

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

**PREVALENCIA DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA Y
FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A
TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES
EDUCATIVAS. CUENCA. PERIODO 2019 - 2020**

AUTOR:

KAREN ESTEFANIA GARCIA ZHIÑA

DIRECTOR:

DRA. ROSA ELIZABETH SOLÓRZANO BERNITA

ASESOR:

DR: GABRIEL ANÍBAL HUGO MERINO

CUENCA – ECUADOR

2019



RESUMEN

ANTECEDENTES: El suicidio es un fenómeno multifactorial, siendo involucrados factores biológicos, psicológicos, culturales, sociales y ambientales. Esta problemática en adolescentes ha ido en incremento siendo la segunda causa de mortalidad entre 15 a 29 años de edad según la OMS. En el 2015 en Ecuador se registra que el suicidio representa el 1,17% de mortalidad. La UNICEF predice que hasta un 50% de adolescentes y jóvenes presentan ideación suicida por el cúmulo de problemas.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de riesgo de Conducta Suicida y factores asociados en adolescentes de primero a tercero de bachillerato de cinco Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca. Periodo 2019 - 2020

METODOLOGÍA: Es un estudio observacional, analítico, trasversal. Muestra de 364 estudiantes pertenecientes a cinco unidades educativas de la ciudad de Cuenca donde se aplicó cuestionarios de: datos sociodemográficos, inventario de ideación suicida positiva y negativa, escala de depresión de Zung y APGAR familiar. Los datos obtenidos fueron analizados y tabulados mediante el programa SPSS, el análisis fue descriptivo mediante tablas de frecuencias y cruzadas.

RESULTADOS: el 86,5 % de los estudiantes se encuentra entre los 15 y 18 años, con una media de edad de 15,8 años, mediana de 16 años, el 51,9% son de sexo femenino y el 48,1% de sexo masculino, el 40,7% presenta riesgo de conducta suicida, el 41,8% presentan rasgos depresivos y el 67,3% pertenece a una familia disfuncional, considerándose a estos dos factores asociados como riesgo de presentar conductas suicidas.

PALABRAS CLAVES: ADOLESCENCIA, IDEACIÓN SUICIDA, DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



ABSTRACT

BACKGROUND: Suicide is a multifactorial phenomenon. Being involved biological, psychological, cultural, social and environmental factors. This problem in teenagers has been increasing as the second cause of mortality between 15 and 29 years according the WHO. In 2015 in Ecuador suicide represents 1.17% of mortality. UNICEF predicts that up to 50% of teenagers have suicidal thoughts for the accumulation of problems.

OBJETIVE: determine the prevalence of risk of suicidal behavior and associated factors in teenagers from first to third year of high school of five Educational Units of the city of Cuenca. Period 2019-2020.

METHODOLOGY: This is observational study, analytical, transversal. Sample of 364 students belonging to five educational units of the city of Cuenca. Four instruments were applied: Demographics data questionnaire, Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI), Zung Self-Rating Depression Scale and Family APGAR score. The data obtained were tabulated and analyzed using SPSS, the analysis was descriptive using frequencies and cross tables.

RESULTS: 86,5% of the students are between 15 and 18 years old. With a median of 16 years, 51,9% are female and 48,1% are male, 40,7% present a risk of suicidal behavior, 41,8% have depressive traits and 67,3% belong to a dysfunctional family, considering these two associated factors as risk of suicidal behavior.

KEY WORDS: ADOLESCENCE, SUICIDE IDEATION, DEPRESSION, FAMILY FUNCTIONALITY.

ÍNDICE

RESUMEN.....	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE.....	IV
INDICE DE TABLAS	VI
PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VII
CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	VIII
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO	IX
DEDICATORIA	X
AGRADECIMIENTO	XI
CAPÍTULO I.....	12
1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. ANTECEDENTES.....	12
1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	13
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.4. JUSTIFICACIÓN	15
CAPÍTULO II.....	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	17
2.1. ANTECEDENTES ESTADÍSTICOS.....	17
2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS	18
2.2.1. <i>Adolescencia</i>	18
2.2.2. <i>Suicidio</i>	19
2.2.3. <i>Conducta Suicida</i>	19
2.2.4. <i>FACTORES DE RIESGO</i>	23
2.2.5. <i>DEPRESION</i>	25
CAPÍTULO III.....	28
3. HIPOTESIS	28
3.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
3.2.1. <i>Objetivo General</i>	28
3.2.2. <i>Objetivos Específicos</i>	28
CAPÍTULO IV	29
4. DISEÑO METODOLÓGICO	29
4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	29
4.1.1. <i>Tipo de Investigación y diseño general del estudio.</i>	29
4.1.2. <i>Línea y sublínea de investigación.</i>	29
4.1.3. <i>Localidad</i>	29
4.1.4. <i>Población, muestra y muestreo.</i>	30
4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	31
4.2.1. <i>Criterios de Inclusión</i>	31
4.2.2. <i>Criterios de Exclusión</i>	31

4.3. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE DATOS.	31
4.4. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANOS.	33
4.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	34
4.5.1. Operacionalización de las variables.....	34
5.6. ACTIVIDADES Y RECURSOS	37
5.6.1. Actividades	37
5.6.2. Recursos	38
CAPÍTULO V	39
6. RESULTADOS.....	39
5.1. Método y modelos de análisis de los datos según tipo de variables.	39
5.2. Programas a utilizar para análisis de datos.....	39
CAPÍTULO VI	47
6. DISCUSIÓN	47
CAPÍTULO VII	51
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA	51
7.1. CONCLUSIONES	51
7.2. RECOMENDACIONES.....	53
7.3. BIBLIOGRAFIA.....	54
ANEXOS	54
ANEXO 1: OFICIO DE BIOETICA	54
ANEXO 2: OFICIO DE COORDINACION DE INVESTIGACIÓN	55
ANEXO 3: AUTORIZACIÓN UNIDADES EDUCATIVAS	60
ANEXO 4: FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS	
ANEXO 5: INFORME DE ANTIPLAGIO	70
ANEXO 6: RUBRICA 5 PARES REVISORES	71
ANEXO 7: INFORME FINAL DE TITULACIÓN	73
ANEXO 8: RUBRICA DE REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA...74	
ANEXO 9: PERMISO PARA SUSTENTACIÓN.....	75
ANEXO 10: CONSETIMIENTO INFORMADO	76
ANEXO 11: ASENTIMIENTO INFORMADO	79

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO	40
TABLA 2: PREVALENCIA DE CONDUCTA SUICIDA.....	41
TABLA 3: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN.....	42
TABLA 4: DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	42
TABLA 5: IDENTIFICACION DE CONDUCTAS SUICIDAS, DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.	43
TABLA 6: RELACION DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	44
TABLA 7: RELACION DE DEPRESIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	45
TABLA 8: RELACION DE RIESGO DE CONDUCTAS SUICIDAS CON FACTORES ASOCIADOS.....	46



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Karen Estefanía García Zhiña, portador de la cédula de ciudadanía No.0106557788, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "PREVALENCIA DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS. CUENCA. PERIODO 2019 - 2020" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de octubre de 2019

Karen Estefanía García Zhiña

CI: 0106557788

AUTOR



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Karen Estefanía García Zhiña, autor del trabajo de titulación "PREVALENCIA DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS. CUENCA. PERIODO 2019 - 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Cuenca, 22 de octubre de 2019

Karen Estefanía García Zhiña

CI: 0106557788

AUTOR



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo Karen Estefanía Garcia Zhiña, con cédula de ciudadanía N° 0106557788, autor del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico, con el tema "PREVALENCIA DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS. CUENCA. PERIODO 2019 - 2020", mediante suscripción del presente documento me comprometo para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza, tiene fines académicos, los datos que se recolectarán permitirán conocer la prevalencia de riesgo de conductas suicidas y factores asociados en adolescentes de primero a tercero de bachillerato de cinco unidades educativas de Cuenca, periodo lectivo 2019 - 2020, las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 22 de octubre de 2019

Karen Estefanía Garcia Zhiña

CI: 0106557788

AUTOR

DEDICATORIA

A mis padres, por cuyo esfuerzo y sacrificio puedo permitirme este logro, de manera especial a mi madre por ser el pilar fundamental en mi vida y la razón para seguir adelante, por su apoyo incondicional, amor, valentía y compañía.

A mi familia, amigos, profesores, y de manera especial a mi novio quienes me han acompañado a lo largo de esta formación.

A la Unidades Educativas Manuel J Calle, Abelardo Tamariz Crespo, Octavio Cordero Palacios, Isabel Moscoso Dávila y Ricardo Muñoz Chávez por abrirme sus puertas y ser parte de este proyecto.

A los adolescentes que silenciaron su voz, ya que no encontraron otra salida.

AGRADECIMIENTO

Al gran Maestro de la Vida por guiar mi camino, y la bendición que me da día a día para cumplir mis anhelos y metas y darme la oportunidad de servir al prójimo.

A la Dra. Rosa Solórzano y al Dr. Gabriel Hugo que me guiaron en la elaboración de este proyecto investigativo, gracias por compartir sus conocimientos, consejos, tiempo, sin los cuales el desarrollo de este trabajo de investigación no habría sido posible.

A mis padres ya que este logro es por y para ustedes. A mi familia, novio, amigos, y todos aquellos que creyeron en mí desde lo más profundo de mi corazón, gracias a todos.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES

El suicidio es considerado como un fenómeno de causa multifactorial, donde están involucrados factores biológicos, psicológicos, culturales, sociales y ambientales.(1)

Durkheim define al suicidio como “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que según ella sabía, debe producir este daño”.(2)

Al hablar de conducta suicida se entiende, a toda acción que se produce con el propósito de quitarse la vida, incluye la intención, ideación, o cualquier pensamiento. (3) Este acto va desde la ideación pasiva, seguida por la visualización del acto, presentación de forma verbal o gesticular, planeación, preparación y ejecución. Se habla de ideas suicidas cuando persistentemente piensa, planea, o desea cometer el acto. El intento de suicidio se define como el acto deliberado, con resultado variable. (4)

En la actualidad es considerado como un fenómeno social, según la OMS más de 800 000 personas se suicidan anualmente, se considera la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años de edad, en el año 2016, de lo cual el 79% se producen en países de ingresos bajos y medianos, existe una relación 2:1 de prevalencia en hombres. (5)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2015, publicó las principales causas de mortalidad a nivel nacional, encontrando resultados relevantes en lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidio), 734 casos de defunciones, representando el 1,17% de mortalidad. De los cuales 567 casos se presentaron en el sexo masculino, representando el 1,63%, y 167 casos en el sexo femenino que representa el 0,59%. Entre las principales causas de suicidios fueron debido a envenenamiento por uso de drogas antiepilépticas, sedantes y/o hipnóticas,

alcohol, disolventes, hidrocarburos, plaguicidas; y la mayoría de casos son por lesiones autoinfligidas como ahorcamiento, estrangulación, sofocación y sumersión. (6)

En el 2002 en la provincia del Azuay se registró 16 muertes de adolescentes las cuales fueron ocasionados por suicidios, representa el 12,6% de mortalidad, lo cual la convierte en la segunda causa de muerte en adolescentes; en el 2015 el Ministerio de Salud Pública registra que el suicidio es la décimotercera causa de mortalidad con 71 casos representando el 2,11% de mortalidad. (6) En Cuenca se ha registrado 41 casos se suicidio, representando 1,80% de mortalidad. (6)

Existen diversos factores de riesgo dentro de los cuales se encuentran cambios en los hábitos de dormir y comer, retraimiento de sus amigos, familiares, actividades sociales; actuaciones violentas, uso de drogas, cambios en su personalidad, pensamientos suicidas, depresión, embarazos a temprana edad, pobreza extrema, violencia intrafamiliar, familia disfuncional. (7)

Existen diversos factores que influyen en la ideación suicida en los adolescentes, en múltiples investigaciones se han denotado que la funcionalidad de la familia, problemas escolares, migración, trastornos de alimentación, influyen de manera negativa en la ideación de un adolescente. (8) Aguirre y colaboradores (2013) indica que en una población de, el 16,5% presenta riesgo de conducta suicida, asociado a bullying escolar, disfuncionalidad familiar, depresión, baja autoestima, consumo de sustancias.

