

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“REPERCUSIÓN DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA IDEACIÓN SUICIDA
EN MUJERES ADOLESCENTES DEL TERCER Y CUARTO AÑO
DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA
MICAELA BASTIDAS, AREQUIPA 2014”**

Presentado por los Bachilleres:
Srta. Gabriela Juana Cosi Cano
Srta. Elizabeth Nathalie Paredes Manrique

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADAS EN ENFERMERIA

AREQUIPA – PERÚ
2015

ÍNDICE

INDICE DE ILUSTRACIONES	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	7

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION	8
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	8
1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	8
1.2.1 CAMPO, AREA, LINEA	8
1.2.2 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	8
1.2.3 ANALISIS DE LAS VARIABLES	8
1.2.4 INTERROGANTES DE INVESTIGACION	10
1.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	10
2. MARCO TEORICO	12
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	46
4. OBJETIVOS	48
5. HIPOTESIS	48

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO	49
2. CAMPO DE VERIFICACION	51
2.1 UBICACIÓN ESPACIAL	51
2.2 UBICACIÓN TEMPORAL	51
2.3 UNIDADES DE ESTUDIO	51
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS	52
4. CRONOGRAMA DE TRABAJO	53

CAPITULO III

RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION

1. RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION	54
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
BIBLIOGRAFIA	70
ANEXOS	73

INDICE DE ILUSTRACIONES

1. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD.	Pág. 55
2. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA.	Pág. 56
3. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR.	Pág. 57
4. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN PROBLEMAS EMOCIONALES.	Pág. 58
5. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN APGAR FAMILIAR.	Pág. 59
6. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN EDAD Y APGAR FAMILIAR.	Pág. 60
7. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN PRESENCIA DE PROBLEMAS EMOCIONALES Y APGAR FAMILIAR.	Pág. 61
8. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN SINTOMATOLOGIA DE IDEACION SUICIDA.	Pág. 62
9. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN EDAD Y SINTOMATOLOGIA DE IDEACION SUICIDA.	Pág. 63
10. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN PRESENCIA DE PROBLEMAS EMOCIONALES Y SINTOMATOLOGIA DE IDEACION SUICIDA.	Pág. 64
11. POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN APGAR FAMILIAR Y SINTOMATOLOGIA DE IDEACION SUICIDA.	Pág. 65

RESUMEN

REPERCUSIÓN DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL TERCER Y CUARTO AÑO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS, AREQUIPA 2014. Objetivos: Precisar la existencia de disfunción familiar en adolescentes mujeres del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas; Determinar la presencia de ideación suicida en adolescentes mujeres del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas; Verificar la repercusión de la disfunción familiar en la ideación suicida en adolescentes mujeres del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastida. Metodología: Las unidades de estudio está constituido por 364 adolescentes mujeres que cursan el tercer y cuarto año de secundaria. La técnica utilizada fue la encuesta. El instrumento: cedula de preguntas: APGAR Familiar y Escala de Ideación Suicida. Resultados: casi las $\frac{3}{4}$ partes de la población de estudio presenta disfunción familiar; casi las $\frac{3}{4}$ partes de la población de estudio (71%) presenta sintomatología de ideación suicida y más de la mitad de la población de estudio que presenta disfunción familiar moderada y leve muestra sintomatología de ideación suicida. Conclusiones: Existe disfunción familiar moderada y severa en las mujeres adolescentes del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas; que la sintomatología de ideación suicida está presente en las mujeres adolescentes del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas y se establece que la disfunción familiar moderada y severa repercute en la presencia de sintomatología de ideación suicida.

Palabras Clave: Disfunción familiar, ideación suicida, repercusión, adolescentes, salud mental.

