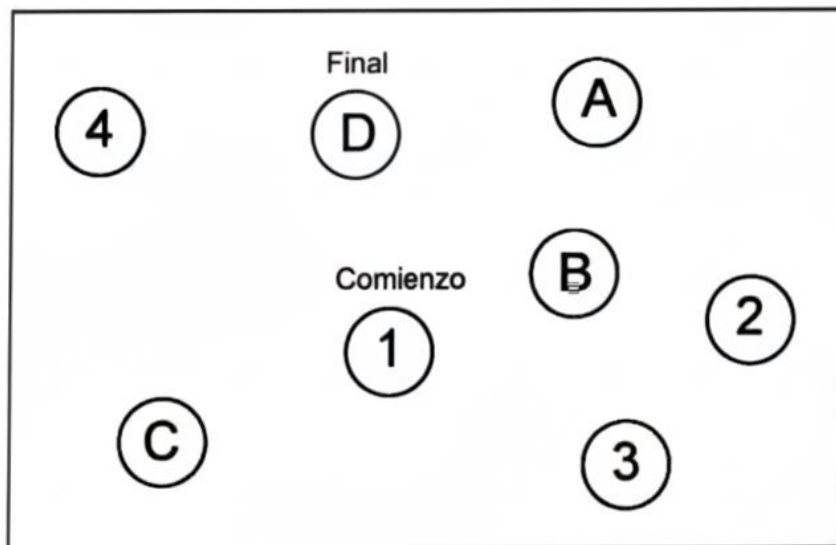
|   |                   |                          |                            |                          |                      |                        |          |  |
|---|-------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------|----------|--|
| 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      |          |  |
| Victima de malos tratos, abusos en su país/ciudad de origen | Sí                |                          | No                         |                          | No aplica            |                        |          |  |
| Victima 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 más          |          |  |
| 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         |          |  |

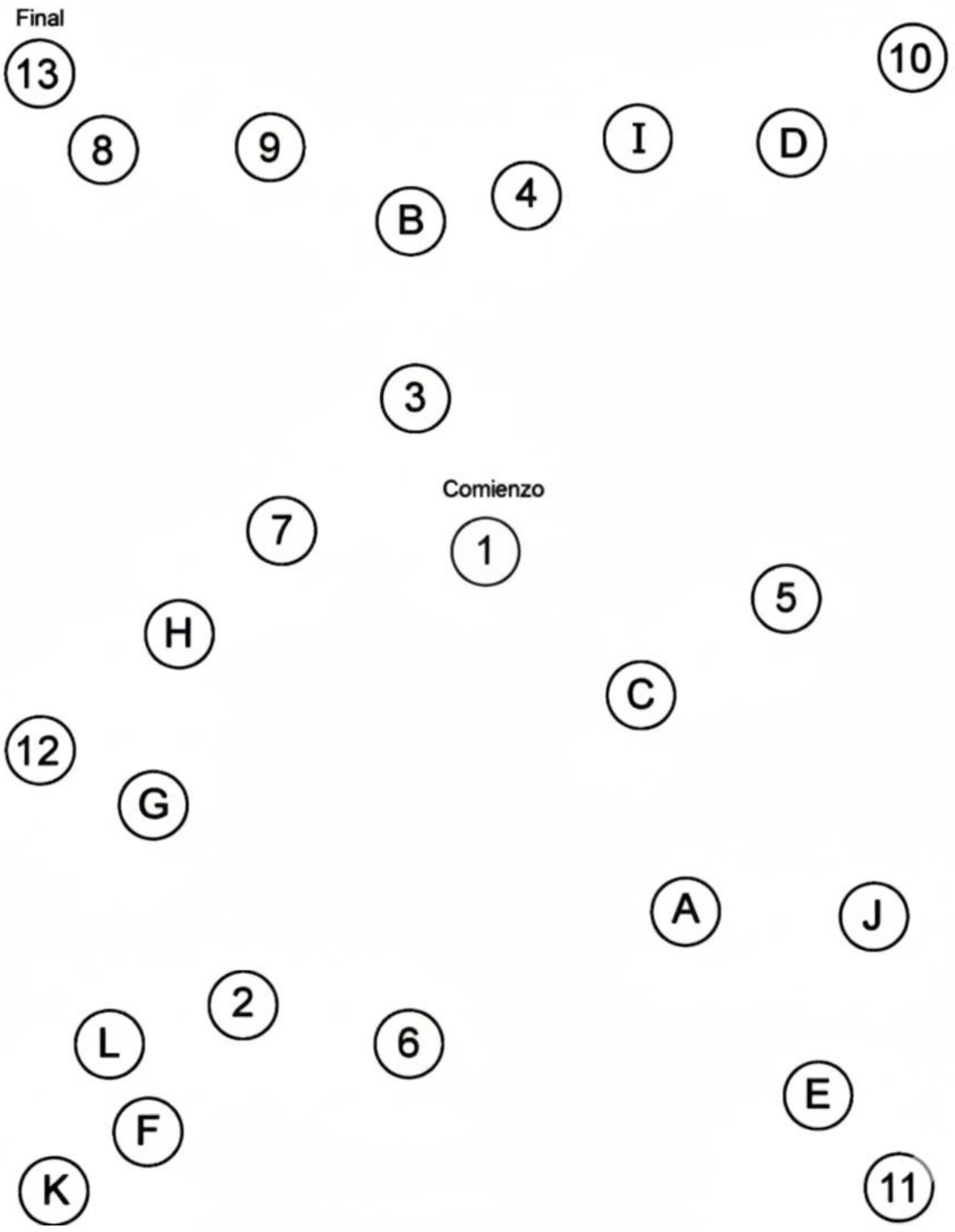
## Trail Making Test

## TRAIL MAKING

## Parte B

## Ejemplo





**FF-SIL**

No. De expediente \_\_\_\_\_ No. de miembros de la familia \_\_\_\_\_

Tipo de familia/estructura \_\_\_\_\_

**Cuestionario 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   |                  |             |         |              |              |

## Escala de Ideación Suicida (SSI)

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

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

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