1.2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La adolescencia es una etapa de vital importancia en el desarrollo del ser humano, debido a la influencia de cambios biopsicosociales, constituyendo un periodo de conflictos para la salud y el bienestar. Conforme el paso de los años el índice de mortalidad por suicidios va en aumento, siendo causa de alerta la población adolescente, ya que son considerados como vulnerables. Se estima que para el 2020 representará el suicidio el 2,4% de la tasa de mortalidad en países desarrollados, siendo más vulnerable los adolescentes, constituyendo una amenaza para la salud mental. (9,10)

Ruiz y Orly consideran como un problema de salud pública en adolescentes al suicidio, debido a los cambios biológicos, sociales y psicológicos que experimentan, a esto se acompaña de acontecimientos de gran importancia como lo es la falta de apoyo por parte de la sociedad, influencia de redes sociales, mal uso de recursos personales, deterioro de salud afectiva, depresión, violencia intrafamiliar. (7)

En la actualidad ha ido en incremento la tasa de mortalidad en la adolescencia, siendo así que se considera la tercera causa de muerte en Estados Unidos y la cuarta causa a nivel mundial. (7)

El gold standard para la valoración de la conducta suicida es la evaluación clínica. Sin embargo, el uso de protocolos y escalas ha demostrado ser muy útil para mejorar la forma en que se documenta la información y aumentar la exhaustividad de la evaluación clínica. (11)

Las aplicaciones de las diversas escalas estimarán el riesgo de conductas suicidas; presentando una correlación de a mayor depresión existe un mayor riesgo de ideas suicidas, siendo una correlación significativa, referente a la autoestima alta se considera como un factor protector, ya que menor será la ideación suicida y la depresión. Estimándose así en un colegio público de Colombia que el 16% sufre depresión, 25% presenta ideación suicida y el 40% de los estudiantes presentan baja autoestima. (9)

Se considera en base a estudios realizados que la ideación suicida se presenta en adolescentes con tendencia a la introversión y presentan dificultad para establecer amistad, a su vez se trata de personas vulnerables y que se encuentren en situaciones difíciles. Se sienten inseguros consigo mismo, es decir, existe falta de confianza, han sufrido situaciones violentas en su hogar, falta de comunicación, abuso y/o estrés en la familia. En algunos casos se trata de adolescentes que consumen cualquier tipo de droga, impulsivos bajo estas sustancias llegan a autolesionarse como un método de salida a sus problemas. (12)

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En base a lo anteriormente expuesto se presenta las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de riesgo de conducta suicida y factores asociados en adolescentes de primero a tercero de bachillerato de cinco Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca?

1.4. JUSTIFICACIÓN

El suicidio en adolescentes es una problemática de gran importancia, en Ecuador los porcentajes de mortalidad por esta causa sigue en incremento, siendo parte de las 20 principales causas de mortalidad según el Ministerio de Salud Pública, sin embargo se han realizado escasos estudios, por lo que se hace necesaria su identificación y prevención, la cual debe estar enfocada en la identificación de las señales de una futura conducta suicida; este problema puede partir por baja autoestima, la cual produce aislamiento, conllevando a la depresión y posterior ideación suicida, las cuales por lo general pasan inadvertidas tanto por los padres, profesores, y profesionales de la salud. El 60% de personas que padecen de ideación suicidas no reciben apoyo de un psicólogo, psiquiatra o profesional de la salud. (6,13,14)

En base a que la mortalidad por suicidios ha ido en incremento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2012, creó el programa de prevención del suicidio, el cual presenta un enfoque multisectorial, abordando al suicidio con un enfoque global, no solo a nivel del sector de la salud, sino también en el ámbito educativo, bienestar social, justicia, etc. El programa pretende reducir la tasa de suicidios en un 10%, su mayor finalidad es la prevención mediante la identificación temprana y su adecuado manejo. Motivo por el cual la presente investigación se alinea con los objetivos propuestos en dicho proyecto. (5)

La Universidad Católica de Cuenca posee un programa permanente de vinculación con la sociedad, abordando muchos problemas de salud de la población. Al plantear el presente trabajo, se refuerza esta vinculación dirigida a

un grupo poblacional vulnerable, es decir adolescentes con problemas psicosociales.

Establecer la prevalencia de riesgo de conductas suicidas y cómo influye la depresión y la función de la familia, nos permitirá tener una visión general de la cantidad de casos a los cuales los profesionales de la salud, docentes de las instituciones y personal de bienestar estudiantil van a enfrentarse.

Identificar que los adolescentes presenten niveles de autoestima bajo o ideación suicida, permitirá alertar a las autoridades, profesores, profesionales del departamento de Bienestar Estudiantil y padres de familia, los cuales podrán desarrollar o incorporar programas preventivos, con la finalidad de beneficiar a dicha población, promoviendo salud tanto a nivel mental como físico, y de esta manera evitar complicaciones en un futuro que puedan ser catastróficas.

A demás el presente tema de investigación busca aportar conocimientos que a futuro serán útiles para la prevención de esta conducta que día a día va tomando vidas humanas, formar un equipo multidisciplinar con la finalidad de mantener la salud mental adecuada en cada adolescente.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Estadísticos

La adolescencia es una etapa de constante cambio, la problemática radica en la búsqueda de identidad, produciendo severos cambios que afectan a nivel ético, creencias, considerándose como una enfermedad biopsicosocial que cada vez es mayor.

En Estados Unidos, el suicidio en adolescentes ha ido en gran incremento, llegando a ser la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años, y la sexta causa de muerte entre los 5 y 14 años. (12)

En Colombia se registró que el mayor porcentaje de suicidio se da en el género masculino, para el 2011 se estableció que por cada 5 hombres se suicida 1 mujer. De un total de 277 suicidios en Bogotá, el 22% fueron hombres.(15) En Santa Marta Colombia, el suicidio en adolescentes se considera como la cuarta causa de muerte entre 12 y 15 años, en el 2013 se presentaron 1810 casos de suicidios, de los cuales 117 fueron entre 15-17 representando el 6,46%, dando una tasa de 4,44 por cada 100 000 habitantes. (9)

En España Fonseca, et al (2017) determinó que el 4% de adolescentes, ha tenido tentativas de suicidio, el 6,9% presentó ideación suicida elevado. (16) Carli et al encontró que la prevalencia de ideación suicida es del 32,3%, de donde el sexo femenino presenta mayor prevalencia (38,7%). El 30,4% presentan depresión por debajo del umbral, sin embargo, las mujeres presentan prevalencia significativamente mayor que los hombres ($p < 0.05$). (17)

En Chile las estadísticas superan ampliamente las cifras internacionales, se reportaron una prevalencia entre el 19% y el 26,3% en el área metropolitana de suicidio en adolescentes según Silva et al. (18) Se identificaron varios factores de riesgo en donde incluyen el género femenino, autoestima baja, impulsividad, problemas familiares, depresión, uso de drogas, tabaquismo, situaciones de estrés, trastornos alimenticios, conductas antisociales, etc (18)

El 59,9% de adolescentes entre los 13 y 19 años que presentaron riesgo suicida, presentó baja confianza con su madre, el 57,2% baja comunicación con su madre, el 46,3% baja confianza con su padre, concluyendo que existe una asociación entre el riesgo de suicidio y las comunicaciones familiares. (19) García y Calíope (1998), refiere que la unión de la familia influye como factor protector o de riesgo en la conducta de los adolescentes.(20)

Según Ferrari et al. en base a su meta análisis realizado en el 2014, se revela la gran importancia que presenta el trastorno depresivo mayor en relación a los suicidios, independientemente de su sexo, estado económico. Así mismo indica Ceballos y Toro que la depresión conduce hacia el suicidio o pueden influir en la aparición de ideas suicidas.(21)

La depresión es considerada como factor asociado para las conductas suicidas Ceballos et al en su investigación presenta que el 41% de adolescentes de sexo femenino presentan síntomas depresivos, sin embargo, no se encuentra relación entre el género y depresión con significancia del 0,30. (9)

Existen diversos factores que influyen en la ideación suicida en los adolescentes, en múltiples investigaciones se han denotado que la funcionalidad de la familia, problemas escolares, migración, trastornos de alimentación, influyen de manera negativa en la ideación de un adolescente. (8) Aguirre y colaboradores (2013) indica que en una población de, el 16,5% presenta riesgo de conducta suicida, asociado a bullying escolar, disfuncionalidad familiar, depresión, baja autoestima, consumo de sustancias. Encontrándose a la depresión como factor de riesgo de 10 a 1, al igual que la disfuncionalidad familiar tiene relación estadísticamente significativa según la escala de Plutchik. (22)

2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.2.1. Adolescencia

La adolescencia es definida por la OMS como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, se trata de un proceso de crecimiento y desarrollo, es considerada un ciclo muy importante para el ser humano, debido a la influencia de cambios bio, psico, sociales, constituyendo un periodo de conflictos para la salud y el

bienestar. (23) El problema radica en la búsqueda de identidad, generando cambios a nivel social, se ve involucrado los valores, y creencias tanto políticas como religiosas, provocando molestias en la familia y en la sociedad. (24)

El periodo de la adolescencia empieza por un lado con un gran interés sobre su imagen corporal, lo cual es ocasionado por los medios de comunicación. Se genera preocupación por su rendimiento académico, empieza la necesidad de realizar amistades, lo que les hace asumir un nuevo rol social, significando un gran conflicto en la personalidad, volviéndolos vulnerables para trastornos mentales. (23)

2.2.2. Suicidio

Se define al suicidio como un acto con resultado letal, el cual se realiza de forma voluntaria, Durkheim denomina como “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que según ella sabía que produce daño”. (2)

El suicidio destaca por encontrarse dentro de las causas que producen discapacidad y carga de enfermedad en el grupo etario de 10 a 24 años, debido a su impacto, costo y riesgo. (16) Presenta diferentes etapas desde la ideación pasiva, seguida por la visualización del acto, presentación de forma verbal o gesticular, planeación, preparación y ejecución. La ideación suicida es el primer paso, se considera como un proceso dinámico y progresivo. Al ser considerado como tal resulta importante su estudio. (4,25)

2.2.3. Conducta Suicida

Al hablar de conducta suicida se entiende, a toda acción que se produce con el propósito de quitarse la vida, incluye la intención, ideación, o cualquier pensamiento. (3)

- Ideación suicida: puerta de entrada para el suicidio, son los pensamientos o cogniciones.
- Comunicación suicida: transmisión de pensamientos, deseo o intención de acabar con la vida, existen dos tipos la amenaza y el plan suicida.

- Conducta suicida: conducta lesiva, con intención de acabar con la vida, mediante la autolesión.(26)

La conducta suicida según estudios de autopsia psicológica asocia que el 90% de pacientes que se suicidan han presentado trastornos mentales, principalmente depresivos, debido a alteraciones de sistema serotoninérgico central, existiendo disminución del nivel de serotonina a nivel del líquido cefalorraquídeo.(26)

Según Gobilondo et al demuestra que la presencia de ideación suicida tiene una alta probabilidad de realizar el acto, en relación a quienes no ideaban, así mismo la población femenina es quien presenta mayor ideación y pacientes con trastornos psiquiátricos destacando la depresión. (27) Se estima que a nivel mundial cada 40 segundos se suicida alguien. En la adolescencia el suicidio ha genera una gran problemática, en el 2016 fue considerada como la segunda causa de mortalidad mundial. (5)

2.2.3.1. Trastorno Histriónico

Conocido anteriormente como trastorno histérico de la personalidad, se caracteriza por emotividad excesiva y búsqueda de atención, es de mayor prevalencia en mujeres ya que se asocia a la expresión de sentimientos. Una ruptura sentimental u otro tipo de factor de riesgo puede desencadenar en síntomas depresivos, convirtiéndose en un peligro para consigo mismos y con los demás. (28)

La personalidad histriónica necesitan ser el centro de atención, buscan continuamente la aprobación de los demás, si esto no se cumplen emplean el llanto, actos dramáticos, ataques de ira, somatización, tendencias autodestructivas, con la finalidad de manipular. (29)

En base al CIE-10 se trata de un trastorno de la personalidad que se caracteriza por: tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones, son sugestibles e influenciados por los demás. Presentan una afectividad lábil y superficial. Búsqueda de emociones, ser apreciado por los demás, y preocupación excesiva por el aspecto físico. (30)

2.2.3.2. Ideación Suicida

Se define como ideas autoinflingidas de muerte, se considera a la ideación o pensamiento suicida como una expresión de riesgo menor, es el primer paso hacia las conductas de un suicida, por lo que es de importancia su pronta identificación para prevenir un intento autolítico. (8,10) Se considera a la ideación suicida como una serie de acciones que la persona ejecuta para terminar con su vida, incluyendo los pensamientos depresivos, y autodestructivos.(20,25)

No siempre estos pensamientos son resultados de un solo factor, por lo general se enlaza factores individuales, familiares y sociales; por lo que se identifican disfunción familiar, falta de comunicación con los padres, abuso de sustancias, baja autoestima, depresión. (21)

Las conductas suicidas se muestran en una escala que va de menor a mayor gravedad, el cual inicia con la ideación, son pensamientos fugaces de rechazo hacia la vida, se pierde el valor de la vida, luego comienza la planificación de la muerte y fantasías de como lesionarse, la ideación es la conducta más frecuente de presentarse según Mosquera. (25)

Por lo general las investigaciones han sido dirigidas a los intentos suicidas y suicidios como tal, dejando a la ideación a un lado o siendo poco estudiada, es por tal motivo que se ha transformado en un síntoma inespecífico, generalmente asociada a problemas de baja autoestima y desesperanza. (12)

2.2.3.3. Epidemiología

La UNICEF determinó que 800 mil adolescentes aproximadamente se suicidan al año, representando una tasa del 11,4 por cada cien mil habitante. Se predice que hasta un 50% de adolescentes y jóvenes presentan ideación suicida por el cúmulo de problemas.(31) Convirtiéndose en un fenómeno a nivel mundial por su alta prevalencia encontrándose como una de las primeras causas de muertes en adolescentes. (32)

En Australia, entre el 2004 y el 2012 se reportó 149 muertes por actos suicidas, 34 fue en edades entre 10 a 14 años y 115 en adolescentes de 15 a 17 años.