Autoras:

Srta. GABRIELA JUANA COSI CANO, Independencia MZ 46 LT 4, Selva Alegre. Telf. 984557725

Srta. ELIZABETH NATHALIE PAREDES MANRIQUE, San Salvador 210, Hunter. Telf. 953755382

ABSTRACT

IMPACT OF FAMILY DYSFUNCTION IN WOMEN TEENS suicidal ideation THIRD AND FOURTH YEAR OF SECONDARY EDUCATIONAL INSTITUTION MICAELA BASTIDAS, AREQUIPA 2014. Objectives: Refine the existence of family dysfunction in adolescent girls in the third and fourth year of secondary Institution Educational Micaela Bastidas; To determine the presence of suicidal ideation in adolescent girls in the third and fourth year of secondary of School Micaela Bastidas; Check the impact of family dysfunction suicidal ideation in adolescent girls in the third and fourth year of secondary of School Micaela Bastida. Methodology: The study units consists of 364 female adolescents attending the third and fourth grade. The technique used was the survey. The instrument: writ of questions: Family APGAR and Suicide Ideation Scale. Results: Almost $\frac{3}{4}$ of the study population presented family dysfunction; almost $\frac{3}{4}$ of the study population (71%) presented symptoms of suicidal ideation and more than half of the study population having moderate and mild family dysfunction shows symptoms of suicidal ideation. Conclusions: There is moderate and severe family dysfunction in adolescent women in the third and fourth year of secondary of School Micaela Bastidas; that the symptoms of suicidal ideation is present in adolescent women in the third and fourth year of secondary of School Micaela Bastidas and states that moderate and severe family dysfunction affects the presence of symptoms of suicidal ideation.

Keywords: Family dysfunction, suicidal ideation, impact, adolescents, mental health.

Authors:

Srta. GABRIELA JUANA COSI CANO, Independencia MZ 46 LT 4, Selva Alegre. Telf. 984557725

Srta. ELIZABETH NATHALIE PAREDES MANRIQUE, San Salvador 210, Hunter. Telf. 953755382

INTRODUCCION

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública, a nivel mundial debido a su incremento paulatino en los últimos años. En especial, en grupos de población de alto riesgo como son los adolescentes y jóvenes.

La conducta suicida se puede entender como un proceso que se inicia con la idea de suicidarse, luego el intento de suicidio y posteriormente el suicidio consumado. Las ideas suicidas pueden comprender desde pensamientos de falta de valor de la vida, hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos de muerte y en algunos casos de intensa preocupación autodestructiva.

La ideación suicida no es el resultado de un factor solo emocional sino más bien un hecho de causa multifactorial, biopsicosocial que empezaría desde la familia y el desenvolvimiento de esta, ya que la familia se puede considerar como una unidad de intercambio que generalmente tiende a estar en equilibrio; dependiendo de sus acciones y reacciones ya sean positivas o negativas estas afectan al comportamiento de cada miembro haciendo que esta familia se vuelva funcional (equilibrada) o disfuncional. Cabe mencionar que las adolescentes son la población más propensa a mantener ideas suicidas debido a las características propias de su desarrollo, es decir, son personas que frecuentemente tienen conflictos en sus relaciones interpersonales y actúan de forma impulsiva cuando enfrentan una situación estresante. Las investigaciones dan cuenta que muchos jóvenes potencialmente suicidas o que mantienen pensamientos suicidas o de autodestrucción, tienden a sostener una relación pobre o ninguna relación con sus padres y a formar parte de una familia disfuncional.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente se considera importante el investigar la ideación suicida, y se busca establecer una relación con la dinámica familiar funcional o disfuncional; en las adolescentes escolares del tercer y cuarto año de secundaria de la I.E. Micaela Bastidas de la ciudad de Arequipa.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de Investigación

1.1 Enunciado del Problema

“REPERCUSIÓN DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA IDEACIÓN SUICIDA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL TERCER Y CUARTO AÑO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS, AREQUIPA 2014”

1.2 Descripción del Problema

1.2.1 Campo, Área y Línea:

Campo: Ciencias de la Salud

Área: Enfermería

Línea: Salud Mental

1.2.2 Tipo y Nivel de la investigación:

Investigación de campo, de nivel descriptivo y explicativo

1.2.3 Análisis de las Variables

El problema de investigación presenta dos variables: dependiente e independiente.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