(33) En España Fonseca, et al (2017) determinó que el 4% de adolescentes, ha tenido tentativas de suicidio, el 6,9% presentó ideación suicida elevado. (16)

Cuesta-Revé en México establece que entre los 15 a 29 años en el 2014 el promedio de suicidios fue del 40,2%, dando una tasa de 7,9 por cada cien mil habitantes. (34) En Santa Marta Colombia, el suicidio en adolescentes se considera como la cuarta causa de muerte entre 12 y 15 años, en el 2013 se presentaron 1810 casos de suicidios, de los cuales 117 fueron entre 15-17 representando el 6,46%, dando una tasa de 4,44 por cada 100 000 habitantes. (9)

En el Ecuador el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2015 se registró 1073 muertes por lesiones autoinfligidas, para el 2016 aumento la cifra a 1219, perteneciendo a edades entre 10 y 17 años 201 casos (16,48%).

2.2.3.4. Diagnóstico

Es importante destacar algunos puntos acerca de la salud mental en el niño y cómo repercute en la adolescencia. Almonte y Montt (2015) indica que por el proceso de desarrollo la salud mental adquiere características propias, convirtiéndose en vulnerables y susceptibles de factores que pueden ser positivos y generar un factor protector o por el contrario ser influenciados por factores negativos, generando alteraciones en su salud mental. **cita**

Se han identificado varios signos y síntomas en un adolescente con riesgo de conductas suicidas como es cambios de su estado anímico, que pueden ir desde la falta de interés en su vida misma, desesperanza, tristeza, pensamientos de culpa, hasta llegar a la depresión. (35)

Otros de los signos es aislamiento, ideación negativa, dificultad para establecer amistad, presentan problemas en el hogar, instituciones educativas, agresividad, disminución del apetito, convirtiéndolos en vulnerables, lo cual conlleva baja autoestima y depresión leve, los cuales si no se manejan temprana y adecuadamente podría desencadenar el inicio de ideación suicida.(7)

Un signo claro es que los adolescentes presentan pensamientos de atentar contra su vida, ya sea de forma verbal o escrita. (4,8)

2.2.4. FACTORES DE RIESGO

2.2.4.1. Sexo y edad

En los adolescentes el suicidio ha ido en gran incremento, anualmente miles de adolescentes se suicidan en Estados Unidos, llegando a ser la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años, y la sexta causa de muerte entre los 5 y 14 años. Durante la adolescencia se experimenta severos cambios a nivel sentimental como es (estres, confusión, incertidumbre, miedo, dudas); para lo cual el suicidio aparenta ser una solución o escape a sus problemas. (25,36)

Desde el punto de vista epidemiológico las mujeres son las que más intentos autolítico realizan, sin embargo, los hombres son los que más consuman el acto.(18)

2.2.4.2. Familia

Es el grupo biológico encargado de la socialización, es el lugar donde inicia la personalidad de sus integrantes, según Alvy, se atribuye cinco funciones a la familia, que son la subsistencia, cuidado del hogar, protección de sus integrantes, orientación y promoción.(20) Se considera como un gran vínculo de la sociedad, por lo que cualquier problema en este nivel genera consecuencias, es así que el desempleo, disfunción, violencia; podrían desencadenar un ambiente negativo (hostil, rígido, violento o autoritario) y percepción de rechazo por parte de los padres, lo que ocasiona ideas suicidas. (8) Mosquera en su estudio de conductas suicidas en la infancia identifica que el bajo nivel económico, el bajo nivel de instrucción de los padres, la mala calidad de vida, disfunción familiar, familias monoparentales, la mala comunicación entre padres e hijos, entre otros son factores de riesgo o precipitantes para futuras conductas suicidas. (25)

Algunos estudios determinan que la disfunción familiar influye de manera significativa en los adolescentes, presentando el riesgo de ideación suicida dos veces mayor que otros casos, ya que no se puede mediar los intereses y necesidades; aumentando la vulnerabilidad de la familia.(23) Por lo que es importante la familia en la formación y desarrollo de los adolescentes, lo que indica la necesidad de actuar sobre este entorno en la prevención, un buen

ambiente familiar influye de manera positiva en la autoestima y de forma negativa en la sintomatología depresiva. (23,37)

2.2.4.3. Instituciones Educativas

El acoso escolar o también llamado bullying presenta consecuencias negativas para el riesgo de conductas suicidas, incluye desde burlas, apodos, hasta golpes, en donde el afectado tiende a retraerse, aislarse; esta problemática afecta a nivel mental y emocional.

Así mismo se encuentra el bajo rendimiento o fracaso escolar como un gran influyente para cometer un acto suicida, presentando así los estudiantes de bajo rendimiento mayor prevalencia, en un estudio en México se relaciona además a mayores conductas delictivas, consumo de sustancias. (38)

2.2.4.4. Crisis de Ansiedad Aguda

Los trastornos de ansiedad en la adolescencia se caracterizan por excesiva preocupación y ansiedad ante diferentes ámbitos de la vida que provocan inseguridad, esta etapa es predominante entre los 12 y 15 años, puede conllevar a problemas de autoestima, trastorno depresivo, etc.

En el momento de abordar a los pacientes con trastornos de ansiedad el riesgo suicida a menudo no es tomado en cuenta por los médicos, atención que puede darse para otras condiciones como depresión mayor, trastorno bipolar, abuso de sustancias, desórdenes de personalidad y esquizofrenia. Las personas que presentan algún desorden de ansiedad tienen un riesgo mayor de cometer suicidio en comparación con la población en general. (39)

2.2.4.5. Trastorno por estrés pos traumático

El suicidio se puede asociar a síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales y/o eventos negativos de la vida que son potencialmente traumáticos, en donde la persona que se encuentra expuesta a estos hechos sobrepasan su capacidad de enfrentar situaciones, generando un impacto psicológico y social, puede ser este a corto o largo plazo.(40)

El trastorno por estrés pos traumático (TEPT), puede ir acompañado de depresión u otro trastorno de ansiedad, su diagnóstico se caracteriza por: reexperimentación, evitación, humor negativo y hiperalerta, afectando la vida cotidiana. A diferencia de la población en general, quienes presentan TEPT tienen 14,9 veces más probabilidad de presentar conductas suicidas. (41)

El TEPT ejerce importancia a nivel de las funciones del cerebro como son los procesos de cognitivos de razonamiento, toma de decisiones, regulación del comportamiento impulsivo y estabilidad del estado de ánimo, generando deterioro o déficit de las mismas. (42)

2.2.5. DEPRESION

La depresión se encuentra dentro de los trastornos de salud mental, la cual aqueja a más de 300 millones de personas, según la OMS estima que una de cada diez personas la padece, siendo más prevalente en el sexo femenino.(43)

La depresión afecta o interfiere en la vida de un adolescente, formando parte de las fluctuaciones psicológicas y psicopatológicas que acompañan al periodo que se entiende por crisis de la adolescencia. (36,43)

Constituye un grave problema de salud pública, en la adolescencia se da un severo cambio a nivel biológico, psicológico, social, por lo que los hace más vulnerable en esta etapa. La depresión engloba un sin número de entidades clínicas, que van de mayor a menor, siendo estas la depresión mayor, depresión menor o leve y la distimia, en base al DSM-5 se tratan de trastornos en donde se ve involucrado el estado de ánimo y el afecto, el cual en adolescentes puede ser irritable, viéndose ligados a otros factores como problemas alimenticios, sueño, fatiga, culpa excesiva, pérdida de autoestima, emociones negativas y desesperanza. Representa un problema a nivel de la salud debido a su impacto social y personal. (36,44,45)

La mayor parte de conductas suicidas se han visto asociadas a síntomas depresivos, el 15% de pacientes cuyo diagnóstico es depresión mayor o grave consumaban el suicidio.(25)

Ligado a este trastorno se encuentra la baja autoestima la cual se define como la posición que adopta una persona sobre su ser, según Branden es “la disposición a considerar competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad”. (9) Un estudio realizado por Navarro y Pontillo en Venezuela reflejan que presentar una alta autoestima, protege contra la ideación suicida. (9)

En base estudios se demuestra que mientras se es estudiante, el sistema escolar representa un espacio de oportunidad, con la finalidad de promover el bienestar, y detectar de manera temprana problemas de salud mental. (9,21)

2.2.5.1. Diagnóstico

Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor:

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas presentes durante un periodo de dos semanas.
- Estado de ánimo deprimido casi todo el día, todos los días, en base a información subjetiva o de información proporcionada por terceros.
 - Pérdida o disminución del interés o placer por las actividades casi todo el día, todos los días.
 - Pérdida de peso sin haber realizado dieta o caso contrario aumento del mismo, modificación de más del 5% del peso corporal en un mes.
 - Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - Agitación o retraso psicomotor.
 - Fatiga por lo general diario.
 - Sentimientos de culpabilidad o inutilidad, casi todos los días.
 - Disminución de la capacidad para concentrarse, tomar decisiones, pensar, casi a diario.
 - Pensamientos de muerte de forma recurrente.
- B. Los síntomas producen molestias a nivel social, laboral o en áreas importantes del funcionamiento.
- C. No se atribuye a una sustancia o afección médica.
- D. No existe episodio maníaco o hipomaníaco. (46)

2.2.5.2. Trastornos Psicóticos

Los trastornos psicóticos están también muy asociados al suicidio. En general, el 25%-50% de los pacientes con esquizofrenia, condicionados por alucinaciones de forma específico auditivas, o ideas delirantes, pueden intentar suicidarse alguna vez en su vida con métodos atípicos, y lo que les diferencia es que no avisan con anticipación sus intenciones. En ellos se da el suicidio impulsivo, que surge de forma espontánea, imprevista y sin deliberación previa. El riesgo es mayor en los jóvenes varones, pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses después de un alta hospitalaria, así como en los psicóticos que padecen además síntomas depresivos.(4)

Los trastornos psiquiátricos y la depresión juegan un papel importante en las cifras de suicidio. La Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio (American Foundation for Suicide Prevention o AFSP) afirma que al menos el 90% de las personas que se quitan la vida tienen una enfermedad psiquiátrica diagnosticable y tratable, como depresión clínica, o trastorno bipolar. (47)

CAPÍTULO III

3. HIPOTESIS

Existirá en los adolescentes de las Unidades Educativas Manuel J Calle, Abelardo Tamariz Crespo, Ricardo Muñoz Chávez, Isabel Moscoso Dávila y Octavio Cordero Palacios de la ciudad de Cuenca, un alto riesgo de conductas suicidas, relacionada con factores asociados como: funcionalidad familiar, y depresión, correlacionados a datos sociodemográficos.

3.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de Riesgo de Conducta Suicida y sus factores asociados en adolescentes de primero a tercero de bachillerato de cinco Unidades Educativas de Cuenca. Periodo 2019 - 2020

3.2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar las variables sociodemográficas: edad, sexo, residencia, etnia, nivel socioeconómico, religión.
- Identificar la frecuencia de ideación suicida y su clasificación mediante el uso del PANSI.
- Evaluar los factores asociados; estado depresivo mediante la escala Zung y funcionalidad familiar mediante el uso de Apgar familiar.
- Relacionar el sexo, el nivel socioeconómico, la religión, la residencia, la funcionalidad familiar y la presencia de depresión, con la frecuencia de conducta suicida.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1. Tipo de Investigación y diseño general del estudio.

De acuerdo al fin que persigue: esta investigación es de tipo básica.

De acuerdo al enfoque de investigación: se trata de un estudio cuantitativo, prospectivo, analítico y transversal. En donde se estableció la prevalencia y factores asociados al riesgo de conductas suicidas en adolescentes de primero a tercero de bachillerato de cinco unidades educativas de la ciudad de Cuenca.

4.1.2. Línea y sublínea de investigación.

Ciencias médicas y de la salud.

4.1.3. Localidad

Este estudio se realizará en cinco Unidades Educativas de la ciudad de Cuenca.

1. Unidad Educativa Manuel J Calle, ubicado en las calles Francisco de Calderón y Avenida Héroes de Verdeloma.
2. Unidad Educativa Octavio Cordero Palacios, ubicado en las calles Gran Colombia y Padre Aguirre.
3. Unidad Educativa Abelardo Tamariz Crespo, ubicado en la Avenida los Andes y Mama Ocllo.
4. Unidad Educativa Ricardo Muñoz Chávez, ubicado en la Avenida paseo de los cañaris y rio jubones.
5. Unidad Educativa Isabel Moscoso Dávila, ubicado entre las calles Duitama y San Silvestre.

4.1.4. Población, muestra y muestreo.

a. Población

Estudiantes de primero a tercero de bachillerato matriculados en las respectivas unidades educativas: Manuel J Calle, Abelardo Tamariz Crespo, Ricardo Muñoz Chávez, Isabel Moscoso Dávila y Octavio Cordero Palacios; durante el periodo lectivo 2019 – 2020, que cumplan con los criterios de inclusión especificados en el acápite de criterios de inclusión y exclusión.