CARACTERISTICAS DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO		- Edad - Condición socioeconómica - Condición demográfica - Hábitos y costumbres - Autoestima y asertividad	
VARIABLES		Indicadores	Subindicadores
Independiente	Disfunción familiar	- Función de participación - Función de Aceptación y Ganancia - Función de Afecto - Función de Recursos Familiares - Función de Adaptación	- Adecuada función familiar - Disfunción familiar Leve - Disfunción familiar Moderada - Disfunción familiar Severa
Dependiente	Ideación Suicida	- Características de la actitud hacia la vida/muerte - Características de los pensamientos/deseos suicidas - Características del intento de suicidio - Realización de intento proyectado	- Presencia de Ideación Suicida (Reactivo) - Ausencia de Ideación Suicida (No Reactivo)

1.2.4 Interrogantes de investigación

- ❖ ¿Existe disfunción familiar en adolescentes del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastida, Arequipa 2014?
- ❖ ¿Presentan ideación suicida las adolescentes del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa 2014?
- ❖ ¿Cuál es la repercusión de la disfunción familiar en la ideación suicida en las adolescentes del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa 2014?

1.3 Justificación del Problema

Según la OMS (2000) “define a la Ideación suicida como aquellas ideas acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración”¹. Según el MINSA “se define como al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida”².

La OMS “define familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Los padres son una constante a lo largo de la vida de cualquier niño, por lo tanto, la familia es uno de los factores que más influyen en su futuro”³.

¹ Organización Mundial de la Salud, “Prevención del Suicidio”, 2012,(Consultado el 14 de Agosto del 2012)

² Ministerio de la Salud, “El Suicidio”, 2012, (Consultado el 14 de Agosto del 2014)

³ Organización Mundial de la Salud, “Familia y Sociedad”, 2012 (Consultado el 25 de Agosto del 2014)

La presente investigación cuenta con relevancia científica pues la disfunción familiar y la ideación suicida están relacionadas; la variable psicosocial del sistema familiar, estrés percibido y apoyo social resultan ser significativamente asociadas a la ideación suicida.

“El suicidio figura entre las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial. Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una muerte cada 40 segundos. Se ha reportado que el grupo más vulnerable son aquellos que figuran entre los 15 y 44 años de edad. En ese sentido, el suicidio se ubicó como la tercer causa de muerte en ese grupo de edad con 8.6%, por debajo de agresiones (24.2%) y accidentes de transporte con 16.1%.”⁴

“En el 2012, hubo 53 suicidios de niños y adolescentes a nivel nacional y alertó que niños y adolescentes conforman el 18% de la población suicida en Perú. En el 2013, el 18% de la población suicida (suicidio frustrado y suicidio consumado) era menor de edad. Entre las víctimas, la mayoría era de Lima. El resto residía en ciudades como Huancayo, **Arequipa**, Cusco y Pucallpa.”⁵ Según lo mencionado anteriormente, se puede considerar a la ideación suicida como un tema que influye en la sociedad de los últimos tiempos.

La presente investigación es original debido a que no se ha encontrado registros investigativos iguales; solo se encontró registros, publicaciones relacionadas al presente trabajo de investigación y busca aportar aspectos novedosos. Dicho trabajo de investigación es viable porque se nos permitirá llevarlo a cabo en el campo escogido.

Nuestro rol en el área de salud mental, es la prevención y promoción de la misma en conjunto con la práctica de estilos de vida saludable, priorizando al adolescente mujer.

⁴ Ministerio de Salud, *op. Cit.*, p.10

⁵ Ministerio de Salud, *op. Cit.*, p.10

Es de nuestro interés y motivación el desarrollo de la tesis para optar el título profesional de Licenciadas en Enfermería.