- Tamaño de la población o universo: infinito

b. Muestra

Se aplicó el cálculo de muestras para una población infinita obteniéndose una muestra total de 364 estudiantes.

c. Muestreo

La asignación de la muestra se realizó mediante el cálculo de un universo infinito a través de su fórmula. Para el muestreo se tomó el Universo (estudiantes de primero a tercero de bachillerato matriculados en las cinco unidades educativas respectivamente), se organizará en una lista única con el total de estudiantes numerándolos en forma ascendente, tras lo cual se utilizará el programa EPIDAT versión 3.1, obteniendo un muestreo aleatorio.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se usó un nivel de confianza del 99%, un error de inferencia del 5%, probabilidad de ocurrencia de 16.5% según el estudio realizado por Aguirre-Flores, et al (22) realizado en la ciudad de Manizales, Colombia. En base a estos datos se obtuvo que el tamaño de la muestra es de 364 estudiantes.

$$\text{Fórmula: } n = \frac{PQZ^2}{e^2}$$

- n= muestra
- P= Prevalencia 16.5%
- Q= Probabilidad de no ocurrencia 83.5%
- Z= Nivel de confianza 99% = 2.57

- e= Error de inferencia 5%

$$n = \frac{16,5 \times 83,5 \times 2,57^2}{5^2}$$

= 364 estudiantes

4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1. Criterios de Inclusión

- Estudiantes que estén matriculados en las unidades educativas Manuel J Calle, Octavio Cordero Palacios, Abelardo Tamariz Crespo, Ricardo Muñoz Chávez y Isabel Moscoso Dávila; y que se encuentren cursando de primero a tercero de bachillerato, periodo lectivo 2019 – 2020.
- Estudiantes cuyos padres de familia o representante legal autoricen el consentimiento y asentimiento informado.
- Estudiantes que estén dispuestos a participar voluntariamente de la investigación.
- Encuestas llenadas adecuadamente y de forma completa.

4.2.2. Criterios de Exclusión

- Estudiantes que no asistan al llenado de las encuestas.

4.3. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE DATOS.

El trabajo de investigación se realizó mediante un formulario de recolección de datos, hacia los estudiantes adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión ya especificados. Para iniciar la investigación se procedió a solicitar autorización a los señores rectores de las respectivas unidades educativas, mediante un oficio, en donde se explica el propósito de la investigación y la metodología a seguir.

Se estableció que la recolección de datos se realizó previo consentimiento de los padres de familia de los estudiantes. Se coordinó la fecha para la recolección de

datos, donde luego de nuestra identificación y de una previa petición de colaboración se procedió a explicar a los estudiantes el fin de la investigación, como deben llenar los test y el tiempo para contestar los mismos, los mismo fueron supervisados por el investigador.

La recolección de datos fue mediante la aplicación de escalas validadas, las cuales presentan los criterios necesarios para la investigación. Para obtener los datos sociodemográficos, se desarrolló un formulario de recolección de datos elaborado por la investigadora en donde se contempló los datos requeridos, como: edad, sexo, residencia, etnia, religión, nivel socioeconómico y funcionalidad familiar.

Para valorar la ideación suicida se aplicó el inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI), diseñado por Osman et al, en el 2003, se trata de un cuestionario de 14 ítems, de los cuales seis son de ideación suicida positiva (factores protectores), y ocho son de ideación suicida negativa (factores de riesgo), en donde se pregunta qué tan frecuente ha presentado los 14 pensamientos que se exponen en las última dos semana, se debe contestar haciendo uso de una escala numérica que va desde 0 (nunca) y 4 (siempre); el puntaje máximo es 40, estableciéndose 4 rangos, entre 1 y 10 sin riesgo, riesgo bajo entre 11 a 20, riesgo moderado entre 21 a 30 y alto riesgo entre 31 a 40 puntos. Este inventario presenta un coeficiente de consistencia interna superior a 0,8 y buena evidencia de validez.(7,35)

La escala autoaplicada de depresión de Zung, fue creada en 1965 por Zung, se trata de un test autoaplicable, cuya calificación es en escala Likert, obteniéndose puntaje de 1 a 4, consta de 20 preguntas, las cuales darán un puntaje máximo de 80 puntos, si puntúa menos de 35 puntos no representa depresión, entre 36 a 51 puntos se considera depresión leve, entre 52 a 67 puntos significa depresión moderada, y mayor a 67 puntos significa depresión grave. Presenta una fiabilidad según el índice Cronbach entre 0,79 y 0,92. (48,49)

Test de Apgar Familiar: se trata de un cuestionario compuesto por cinco preguntas, cada pregunta tiene un valor entre 0 y 4 puntos, las cuales tienen la finalidad de evaluar la condición de la familia, evidencia como percibe un integrante de la familia el funcionamiento familiar de forma global. Estudia 5

componentes los cuales son la adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad, recursos o capacidad resolutive (APGAR).(37) El puntaje de la misma se interpreta como normal de 17 a 20 puntos, disfunción leve de 16 a 13 puntos, disfunción moderada de 12 a 10 puntos, disfunción severa menor o igual a 9. Presenta una validación inicial con un índice de correlación de 0.80, posteriormente se realizó otra correlación oscilando un índice entre 0,71 y 0,83 para diversas realidades. (50,51)

Recolectados los datos se procedió a la tabulación y análisis de los mismos, se transcribieron a una base digital, siendo analizados a través del programa SPSS, que incluya las variables a determinar de este estudio para su análisis y distribución en tablas de frecuencia y cruzadas.

Para garantizar la validez y confiabilidad de la información se hizo uso de fuentes bibliográficas procedentes de revistas indexadas.

4.4. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANOS.

Para garantizar los aspectos éticos de esta investigación la información sobre el estudio fue explicado a cada unidad educativa, para su aprobación y posterior desarrollo. El estudio está basado en las “Normas éticas para investigaciones con sujetos humanos”, las cuales fueron impuestas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se le informó acerca de los procedimientos que se van a realizar, así como del uso que se le dio a la información recabada. Se aseguró la confidencialidad y anonimato de los datos personales y el cuidado de los mismos mientras estén bajo el cuidado de los investigadores. El uso de la información fue solamente con fines educativos e investigativos

Posteriormente los representantes firmaron un documento de consentimiento informado autorizando la participación de su representado, además se entregó a los estudiantes un asentimiento informado aceptando su participación en el estudio.

En base a los principios éticos de Helsinki el estudio realizado vela por la salud, bienestar y derechos de los participantes sin presentar riesgo alguno. Los estudiantes participantes no han recibido incentivo económico alguno, el autor declara no poseer conflicto de intereses o afiliaciones institucionales.

4.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

4.5.1. Operacionalización de las variables

Variable dependiente

- Ideación Suicida.

Variable independiente

- Depresión.
- Funcionalidad familiar.

Variables intervinientes

- Edad.
- Sexo.
- Residencia.
- Etnia.
- Religión.
- Nivel socioeconómico.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Periodo de tiempo desde el nacimientos hasta la actualidad.	Años transcurridos	1.- < 15 años 2.- 15 a 18 3.- > 18 años	Numérica Nominal Politómica
Sexo	Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer	Fenotipo	1.- Hombre 2.- Mujer	Nominal Dicotómica
Residencia	Lugar donde radica una persona	Residencia	1. Urbano Rural	Nominal Dicotómica
Etnia	Grupo social, que comparten diversas características y rasgos.	Grupo social	1. Mestizo 2. Afro-ecuadoriano 3. Indígena 4. Blanco	Nominal Politómica
Nivel Socioeconómico	Jerarquía que tiene un grupo en relación con otro.	Estrato social según INEC.	1. A (Alto) 2. B (Medio Alto) 3. C+ (Medio Típico) 4. C- (Medio Bajo) 5. D (Bajo)	Nominal Politómica
Religión	Creencia religiosa, comportamiento, en relación con una divinidad.	Auto identificación	1. Católica 2. Testigo de Jehová 3. Evangélica 4. Ninguna 5. Otra	Nominal Politómica

Conducta Suicida	Conjunto de pensamientos negativos, preocupación, deseo, o plan que cause daño a sí mismo o que ocasione la muerte.	Inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin riesgo. 2. Bajo riesgo. 3. Riesgo Moderado 4. Alto Riesgo 	Nominal Politémica
Depresión	Trastorno mental, caracterizado por profunda tristeza, decaimiento anímico.	Escala de Zung	<ol style="list-style-type: none"> 1. No depresión. 2. Depresión leve. 3. Depresión moderada. 4. Depresión grave. 	Nominal Politémica
Funcionalidad familiar	Cumplimiento inadecuado de las funciones de la familia, para un desarrollo adecuado de sus integrantes.	Apgar familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal. 2. Disfunción leve. 3. Disfunción moderada. 5. Disfunción severa. 	Nominal Politémica

5.6. ACTIVIDADES Y RECURSOS

5.6.1. Actividades

ACTIVIDAD	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Elaboración de Micro proyecto	■	■						
Aprobación de micro proyecto		■						
Elaboración del protocolo de investigación.			■	■				
Presentación y Aprobación por el director, asesor y comité de titulación y bioética.				■	■	■		
Entrega de oficios y protocolo en las unidades educativas.						■	■	
Recolección de los datos							■	
Elaboración de la base digital.							■	
Análisis de datos							■	
Redacción resultados							■	■
Elaboración de informe final								■
Entrega de Informe final								■

ILUSTRACIÓN 1: GARCÍA ZHIÑA K. E. 2019. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. DERECHOS RESERVADOS.

5.6.2. Recursos

a. Recursos Humanos

- Autor: Karen Estefanía García Zhiña
- Asesor: Dr. Gabriel Hugo
- Director: Dra. Rosa Solorzano

b. Recursos Técnicos: Computador para almacenamiento y análisis de datos.

c. Económicos: El presente trabajo fue autofinanciado con recursos propios del autor.

N°	DESCRIPCIÓN	TOTAL
1	Transporte	45,00
2	Papel e insumos de trabajo	50,00
3	Impresiones	15,00
5	Copias	80,00
6	Empastado	25,00
7.	Scanner de formulario de recolección de datos y consentimiento informado.	150,00
8.	Alimentación	20,00
9.	Trámites y solicitudes	50,00
	TOTAL	<u>\$ 435</u>

ILUSTRACIÓN 2: GARCIA ZHIÑA K. E. 2019. RECURSOS ECONÓMICOS

CAPÍTULO V

6. RESULTADOS

5.1. Método y modelos de análisis de los datos según tipo de variables.

La presente investigación se realizó en cinco unidades Educativas fiscales de la ciudad de Cuenca, en donde se aplicaron 364 formularios de recolección de datos, los cuales fueron contestados de manera individual, bajo la supervisión del investigador.

Recolectados los datos se procedió a la tabulación y análisis de los mismos, se transcribieron a una base digital, siendo analizados a través del programa SPSS versión 23.0. Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes para las variables nominales y ordinales. En relación a las variables numéricas, el análisis se realizará mediante la media, mediana y desviación estándar.

Se usó el Odds Ratio, con intervalo de confianza del 95%, determinando el grado de relación entre el riesgo de conducta suicida y rasgos depresivos en los adolescentes. Para determinar la significancia estadística de las variables se utilizó la prueba del Chi cuadrado de Pearson siendo considerados resultados estadísticamente significativos a los valores de $P < 0.05$.

Los resultados de las variables nominales fueron presentados en tablas estadísticas, para establecer relación entre las variables sociodemográficas y factores asociados se hará uso de tablas cruzadas.

5.2. Programas a utilizar para análisis de datos

- IBM SPSS versión 23.0
- Excel 2016
- Epidat versión 3.0

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	Menos de 15 años	39	10,7%
	15 - 18 años	315	86,5%
	Mayor a 18 años	10	2,7%
	Total	364	100%
Sexo	Masculino	175	48,1%
	Femenino	189	51,9%
	Total	364	100%
Etnia	Mestizo	332	91,2%
	Afro-Descendiente	10	2,7%
	Indígena	16	4,4%
	Blanco	6	1,6%
	Total	364	100%
Residencia	Urbano	257	70,6%
	Rural	107	29,4%
	Total	364	100%
Nivel Socioeconómico	A (Alto)	18	4,9%
	B (Medio Alto)	94	25,8%
	C+ (Medio Típico)	194	53,3%
	C- (Medio Bajo)	57	15,7%
	D (Bajo)	1	0,3%
	Total	364	100%
Religión	Católica	266	73,1%
	Testigo de Jehová	20	5,5%
	Evangélica	23	6,3%
	Ninguna	32	8,8%
	Otra	23	6,3%
	Total	364	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Karen Estefanía García Zhiña

Análisis:

En la tabla N° 1 se observa que la edad media de los adolescentes fue de 15,89, mediana de 16, rango de edad entre 14 a 19 años, el 86,5 % de los estudiantes se encuentra entre los 15 y 18 años, el 51,9% son de sexo femenino y el 48,1% de sexo masculino, el 91,2% se considera de etnia mestiza, el 70,6 % reside en el área urbana, el 53,3% pertenece al nivel socioeconómico medio típico, y el 73,1% son de religión católica.

TABLA 2: PREVALENCIA DE CONDUCTA SUICIDA DETERMINADO MEDIANTE EL INVENTARIO DE IDEACIÓN SUICIDA POSITIVO Y NEGATIVO (PANSI)

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conducta Suicida	Sin Riesgo	216	59,3%
	Bajo Riesgo	107	29,4%
	Riesgo Moderado	35	9,6%
	Alto Riesgo	6	1,6%
	Total	364	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Karen Estefanía García Zhiña

Análisis:

En la tabla N°2 de acuerdo al inventario de ideación suicida positivo y negativo (PANSI), el mayor porcentaje de adolescentes no presentan riesgo de conducta suicida dando un porcentaje del 59,3%, seguido de un 29,4% que presentan bajo riesgo de conducta suicida, el 9,6% de estudiantes presentan un riesgo moderado y el 1,6% presenta alto riesgo de conducta suicida.

TABLA 3: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MEDIANTE EL TEST DE ZUNG

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión	No depresión	212	58,2%
	Depresión leve	110	30,2%
	Depresión Moderada	36	9,9%
	Depresión Grave	6	1,6%
	Total	364	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Karen Estefanía García Zhiña

Análisis:

En la tabla N°3 en base al test de depresión diseñado por Zung se puede establecer que el 58,2 % de los adolescentes no presentan depresión, el 41,8% padece de depresión fraccionada en tres parámetros: el 30,2% presenta depresión leve, el 9,9% presenta depresión moderada y el 1,6% de los adolescentes presentan depresión grave.

TABLA 4: DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Función Familiar	Normal	119	32,7%
	Disfunción leve	95	26,1%
	Disfunción Moderada	44	12,1%
	Disfunción Severa	106	29,1 %
	Total	364	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Karen Estefanía García Zhiña

Análisis:

Se determina que el 32,7% de adolescentes encuestados presentan una familia funcional, el 67,3% presenta disfunción familiar, de lo cual el 26,1% presenta disfunción familiar leve, el 12,1% presenta disfunción familiar moderada y el 29,1% presenta disfunción familiar severa.

TABLA 5: IDENTIFICACION DE CONDUCTAS SUICIDAS, DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

VARIABLES		Recuento	% del N total de columna
Conducta Suicida	Si	148	40,7%
	No	216	59,3%
Depresión	Con Depresión	152	41,8%
	Sin Depresión	212	58,2%
Funcionalidad Familiar	Familia disfuncional	245	67,3%
	Familia funcional	119	32,7%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Karen Estefanía García Zhiña

Análisis:

En la tabla N°4 de los 364 estudiantes encuestados el 40,7% presenta ideación suicida, el 41,8% presenta depresión y el 67,3% pertenece a una familia disfuncional.

**TABLA 6: RELACION DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA CON
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Variables		Riesgo Conducta Suicida			P	ODDS RATIO	IC 95%
		Si	No	Total			
Edad	15 y 19 años	133 36,5%	192 52,7%	325 89,3%	0,767	1,108	(0,560-2,192)
	Menos de 15 años	15 4,1%	24 6,6%	39 10,7%			
Sexo	Mujer	89 24,5%	100 27,5%	189 51,9%	0,009	1,750	(1,145-2,674)
	Hombre	59 16,2%	116 31,9%	175 48,1%			
Residencia	Urbano	104 28,6%	153 42,0%	257 70,6%	0,908	0,973	(0,615-1,540)
	Rural	44 12,1%	63 17,3%	107 29,4%			
Nivel Socioeconómico	Medio y Bajo	104 28,6%	148 40,7%	252 69,2%	0,722	1,086	(0,689-1,711)
	Alto	44 12,1%	68 18,7%	112 30,8%			
Religión	Creyentes	118 32,4%	191 52,5%	309 84,9%	0,023	0,515	(0,289-0,918)
	No Creyentes	30 8,2%	25 6,9%	55 15,1%			

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Karen Estefanía García Zhiña

Análisis:

Del 40,7% de adolescentes que presentan riesgo de conductas suicidas el 24,5% son de sexo femenino, considerándose a este como un factor de riesgo ya que aumenta la probabilidad en 1,750 (OR), siendo esta relación estadísticamente significativa (P = 0,009). Al igual que del porcentaje de adolescentes que tienen

riesgo de conductas suicidas el 32,4% se auto identifican como religiosos o creyentes, siendo un factor protector (0,515).

El 36,5% de adolescentes con riesgo de conducta suicida se encuentran entre 15 y 19 años, el 28,6% viven en zonas urbanas, el 28,6% de adolescentes con ideación suicida pertenecen al nivel socioeconómico medio y bajo, no presenta relación estadísticamente significativa ($p= 0,722$).

TABLA 7: RELACION DE DEPRESIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Variables		Depresión			P	OR	IC
		Si	No	Total			
Sexo	Mujer	90 24,7%	99 27,2%	189 51,9%	0,018	1,657	(1,087-2,525)
	Hombre	62 17,0%	113 31,0%	175 48,1%			
Nivel Socioeconómico	Medio y Bajo	108 29,7%	144 39,6%	252 69,2%	0,524	1,159	(0,736-1,825)
	Alto	44 12,1%	68 18,7%	112 30,8%			
Religión	Creyentes	121 33,2%	188 51,6%	309 84,9%	0,017	0,498	(0,279-0,890)
	No creyentes	31 8,5%	24 6,6%	55 15,1%			

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Karen Estefanía García Zhiña

Análisis:

Del 41,8% de adolescentes que padecen depresión el 24,7% son mujeres considerándose como factor asociado ($p= 0.018$), aumentando el riesgo para padecer de depresión en 1,675 en relación con los hombres, el 33,2% de adolescentes se auto identifican como religiosos, correlacionado hacia un factor protector (OR= 0,498).

El 29,7% de adolescentes con depresión pertenecen al nivel socioeconómico medio y bajo, y no presenta relación estadísticamente significativa ($p= 0,524$).

TABLA 8: RELACION DE RIESGO DE CONDUCTAS SUICIDAS CON FACTORES ASOCIADOS

Variables		Riesgo de Conducta Suicida			P	OR	IC 95%
		Si	No	Total			
Depresión	Con Depresión	107 29,4%	45 12,4%	152 41,8%	0,000	9,917	(6,092-16,144)
	Sin Depresión	41 11,3%	171 47,0%	212 58,2%			
Funcionalidad Familiar	Familia Disfuncional	132 36,3%	113 31,0%	245 67,3%	0,000	7,520	(4,196-13,478)
	Familia Funcional	16 4,4%	103 28,3%	119 32,7%			

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autor: Karen Estefanía García Zhiña

Análisis:

Del 40,7% de adolescentes presenta riesgo de conducta suicida el 29,4% padece de depresión, demostrando relación estadísticamente significativa ($p= 0,000$), aumentando el riesgo en 9,917.

El 36,3% pertenece a una familia disfuncional, aumentando la disfuncionalidad en 7,520 el riesgo de conductas suicidas, indicando a demás este factor tener relación estadísticamente significativa con un valor de P de 0,000.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos en la investigación el 40,7% de adolescentes presenta riesgo de conductas suicidas, de lo cual el 29,4% presenta bajo riesgo, el estudio realizado por Forero et al en 2016, indica una prevalencia del 30% de riesgo de conductas suicidas. (20) La UNICEF en 2017, determina que el riesgo de conducta suicida en especial la ideación suicida alcanza cifras del 50% en adolescentes.(31) Ghasemi, Shaghaghi y Allanhverdipour (2015) estima que el riesgo de conductas suicidas a nivel mundial oscila entre 2,1% al 18,5%, en donde se utilizó diversas escalas para determinar la existencia de conductas suicidas y se aplicó a diversos grupos etarios siendo más prevalente en veteranos. (32) Wang et al en su estudio realizado en China (2019) indica que el 9,2% de la población encuestada presenta riesgo de conductas suicidas, la cual fue determinada en un año.(52) En México se registró un 40,2% de prevalencia de suicidios según Cuesta-Revé (2017) (34)

En cuanto a la prevalencia de riesgo de conductas suicidas en Latinoamérica en Chile, Silva et al, indica un porcentaje del 19% al 26,3%, el cual está por debajo de los hallazgos del presente estudio.(18) Aguirre et al, en Colombia (2013), determina que el 16,5% de estudiantes entre octavo a segundo de bachillerato presenta riesgo suicida, y otro estudio Siabato y Salamanca determinaron que el 46,5% presentaron bajo riesgo. (53) En cuanto a nuestro país, el Ministerio de Salud Pública indica que las muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidio), representa el 1,17% de mortalidad.(6) En Quito (2018) en un estudio realizado por Aguirre indica que el 26,32% presentan riesgo de conductas suicidas, este porcentaje se determinó mediante la escala de ideación suicida de Beck. (54) El porcentaje en nuestra investigación fue del 40,7%, utilizando el Inventario de ideación suicida positivo y negativo (PANSI).

La edad con mayor porcentaje para riesgo de conductas suicidas es el grupo etario de 15 a 18 años con 35,7%, similar a la investigación realizada por Álvarez et al (2017) el cual indica que la edad en la cual aumenta el riesgo de conductas suicidas es entre 15 y 19 años (60,9%). (55) Cuesta (2017) en su estudio obtuvo que el 75% de muertes por suicidio se dio en edades entre los 15 a 34 años, con

prevalencia de los 15 a 17 años. (34) Colorado y Campo expresan en su estudio que las edades entre 13 y 19 años presentan algún rango de riesgo para conductas suicidas. (19) El suicidio infanto-juvenil a nivel mundial está siendo determinado como una situación alarmante de salud pública, debido al rápido incremento de suicidios en la adolescencia según Mosquera (2016). (25)

Al determinar el riesgo de conductas suicidas en los adolescentes se obtuvo que un 40,7% padece de ideación suicida en general, evidenciando que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres (24,5%) que en los hombres (16,2%), coincidiendo con la investigación realizada por Carli et al donde el sexo femenino presenta mayor prevalencia de ideación suicida (38,7%), considerándose como factor asociado ($p=0,009$), aumentando el riesgo en 1,750 (OR). (17) La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica el suicidio es prevalente en hombres con una relación de 2 a 1. (5) Estableciéndose que el sexo masculino son los que mayormente se suicidan sin embargo, en el sexo femenino predomina la ideación de suicidio, considerándose a esta como una conducta suicida. (4)

Lara, et al (2018) afirma que en el área urbana se presenta mayores casos de intentos autolítico, mientras que, en el área rural la letalidad es mayor.(44) Lo que se relaciona con nuestra investigación en donde se presenta mayor riesgo de conductas suicidas en el área urbana (28,6%) que en la rural (12,1%), sin embargo, esta asociación no tiene relación estadísticamente significativa ($p=0,908$).

La OMS estima que el 79% de suicidios se da en países de bajos y medianos recursos económicos. (5) El estudio realizada demuestra que el 28,6% de adolescentes que presentan riesgo de conductas suicidas pertenecen al estrato socioeconómico medio y bajo. Cuesta en 2017, señala como factor de riesgo a estos estratos económicos. (34)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece relación entre el suicidio y la depresión, considerando a este trastorno mental como factor de riesgo para conductas suicidas; Ceballos-Ospino (2015), indica relación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($r=0,295$) en adolescentes entre 15 y 19 años (5,9). Ceballos y Toro indican que la depresión conduce hacia un riesgo

suicida o pueden influir en la aparición de ideas suicidas.(21) Comparando con la investigación realizada se encontró que el 29,4% de adolescentes que presentan riesgo de conducta suicida padecen de depresión, y el 11,3% no padece, demostrando relación estadísticamente significativa ($p= 0,000$), y considerando que la depresión aumenta el riesgo de conductas suicidas en 9,917 (OR). Coincidiendo con Toro et al, se establece correlación positiva y significativa entre depresión y riesgo de conductas suicidas (36,47)

Del 41,8% de adolescentes que padece depresión, el 24,7% son de sexo femenino considerándose como factor asociado ($p= 0.018$), aumentando el riesgo para padecer de depresión en 1,675 (OR). Solís indica en su estudio que las mujeres tienen alta prevalencia de depresión, considerándose como principal variable de riesgo ($p < 0,001$). (43)

El 29,7% de adolescentes con depresión pertenecen al nivel socioeconómico medio y bajo, sin presentar relación estadísticamente significativa ($p= 0,524$). Referente al estudio realizado por Morla, Saad y Saad (2006). (57). En contraste con Ferrari et al en su meta análisis realizado en el 2014, revela importancia del trastorno depresivo mayor en relación a los suicidios, independientemente de su sexo, estado económico.(58)

En cuanto a la dinámica familiar los adolescentes investigados presentaron disfunción familiar en el 67,3% de los casos, de lo cual el 29,1% se encuentra en el grupo de disfunción severa, en relación con la investigación de Higuita y Cardona en Colombia (2014) se puede determinar que la percepción de un hogar disfuncional en adolescentes es divergente a los resultados obtenidos ya que el 30,6% de adolescentes pertenecen a un hogar disfuncional, esta diferencia se puede explicar ya que se ha generado un modelo estratégico para fortalecer el vínculo familiar.(37)

En nuestro estudio el 36,3% de adolescentes con riesgo de conducta suicidas pertenece a una familia disfuncional, Carrillo establece que los adolescentes con pobre dinámica familiar tienden a un mayor riesgo de conductas suicidas, e indica esta relación como significativa.(59) García, Calíope (1998) y Aguirre (2013), indicaron que la funcionalidad familiar influye como factor protector o de riesgo en la conducta de los adolescentes.(20) Pérez (2015) indica que

disfunción familiar grave o severa influye en la ideación suicida, considerándose como alarmante ya que en nuestro estudio predomina la disfunción familiar severa (29,1%) (59).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFIA

7.1. CONCLUSIONES

1. La edad media de los adolescentes encuestados fue de 15,89 años, mediana de 16 años, rango de edad entre 14 a 19 años, el 86,5 % de los estudiantes se encuentra entre los 15 y 18 años, el 51,9% son de sexo femenino y el 48,1% de sexo masculino, el 91,2% se considera de etnia mestiza, el 70,6 % reside en el área urbana, el 53,3% pertenece al nivel socioeconómico medio típico, y el 73,1% son de religión católica.
2. En base al inventario de ideación suicida positivo y negativo (PANSI), el mayor porcentaje de adolescentes no presentan riesgo de conducta suicida dando un porcentaje del 59,3%, el 40,7% presenta riesgo de conducta suicida, de lo cual el 29,4% presentan bajo riesgo, el 9,6% de estudiantes presentan un riesgo moderado y el 1,6% presenta alto riesgo de conducta suicida.
3. Mediante el test de depresión de Zung se determinó que el 58,2 % de los adolescentes no presentan depresión, el 41,8% padece de depresión. El 32,7% presentan una familia funcional, el 67,3% presenta disfunción familiar, de lo cual el 26,1% presenta disfunción familiar leve, el 12,1% presenta disfunción familiar moderada y el 29,1% presenta disfunción familiar severa.
4. Luego de haber analizado las características sociodemográficas con el riesgo de ideación suicida se estableció que: la edad de mayor porcentaje para riesgo de conductas suicidas fue para el grupo etario de 15 a 18 años con un porcentaje de 35,7%. El sexo femenino es considerado como factor asociado para presentar riesgo de conductas suicidas. Mientras que la creencia religiosa es un factor protector. Al relacionar el riesgo de conducta suicida con la presencia de depresión, se obtuvo que los adolescentes con esta patología (29,4%) son quienes presentan mayor riesgo de conductas suicidas, considerándose que la depresión aumenta en 9,9 veces el riesgo de conductas suicidas. El 32,3% de adolescentes pertenecen a una familia disfuncional, de lo cual el 29,1% corresponde a

un hogar severamente disarmónico, demostrando un alto riesgo de conductas suicidas, aumentando el riesgo en 7,5 veces.