2. MARCO TEORICO

2.1 Disfunción Familiar

2.1.1 Generalidades

2.1.1.1 Familia

2.1.1.1.1 Definición de familia

Es el núcleo de la sociedad, es el grupo de dos o más individuos percibidos como interdependientes basados en conexiones sanguíneas, lazos legales u obligaciones verbales explícitas. No podemos dar una definición exacta de familia puesto que cada tipo de familia requiere su propia definición.

2.1.1.1.2 El sistema Familiar

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al:

- **Subsistema conyugal** (papá y mamá)
- **Subsistema paterno-filial** (padres e hijos)
- **Subsistema fraternal** (hermanos).

2.1.1.1.3 Tipos de familia

Varios intentos se han hecho por clasificar familias desde diferentes puntos de vista. La clasificación según Beatriz Molina, refiere fundamentalmente el tipo de interacción que caracteriza el núcleo familiar en un momento determinado, desde su perspectiva existen 3 clases de familia:

- **Familia Normal:** es aquella que posee límites claramente definidos, se caracteriza por su permeabilidad, la comunicación y el intercambio entre sus miembros.
- Las funciones protectoras y de socialización son fundamentales en su interior, es un grupo que se acomoda fácilmente a los cambios y mantiene un balance óptimo entre la dependencia y la autonomía.
- **Familia Aglutinada o sobrenvuelta:** es un grupo con un excesivo de fusión entre sus componente, y por lo tanto con unos límites muy difusos entre ellos. Esta situación facilita la intromisión de unos en los asuntos íntimos y privados de los otros, disminuye la distancia e incrementa la comunicación y la preocupación entre todos. Consecuentemente a esto se disminuye las posibilidades de autonomía e independencia de las personas ubicadas en él.
- **Familia Disgregada:** está caracterizada por la asistencia de límites muy rígidos entre sus partes. La comunicación y el contacto es pobre, y sus miembros son excesivamente independiente de los otros. Las funciones de protección y apoyo se limitan considerablemente a espesas de una gran autonomía.

Se ha descrito a esta familia, la familia “Tipo Hotel”, donde solo se va a comer y dormir y poco importan lo que sientan los demás.

2.1.1.1.4 Funciones de la Familia

- **La familia como formadora de la identidad personal**

Se reconoce a la familia como el grupo humano al cual se pertenece primariamente, lo cual queda determinado por el nacimiento o la adopción. El nombre, signo de este vínculo, representa la aceptación de que se pertenece a una realidad social que nos trasciende (la familia) pero, a la vez, proporciona una especificidad que no es intercambiable (la individualización).

- **La familia como núcleo de la socialización primaria**

Es el lugar de las significaciones primarias y es, también, considerada una comunidad primaria. Desde esta característica se reconoce a la familia la capacidad de socializar valores y pautas de comportamiento en lo que se refiere a lo cognitivo, lo ético y lo estético. Desde la familia se aprende lo que las cosas son, su bondad o maldad, su belleza o fealdad.

- **La familia como sustrato de la reproducción**

En primer lugar, la experiencia de la sexualidad posibilita la constitución de la familia. No se es hijo si no hay padres, y cada miembro de la familia encuentra en ésta el espacio de desarrollo de su sexualidad, tanto en la posibilidad de su aprendizaje como de su regulación.

- **La familia como unidad económica**

Si se considera a la familia desde el punto de vista del ahorro, el gasto y la inversión que significa el sostenimiento de cada uno de sus miembros, resalta aún más la importancia de esta función y las dificultades que puede estar enfrentando al respecto.

Diversos estudios ponen de relieve la importancia que tiene para la familia la adquisición de la vivienda y la educación de los hijos.

Por último, habría que consignar que si la familia no asumiera cotidianamente el trabajo doméstico, el cuidado de niños y ancianos, la atención preventiva de la salud, etc., la sociedad no sería capaz de solventar sino una exigua fracción del costo que ello actualmente implica.

2.1.1.2 Convivencia familiar durante la adolescencia

2.1.1.2.1 Adolescencia

➤ Definición

La adolescencia es el período de transición psicológica y social entre la niñez y la vida adulta. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, pero los une la edad y una actitud contestataria que persigue el valor de lo social en la relación consigo mismos, con los amigos, con los pares, los afectos, el placer, el juego, la música, el teatro, los deportes y la cultura en su sentido más amplio.