7.2. RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos se recomienda seguir realizando estudios sobre prevalencia de conductas suicidas en las unidades educativas, ya sea fiscales o particulares, con la finalidad de vigilar este comportamiento que amenaza a los adolescentes.

Considerando al suicidio como una problemática de salud pública, el personal de salud en su consulta debe detectar factores de riesgo y lograr un diagnóstico oportuno y preventivo.

Diseñar programas interinstitucionales entre el Ministerio de Salud Pública, Unidades Educativas y padres de familia para promover el fortalecimiento en la dinámica familiar mediante actividades extracurriculares como: charlas, talleres, conferencias, campañas, cine foros, trípticos, etc. Trabajando en grupo la satisfacción de cada elemento de la familia en base a las expresiones de amor, afecto, molestia, rabia.

Intervención mediante programas educativos, de forma preventiva en el área educativa, familiar, recreativo, social, cultural, y así evitar complicaciones como: retraimiento social, depresión, disfunción en las esferas bio, psico, social, y suicidio.

7.3. BIBLIOGRAFIA

1. García R, Parra I, Palao D, Lopez J, Sáiz PA, García MP, et al. Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. Rev Psiquiatr Salud Ment. 1 de enero de 2012;5(1):24-36.
2. Mascaraque P, Aduna O. Urgencias en psiquiatría infantil. Pediatría Integral. 2014;18(5):312-9.
3. Toro R, Avendaño B, Castrillón D. Design and psychometric analysis of the hopelessness and suicide ideation inventory "IDIS". Int J Psychol Res. 2016;9(1):52-63.
4. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Ter Psicológica. julio de 2015;33(2):117-26.
5. Suicidio. Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
6. Gaona J. Defunciones Generales 2014. Ministerio de Salud Pública. Principales Causas de Mortalidad General. 2015. Disponible en: https://public.tableau.com/views/defuncionesgenerales2014/1rascausasde mortalidadGral?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Adisplay_count=y&%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true
7. Villalobos F. Validez y fiabilidad del inventario de ideación suicida positiva y negativa – PANSI, en estudiantes colombianos. Univ Psychol. 16 de junio de 2010;9(2):509-20.
8. Holguín J, Rodríguez M. Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. Psicol Salud. 2007;17(1):45-51.
9. Ceballos G, Suarez Y, Suescún J, Gamarra L, González K, Sotelo A. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. Duazary. 15 de enero de 2015;12(1):15-22.

10. Mamani O, Brousett M, Ccori D, Villasante K. La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*. 1 de enero de 2018;15(1):39-50.
11. Chimborazo M, Quito J. Riesgo suicida en universitarios de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca. *Rev Kill Salud Bienestar*. 2018;2(1):29-36.
12. Simón A, Sanchis F. Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica. *Rev Apunt Psicol*. 2011;28(3):443-55.
13. Heeringen K, Mann J. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry*. 1 de junio de 2014;1(1):63-72.
14. O'Connor R, Nock M. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 1 de junio de 2014;1(1):73-85.
15. Cañón S, Castaño J, Mosquera A, Nieto L, Orozco M, Giraldo W. Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Diversitas*. 1 de agosto de 2018;14(1):27-40.
16. Fonseca E, Inchausti F, Pérez L, Aritio R, Ortuño-Sierra J, Sánchez M^a Á, et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. abril de 2018;11(2):76-85.
17. Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, et al. A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*. febrero de 2014;13(1):78-86.
18. Silva D, Vicente B, Arévalo E, Dapelo R, Soto C. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Rev Psicopatología Psicol Clínica*. 13 de abril de 2017;22(1):33.
19. Colorado Y, Campo A. Asociación entre apego y riesgo suicida en adolescentes colombianos. *Rev Chil Pediatría*. 20 de marzo de 2019;90(4).

20. Forero I, Siabato E, Salamanca Y. Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2017;15(1):431-42.
21. Macías E, Mendoza I, Camargo Y. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Univ Pedagógica Tecnológica Colomb Pensam Psicológico.* 2017;15(1):51-61.
22. Aguirre D, Castaño J, Cañón S, Marín D, Rodríguez J, Rosero LÁ, et al. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Rev Fac Med.* 1 de julio de 2015;63(3):419-29.
23. Argota N, Alvarez M, Camilo V, Sánchez Y, Barceló M. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. *Rev Med Electron.* 2015;37(1):31-8.
24. Buendía J, Riquelme A, Ruiz J. El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida. *Univ Murcia.* 2004;1(1):13-7.
25. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Rev Psicol Clínica Con Niños Adolesc.* 2016;3(1):9-18.
26. Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.* España. 2012;
27. Gabilondo A, Alonso J, Pinto A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clínica.* octubre de 2007;129(13):494-500.
28. Bernal F, Navarrete F. Protocolo diagnóstico de los trastornos de personalidad. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* septiembre de 2015;11(84):5041-8.
29. Ramos J, Sendra J, Sánchez A, Rodríguez C. Gravedad y cambios en los trastornos de la personalidad. *Psicol Conduct.* 2017;25(1):25-46.

30. Botero A, Arredondo N, Montoya G, Garcés L, Londoño H, Berrío CMC, et al. Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín. 2015;7(1):73-96.
31. UNICEF. El suicidio en la adolescencia. 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-suicidio-en-la-adolescencia>
32. Ghasemi P, Shaghaghi A, Allahverdipour H. Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article. Health Promot Perspect. 25 de octubre de 2015;5(3):156-68.
33. Soole R, De Leo D, Kőlves K. Factors related to childhood suicides: analysis of the Queensland Child Death Register. Crisis. 2014;35(5):292-300.
34. Cuesta D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. Rev Mex Pediatr. 2017;84(2):72-7.
35. Aldáz C. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Ajayu Órgano Difus Científica Dep Psicol UCBSP. marzo de 2018;16(1):203-19.
36. González C, Hermosillo A, Vacio-Muro M, Peralta R, Wagner FA, González-Forteza C, et al. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Bol Méd Hosp Infant México. abril de 2015;72(2):149-55.
37. Cardona J, Higueta L. Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia), 2014. CES Psicol. 2016;9(2):167-78.
38. Riveros A, Rubio T, Candelario J, Mangín M. Características psicológicas y desempeño académico en universitarios de profesiones de pronta ocupación. Rev Latinoam Psicol. 2015;45(2):265-78.
39. Núñez I, Crismán R. La ansiedad como variable predictora de la autoestima en adolescentes y su influencia en el proceso educativo y en la comunicación. Rev Iberoam Educ. 15 de julio de 2016;71(2):109-27.

40. Crespo T, Camarillo L, De Diego H. Trastorno por estrés agudo y postraumático. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de septiembre de 2019;12(84):4918-28.
41. Leiva M, Soto P, Serrano C. Ideación suicida y estrés postraumático después del terremoto y tsunami del 27-F. Rev Psicol Santiago. junio de 2017;26(1):27-34.
42. Estrada B, Molina N, Navarro M. Efectos Neuropsicológicos y Fisiológicos de la Terapia EMDR en una Mujer con Trastorno por Estrés Postraumático: Un Caso de Estudio. J EMDR Pract Res. 1 de noviembre de 2016;10(4):195-209.
43. Solís P, Meda R, Moreno B, Palomera A. Depresión e ideación suicida Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos. Rev Iberoamérica Psicol. 2018;19(1):11-22.
44. Lara G, Zúñiga J, Pérez O, Solís S, Jiménez C, Méndez M. Variables predictoras de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México. Ciênc Saúde Coletiva. abril de 2018;23(4):1089-96.
45. Ramos J, Silva C. Construcción y validación de una escala para evaluar los subtipos del trastorno depresivo mayor. Enseñ E Investig En Psicol. 2016;21(1):89-95.
46. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.
47. Mármol F, Luque R, Farouk M, Fernández R. Trastorno delirante y conducta suicida: estudio descriptivo de 26 casos. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2018;56(4):228-40.
48. Lezama S. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. Psychologia. 10 de enero de 2012;6(1):91-101.

49. Jaramillo C, Martínez J, Gómez J, Mesa T, Otálvaro S, Sánchez JA. Sintomatología depresiva en una población universitaria de Colombia: Prevalencia, factores relacionados y validación de dos instrumentos para tamizaje. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2018;56(1):18-27.
50. Suarez M, Alcalá M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Rev Médica Paz.* 2014;20(1):53-7.
51. Román C, Angulo R. El médico familiar y sus herramientas. *Rev Medica MD.* 2015;6(4):295-9.
52. Wang M, Kou C, Bai W, Song Y, Liu X, Yu W, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation among college students: A mental health survey in Jilin Province, China. *J Affect Disord.* marzo de 2019;246:166-73.
53. Siabato E, Salamanca Y. Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychol Av Discip.* 2015;9(1):71-81.
54. Aguirre A. Detección temprana de ideación suicida e identificación de los factores de riesgo asociados, en adolescentes de dos Unidades Educativas del sur de Quito en el periodo septiembre 2017 a febrero 2018. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018.
55. Alvarez M, Camilo V, Barceló M, Sánchez Y, Fajardo Y. Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. *MEDISAN.* febrero de 2017;21(2):154-60.
56. Toro R, Grajales F, Sarmiento J. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan.* 1 de diciembre de 2016;16(4):473-86.
57. Morla R, Saad E, Saad J. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;35(2):149-66.

58. Ferrari RAP, Bertolozzi MR, Dalmas JC, Giroto E. Fatores determinantes da mortalidade neonatal em um município da Região Sul do Brasil. Rev Esc Enferm USP. junio de 2013;47(3):531-8.
59. Pérez P. Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación Secundaria del distrito de San Juan de Miraflores. PsiqueMag. 2016;4(1):81-93.



Cuenca, 8/8/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

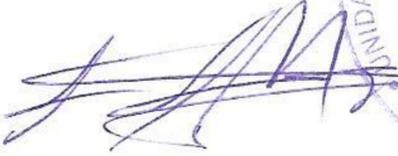
CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Riesgo de conducta suicida en adolescentes de primero a tercero de bachillerato de cinco Unidades Educativas, Cuenca. Período 2019 - 2020.

Trabajo de titulación realizado por Karen Estefania García Zhiña

Código: Ga88RieME53

X  

DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 29 de agosto del 2019

Lcdo. Wilson Pauta, MgS
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA MANUEL J. CALLE
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina GARCIA ZHIÑA KAREN ESTEFANIA con CI: 0106557788, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida Unidad Educativa, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS, CUENCA PERIODO 2019-2020". La Investigación será dirigida por la Dra. Rosa Solórzano, Especialista en Psiquiatría, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca


Recibido: 29/08/2019.



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 29 de agosto del 2019

Lcdo. Andrés Rodríguez, MgS
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA ABELARDO TAMARIZ CRESPO
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina GARCIA ZHIÑA KAREN ESTEFANIA con CI: 0106557788, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida Unidad Educativa, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS, CUENCA PERIODO 2019-2020". La Investigación será dirigida por la Dra. Rosa Solórzano, Especialista en Psiquiatría, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

Recibido
30-08-2019
Hora 09:45

[Handwritten signature]



Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 29 de agosto del 2019

Lcdo. Fernando Jimenez, MgS
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA RICARDO MUÑOZ CHAVEZ
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina GARCIA ZHIÑA KAREN ESTEFANIA con CI: 0106557788, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida Unidad Educativa, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS, CUENCA PERIODO 2019-2020". La Investigación será dirigida por la Dra. Rosa Solórzano, Especialista en Psiquiatría, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca





UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 29 de agosto del 2019

Lcdo. Omar Hurtado, MgS
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA ISABEL MOSCOSO DAVILA
Su despacho. -

De mis consideraciones:

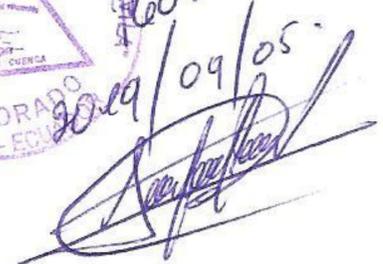
Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina GARCIA ZHIÑA KAREN ESTEFANIA con CI: 0106557788, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida Unidad Educativa, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS, CUENCA PERIODO 2019-2020". La Investigación será dirigida por la Dra. Rosa Solórzano, Especialista en Psiquiatría, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN
LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca


RECIBIDO
2019/09/05




UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 29 de agosto del 2019

Lcdo. Carlos Vélez, MgS
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA OCTAVIO CORDERO PALACIOS
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina GARCIA ZHIÑA KAREN ESTEFANIA con CI: 0106557788, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida Unidad Educativa, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS, CUENCA PERIODO 2019-2020". La Investigación será dirigida por la Dra. Rosa Solórzano, Especialista en Psiquiatría, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO MATRIZ TITULACIÓN
LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

Recibido
04/09/2019



UNIDAD EDUCATIVA DEL MILENIO "MANUEL J. CALLE

Oficio N° 304-B

Cuenca, 5 de septiembre de 2019

Licenciada

Carmen Prieto

RESPONSABLE DE TITULACION DE LA CARRERA DE MEDICINA,
Ciudad.-

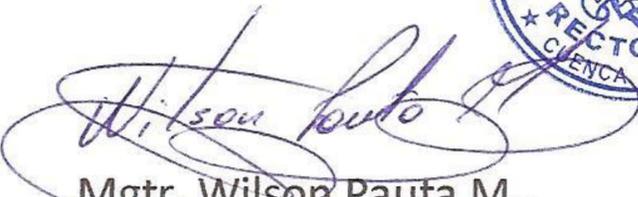
De mi consideración:

Con un atento y cordial saludo comunico a usted que la estudiante GARCIA ZHIÑA KAREN ESTEFANIA, presentó un oficio con fecha 29 de agosto del año en curso por lo que hago saber a usted que la estudiante antes mencionada ha sido aceptada para que, realice su trabajo de Titulación en nuestra Institución.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,




Mgtr. Wilson Pauta M.,
RECTOR

Dirección: Francisco Calderón 454 y Héroes de Verdeloma

Teléfono: (07) 420 50 68 09 84 52 00 19

Correo: colegiomanueljcalles@gmail.com Código AMIE 01H02001



UNIDAD EDUCATIVA
"ABELARDO TAMARIZ CRESPO"

Av. Los Andes y Chichenitza Telf. 2806170
Email: abelardotamarizcrespo@hotmail.es
CODIGO AMIE 01H00420

Cuenca, 06 de septiembre de 2019

OFICIO N° 002 –UEATC

Licenciada

Carmen Prieto

**RESPONSABLE DE TITULACION CARRERA DE MEDICINA- MATRIZ DE LA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA**

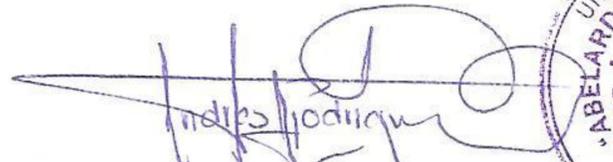
Ciudad

De mis consideraciones:

Con un atento saludo y deseándole éxitos en su labor profesional, agradezco y al mismo tiempo autorizo, a la estudiante **GARCIA ZHIÑA KAREN ESTEFANIA** para que realice el trabajo de investigación, con el tema: **RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO**, en nuestra institución UNIDAD EDUCATIVA "ABELARDO TAMARIZ CRESPO".

Agradezco su atención a este escrito.

Atentamente


Msc. Andrés Rodríguez Castro
RECTOR





Cuenca 04 de septiembre de 2019.

Lcda. Carmen Prieto
Responsable de Titulación Carrera de Medicina.

De mis consideración.

Reciba un atento y cordial saludo, el motivo de la presente es para informarle que la estudiante de la Carrera de Medicina García Zhiña Karen Estefanía, presentó un oficio con fecha Cuenca, 29 de agosto de 2019, informó que ha sido validado, por lo tanto la estudiante puede realizar su trabajo de Titulación en nuestra Unidad Educativa.

Sin otro particular me suscribo de UD.

Atentamente.-

Lic. Fernando Jiménez



UNIDAD EDUCATIVA
"ISABEL MOSCOSO DÁVILA"



LAS ORQUÍDEAS TELEF. 2899044
Isabel-m-davila@hotmail.es

Lic. Carem Prieto
Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz Universidad Católica de Cuenca
Su despacho

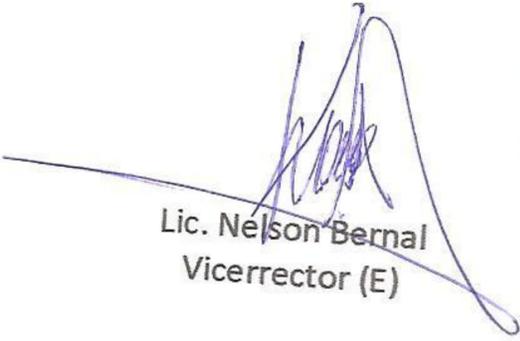
De mi Consideración:

Expreso a usted un atento y cordial saludo, a la vez mi deseo que tenga muchos éxitos en sus funciones diarias.

El motivo de la presente es para informar que la estudiante GARCIA ZHIÑA KAREN ETEFANÍA, presentó un oficio con fecha 29 de agosto de 2019, el cual ha sido validado por la institución, por lo tanto la estudiante puede realizar su trabajo de investigación en "RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A 3RO DE BGU"; en la Institución Educativa.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente:


Lic. Nelson Bernal
Vicerrector (E)



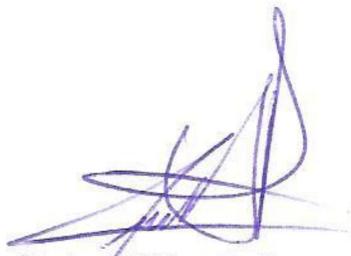
 C.AMIE:01H00187	UNIDAD EDUCATIVA OCTAVIO CORDERO PALACIOS "CIENCIA Y VIRTUD" Teléfonos:2831456/2824505/2822174 CORREO ELECTRONICO: colegiooctaviocorderopalacios@gmail.com	OCP
	Dirección Distrital 01D01 Cuenca Norte Circuito N. 01DO1C03_04_13	
	PROCESO: GESTION DEL APRENDIZAJE 2018 - 2022	PAGINA 1 DE 1

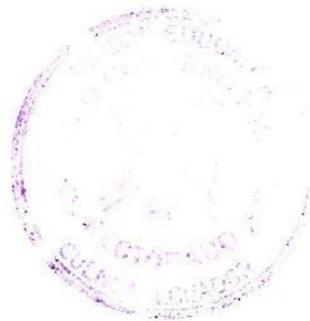
Cuenca, 9 de septiembre del 2019

Mgs.
CAREM PRIETO
RESPONSABLE DE TITULACION CARRERA DE MEDICINA
MATRIZ DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA.

En respuesta al oficio entregado con fecha 29 de agosto donde solicita que la estudiante GARCIA ZHIÑA KAREN ESTEFANIA con C.I. 0106557788; pueda realizar su trabajo de investigación en nuestra Institución Educativa con el tema: **"RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS, CUENCA PERIODO 2019 – 2020"**; me permito comunicarle que existe la aprobación del mismo; pudiendo la estudiante comenzar cuando ella lo crea pertinente.

Me suscribo atentamente.


Carlos Vélez Peña
RECTOR U.E. O.C.P.



**RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A
TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS. CUENCA.
PERIODO 2019 - 2020**

Por favor lea atentamente las siguientes preguntas, y marque una sola alternativa de acuerdo a su realidad. Sus respuestas serán confidenciales. Si tiene alguna duda, puede consultarla con el entrevistador.

N° Formulario 1

Edad: 16

Institución Educativa: Manuel I. Calle

Sexo	1. Hombre	/	Etnia:	1. Mestizo	/
	2. Mujer			2. Indígena	
Religión	1. Católica			3. Blanco	
	2. Evangélica			4. Afrodescendiente	
	3. Testigo de Jehová		Residencia	1. Urbana	
	4. Ninguna	/		2. Rural	/
	5. Otras				
Año que cursa	1. Primero de BGU				
	2. Segundo de BGU	/			
	3. Tercero de BGU				

Nivel Socioeconómico

Encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, la misma que servirá para homologar las herramientas de estratificación.

Características de la Vivienda	
<p>1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?</p> <p><input type="checkbox"/> Cuarto(s) en casa de inquilinato 59</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento en casa o edificio 59</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Casa/Villa 59</p> <p><input type="checkbox"/> Mediagua 40</p> <p><input type="checkbox"/> Rancho 4</p> <p><input type="checkbox"/> Choza/ Covacha/Otro 0</p>	<p>2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hormigón 59</p> <p><input type="checkbox"/> Ladrillo o bloque 55</p> <p><input type="checkbox"/> Adobe/ Tapia 47</p> <p><input type="checkbox"/> Caña revestida o bahareque/ Madera 17</p> <p><input type="checkbox"/> Caña no revestida/ Otros materiales 0</p>
<p>3. El material predominante del piso de la vivienda es de:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Duela, parquet, tablón o piso flotante 48</p> <p><input type="checkbox"/> Cerámica, baldosa, vinil o marmetón 46</p> <p><input type="checkbox"/> Ladrillo o cemento 34</p> <p><input type="checkbox"/> Tabla sin tratar 32</p> <p><input type="checkbox"/> Tierra/ Caña/ Otros materiales 0</p>	<p>4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar 0</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar 12</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha 24</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha 32</p>
<p>5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene 0</p> <p><input type="checkbox"/> Letrina 15</p>	

<input type="checkbox"/> Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	18
<input type="checkbox"/> Conectado a pozo ciego	18
<input checked="" type="checkbox"/> Conectado a pozo séptico	22
<input type="checkbox"/> Conectado a red pública de alcantarillado	38
Acceso a Tecnología	
1. ¿Tiene este hogar servicio de internet? <input type="checkbox"/> No 0 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 45	2. ¿Tiene computadora de escritorio? <input checked="" type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 35
3. ¿Tiene computadora portátil? <input checked="" type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 39	4. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar? <input type="checkbox"/> No tiene celular nadie en el hogar 0 <input type="checkbox"/> Tiene 1 celular 8 <input type="checkbox"/> Tiene 2 celulares 22 <input checked="" type="checkbox"/> Tiene 3 celulares 32 <input type="checkbox"/> Tiene 4 o más celulares 42
Posesión de Bienes	
1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional? <input type="checkbox"/> No 0 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 19	2. ¿Tiene cocina con horno? <input type="checkbox"/> No 0 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 29
3. ¿Tiene refrigeradora? <input type="checkbox"/> No 0 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 30	4. ¿Tiene lavadora? <input checked="" type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 18
5. ¿Tiene equipo de sonido? <input checked="" type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 18	
6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar? <input type="checkbox"/> No tiene TV a color en el hogar 0 <input checked="" type="checkbox"/> Tiene 1 TV a color 9 <input type="checkbox"/> Tiene 2 TV a color 23 <input type="checkbox"/> Tiene 3 o más TV a color 34	7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar? <input type="checkbox"/> No tiene vehículo exclusivo para el hogar 0 <input checked="" type="checkbox"/> Tiene 1 vehículo exclusivo 6 <input type="checkbox"/> Tiene 2 vehículo exclusivo 11 <input type="checkbox"/> Tiene 3 o más vehículos exclusivos 15
Hábitos de Consumo	
1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales? <input type="checkbox"/> No 0 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 6	2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> No 0 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 26
3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo? <input type="checkbox"/> No 0 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 27	4. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social? <input type="checkbox"/> No 0 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 28
5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses? <input checked="" type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 12	
Nivel de Educación	
1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar? <input type="checkbox"/> Sin estudios 0 <input type="checkbox"/> Primaria incompleta 21 <input checked="" type="checkbox"/> Primaria completa 39	

<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta	41
<input type="checkbox"/>	Secundaria completa	65
<input type="checkbox"/>	Hasta 3 años de educación superior	91
<input type="checkbox"/>	4 o más años de educación superior (sin post grado)	127
<input type="checkbox"/>	Post grado	171
Actividad Económica del Hogar		
1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL? <input type="checkbox"/> No 0 <input checked="" type="checkbox"/> Sí 39		2. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con o sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida? <input checked="" type="checkbox"/> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 55
3. ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?		
<input type="checkbox"/>	Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	76
<input type="checkbox"/>	Profesionales científicos e intelectuales	69
<input type="checkbox"/>	Técnicos y profesionales de nivel medio	46
<input type="checkbox"/>	Empleados de oficina	31
<input type="checkbox"/>	Trabajador de los servicios y comerciantes	18
<input type="checkbox"/>	Trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros	17
<input checked="" type="checkbox"/>	Oficiales operarios y artesanos	17
<input type="checkbox"/>	Operadores de instalaciones y máquinas	17
<input type="checkbox"/>	Trabajadores no calificados	0
<input type="checkbox"/>	Fuerzas Armadas	54
<input type="checkbox"/>	Desocupados	14
<input type="checkbox"/>	Inactivos	17

552

A (alto) de 845,1 a 1000 puntos.	
B (medio alto) de 696,1 a 845 puntos.	
C+ (medio típico) de 535,1 a 696 puntos.	X
C- (medio bajo) de 316,1 a 535 puntos.	
D (bajo) de 0 a 316 puntos.	

IDEACION SUICIDA (SEGÚN PANSI)

Alto riesgo mayor o igual a 9 puntos.	
Bajo riesgo menor a 9 puntos.	

Sin Riesgo

ESTADO DEPRESIVO

No depresión, menos de 35 puntos.	
Depresión leve de 36 a 51 puntos.	X
Depresión moderada de 52 a 67 puntos.	
Depresión grave mayor a 67 puntos	

APGAR FAMILIAR

Normal de 17 a 20 puntos.	
Disfunción leve de 16 a 13 puntos.	X
Disfunción moderada de 12 a 10 puntos.	
Disfunción severa menor o igual a 9 puntos.	

INVENTARIO DE IDEACIÓN SUICIDA POSITIVO Y NEGATIVO (PANSI)

Diseñado por Osman et al, en el 2003, se trata de un cuestionario de 14 ítems, de los cuales seis son de ideación suicida positiva (factores protectores), y ocho son de ideación suicida negativa (factores de riesgo), presenta un coeficiente de consistencia interna superior a 0,8 y validez de 0.9.

Conteste a las 14 preguntas marcando solo uno de los casilleros por cada ítem, según su criterio:

0. Nunca
1. Algunas veces
2. Muchas veces
3. Casi siempre
4. Siempre

	0	1	2	3	4
¿Pensaste en matarte por que no pusiste hacer algo que era muy importante en tu vida?		✓			
¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?	✓				
¿Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?		✓			
¿Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?	✓				
¿Te sentiste tan solo o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?	✓				
¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?	✓				
¿Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?	✓				
¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?		✓			
¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?				✓	
¿Tuviste confianza en lograr tus metas en futuro?				✓	
¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tú querías?				✓	
¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?				✓	
¿Sentiste que valía la pena vivir?			✓		
¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?			✓		
PUNTAJE:	6				

TEST DE DEPRESION DE ZUNG

Creada en 1965 por Zung, se trata de un test autoaplicable, presenta una fiabilidad según el índice Cronbach entre 0,79 y 0,92.

Conteste a las 20 preguntas marcando solo uno de los casilleros por cada ítem, según el siguiente criterio:

1. Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/Raramente
2. Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando
3. Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente
4. Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo

	1	2	3	4
Me siento triste y deprimido/a.		/		
Por las mañanas me siento peor que por las tardes.	/	/		
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.		/		
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.		/		
Ahora tengo menos apetito que antes.		/		
Me siento menos atraído/a por el sexo opuesto.		/		
Creo que estoy adelgazando.		/		
Estoy estreñado/a.		/		
Tengo palpitaciones.			/	
Me canso por cualquier cosa, me quedo sin energías.		/		
Mi cabeza no está tan despejada como antes.		/		
No hago las cosas con la misma facilidad que antes.		/		
Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	/	/		
No tengo esperanza ni confianza en el futuro.	/			
Me siento más irritable que habitualmente. Me enfado con facilidad.		/		
Encuentro difícil la toma de decisiones.		/		
No me creo útil y necesario para la gente.		/		
No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.		/		
Creo que sería mejor para los demás que me muriera.	/			
No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.		/		
PUNTAJE:	39			

APGAR FAMILIAR

Diseñado en 1978, por el Dr. Gabriel Smilkstein, con la finalidad de analizar el estado funcional de la familia a través de la percepción que tienen de ella sus propios miembros. Presenta una validación inicial con un índice de correlación de 0.80, posteriormente se realizó otra correlación oscilando un índice entre 0,71 y 0,83 para diversas realidades.

Conteste a las siguientes preguntas marcando solo uno de los casilleros por cada ítem, según el siguiente criterio:

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad				/	
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.				/	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.			/		
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como la rabia, tristeza, amor.			/		
Me satisface como compartimos en mi familia, el tiempo juntos.				/	
PUNTAJE:	13.				

INFORME FINAL DE TRABAJO DE TITULACION KAREN ESTEFANIA GARCIA ZHIÑA

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	4%
2	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	3%
3	cybertesis.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	protegeiteapp.blogspot.com Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir bibliografía

Activo

Excluir coincidencias

< 1%



Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Prevalencia de Riesgo de Conductas Suicidas y factores asociados en adolescentes de primero a tercero de bachillerato de cinco unidades educativas. Cuenca Período 2019-2020

Nombre del estudiante: Karen Estefanía García Zhiño

Director: Dra. Rosa Solerzano

Nombre de par revisor: Psi. Cl. Luis Ormazá

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			1 11
Redacción Científica	✓			1 11
Pensamiento crítico	✓			1 11
Marco teórico		✓		0.5 11
Anexos	✓			1 11
Total				4.5 15

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	
Tesis apta para sustentación con modificaciones	✓
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Ampliar el Marco Teórico a fin de asociar los casos al suicidio con otros padecimientos clínicos

[Firma]
PSICÓLOGO CARRERA DE MEDICINA
SENESCYT: 1025-15-1410203

Firma y sello de responsable

[Firma]

Firma de aceptación del estudiante



Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Prevalencia de Riesgo de Conducta Suicida y factores asociados en adolescentes de primero a tercero de bachillerato de cinco unidades educativas - Cuenca. Período 2019-2020

Nombre del estudiante: Karen Estefanía García Zhiña

Director: Dra. Rosa Solorzano

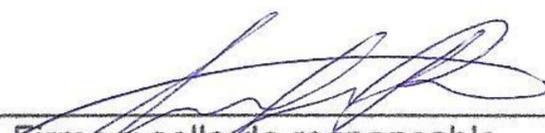
Nombre de par revisor: Dr. Jorge Buelvas

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	
Estructura de tesis	/			/ 1
Redacción Científica	/			/ 1
Pensamiento crítico	/			/ 1
Marco teórico	/			/ 1
Anexos	/			/ 1
Total				5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


Firma y sello de responsable
0106999303


Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec





UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Cuenca a 21 octubre de 2019

Sra. Mgs

Carem Prieto

RESPONSABLE (S) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UCACUE

Su despacho.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: **“PREVALENCIA DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS. CUENCA. PERIODO 2019-2020”**. Realizado por el estudiante, **KAREN ESTEFANIA GARCIA ZHIÑA** ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación del mismo. Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Rosa Solórzan
PSIQUIATRA
CONSEJERA

Dra. Rosa Elizabeth Solórzano Bernita

Especialista en Psiquiatría

Catedrática de Psiquiatría y Psicología de la Universidad Católica de Cuenca

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION “TRABAJO DE TITULACIÓN”

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: la alumna GARCIA ZHIÑA KAREN ESTEFANIA ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación PREVALENCIA DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS. CUENCA PERIODO 2019-2020, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 9.5/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 49.5/100

Revisores: DR. JORGE BUELVAS/ PSIC. LUIS MIGUEL ORMAZA

Director: DRA. ROSA SOLORZANO/ **Asesor:** DR. GABRIEL HUGO

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,



Lcda. Carem Prieto M. Sc.
Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

22 OCT 2019

RECIBIDO

HORA: 09:05 FIRMA: 



Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema: Prevalencia de Riesgo de Conducta Suicida en adolescentes de primero a tercero de bachillerato de cinco Unidades Educativas. Cuenca. Período 2019-2020	
Nombre del estudiante: Karen Estefanía García Zhiña	
Nombre del responsable de la calificación	
Director:	Dra. Rosa Elizabeth Solorzano Bernita
Asesor:	Dr. Gabriel Anibal Hugo Merino

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Firma y sello del Director o Representante de
Dirección de la Carrera de Medicina

Firma de aceptación del estudiante



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES HUMANOS DE LA UNIVERISDAD CATÓLICA DE CUENCA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto de Investigación:	RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS. CUENCA. PERIODO 2019 - 2020
Institución a la que pertenece el Investigador:	UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
Nombre del Investigador principal	KAREN ESTEFANIA GARCIA ZHIÑA
Datos del Investigador principal:	0983088903 k.e.gz12@hotmail.com

Descripción del proyecto de Investigación

En este documento está una breve descripción del motivo de la investigación. USTED tiene el derecho a realizar todas las preguntas que crea convenientes, con la finalidad de comprender totalmente cuál es su participación en el estudio. El tiempo que requiera para decidir su participación es decidido por usted. Sugerimos si es necesario hacer consultas con sus miembros de familia cercanos o cualquier otra persona, incluyendo profesionales que considere necesarios, para saber si usted desea participar o no en el proceso de investigación.

Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre: el riesgo de conducta suicida en adolescentes de cinco colegios de Cuenca, con la finalidad de identificar a adolescentes con niveles de autoestima bajo o ideación suicida, permitirá alertar a las autoridades, profesores, profesionales del departamento de Bienestar Estudiantil y padres de familia, los cuales podrán desarrollar o incorporar programas preventivos, con la finalidad de beneficiar a dicha población, promoviendo salud tanto a nivel mental como físico, y de esta manera evitar complicaciones en un futuro que puedan ser catastróficas.

OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El objetivo de la investigación es determinar el riesgo de conductas suicidas en adolescentes que cursen de primero a tercero de bachillerato de cinco unidades educativas de Cuenca, serán estudiados 364 estudiantes.

<p style="text-align: center;">CRITERIOS DE INCLUSIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes que estén matriculados en las unidades educativas Manuel J Calle, Octavio Cordero Palacios, Abelardo Tamariz Crespo, Ricardo Muñoz Chávez y Isabel Moscoso Dávila; que se encuentren cursando de primero a tercero de bachillerato, periodo lectivo 2019 – 2020. • Estudiantes cuyos padres de familia o representante legal autoricen el consentimiento y asentimiento informado. • Estudiantes que estén dispuestos a participar voluntariamente de la investigación. • Encuestas llenadas adecuadamente y de forma completa. 	<p style="text-align: center;">CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes que decidan no participar en el estudio, aun contando con el permiso de su representante legal. • Estudiantes sin autorización de su representante para participar en el estudio. • Estudiantes que no asistan al llenado de las encuestas.
<p style="text-align: center;">DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS</p> <p>Para iniciar la investigación se procedió a solicitar autorización a los señores rectores de las respectivas unidades educativas, mediante un oficio, en donde se explica el propósito de la investigación y la metodología a seguir.</p> <p>Se establecerá que la recolección de datos se realizarán previo consentimiento de los padres de familia de los estudiantes. Se coordinará la fecha para la recolección de datos, donde luego de nuestra identificación y de una previa petición de colaboración se procederá a explicar a los estudiantes el fin de la investigación, como deben llenar los test y el tiempo para contestar los mismos, los mismo serán supervisados por el investigador.</p>	
<p style="text-align: center;">RIESGOS Y BENEFICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a adolescentes con depresión o ideación suicida, permitirá alertar a las autoridades, profesores, profesionales del departamento de Bienestar Estudiantil y padres de familia. • Se podrá desarrollar o incorporar programas preventivos • Promover salud tanto a nivel mental como físico • Evitar complicaciones en un futuro que puedan ser catastróficas. 	
<p style="text-align: center;">CONFIDENCIALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es prioridad para todo el equipo de investigación mantener su confidencialidad • La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso. 	

- Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio
- Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones

AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador o a la persona que le explica este documento. A demás, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO

Ante cualquier duda que usted como participante de un proyecto de investigación tenga, puede dirigirse al Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Medicina. Calle Manuel Vega y Pio Bravo. Dr. Carlos Flores Montesinos. Celular: 0992834556. E-mail: cflores@ucacue.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Recibí explicación de los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Mis preguntas fueron respondidas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante:

Fecha:

Firma del Investigador:

Fecha:

ASENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Yo Karen Estefanía García Zhiña, me encuentro realizando la investigación “RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PRIMERO A TERCERO DE BACHILLERATO DE CINCO UNIDADES EDUCATIVAS. CUENCA. PERIODO 2019 - 2020”, la cual se realizará mediante la aplicación de un formulario de preguntas, las cuales me darán a conocer si usted se encuentra en riesgo de padecer alguna conducta que pueda atentar contra su vida.

Durante la investigación no se establecerá ningún tipo de pago o recompensa monetaria, se garantiza la total confidencialidad de la información obtenida, así como de la identidad, los datos obtenidos serán usados únicamente para el análisis del tema a estudiar.

Solicita muy encarecidamente que autorice su participación en esta investigación, estimándose que el presente formulario no representa riesgo alguno para su integridad personal. Usted podrá retirarse en cualquier momento de la misma.

Yo, _____ he leído la información y la entiendo. Por lo que autorizo la participación en el desarrollo de esta investigación.

Karen Estefanía García Zhiña

0106557788

Investigadora.

Participante

CI.