Según la OMS se considera:

- Definición cronológica entre los 10 y los 19 años
- Inicio coincide con cambios puberales
- Término coincide con culminación crecimiento y desarrollo morfológico

➤ Etapas

- Adolescencia temprana: 10 – 13 años
- **Biológicamente:** periodo peri-puberal con cambios corporales y funcionales
- **Psicológicamente:** pierde interés por los padres inicio de amistades con personas del mismo sexo.
- **Intelectualmente:** aumenta habilidades cognitivas y fantasías, no controla impulsos
- **Personalmente:** se preocupa por cambios corporales y apariencia física

- Adolescencia media: 14 – 16 años
- Adolescencia propiamente dicha
- Completa su crecimiento y desarrollo somático.
- Psicológicamente; máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con padres.
- Inicio de la actividad sexual y asumen conductas de riesgo
- Fascinados por la moda y por la apariencia física.
- Adolescencia tardía: 17 – 19 años
- Aceptación de imagen corporal
- Acercamiento a sus padres
- Desarrollan su propio sistema de valores con metas reales
- Importancia, relaciones íntimas y al grupo de padres
- Cambios psicológicos durante la adolescencia

Los cambios biológicos, psicológicos y psicosociales propios de la adolescencia terminan a los 19 años de edad aproximadamente, aunque los límites entre el final de esta etapa y la etapa adulta son poco claros. La adolescencia se caracteriza por tres hechos fundamentales:

Repercusión de los cambios físicos

Los cambios físicos durante la adolescencia influyen mucho en la identidad del adolescente. El adolescente debe adaptarse a estos cambios físicos, asumir su identidad y continuar en el camino hacia la sexualidad genital en la etapa adulta.

Muchos adolescentes atraviesan esta etapa sin perturbaciones psicológicas graves. Sin embargo, todos ellos experimentan inquietudes, angustias y dudas. Durante esta etapa, los adolescentes experimentan cambios que son percibidos por el entorno (padres, compañeros, profesores...)

La adaptación a los cambios físicos está vinculada a las presiones del grupo y a los estándares culturales de belleza y de seducción.

Pensamiento adolescente

El pensamiento de un adolescente se diferencia del pensamiento de un niño por el deseo de encontrar un sentido a todos los aspectos de su experiencia concreta con el mundo (contacto con nuevas amistades o instituciones). Las preguntas acerca de sí mismo se vuelven mucho más profundas y se relacionan con aspectos mucho más afectivos: amor, amistad, sociedad, justicia, religión, moral.

La mayoría de los adolescentes no construyen una ideología propia sino que adquieren las creencias e ideologías ya existentes en su entorno social. Es un hecho que durante esta etapa los adolescentes abordan de manera muy profunda el dilema de la vida y de la muerte.

La vida social del adolescente

Al empezar la adolescencia, éste debe dejar su mundo de relaciones limitado exclusivamente a sus padres y construir otro mundo en el que primen la autonomía y las relaciones con otras personas de su misma edad. La conducta de los padres también debe cambiar tanto en el aspecto afectivo como en su rol de agentes de socialización.

La adolescencia es una etapa de conflictos. Durante esta etapa las relaciones familiares cambian y el adolescente se abre a un mundo mucho más extenso donde sus amigos ocupan un lugar muy importante.

Durante esta etapa los grupos de personas de la misma edad son los principales medios de socialización; las funciones son complementarias y no opuestas (como en el entorno familiar). La formación de estas asociaciones permite facilitar las relaciones amicales y fomentar la identificación mutua lo cual contribuye a que el adolescente encuentre una identidad personal y social.

Estas agrupaciones permiten que el adolescente asuma roles y enfrente situaciones sociales en las que tendrá que decidir entre lo que se debe y lo que no se debe hacer. Otro medio de socialización importante es la escuela. El medio escolar favorece la formación y el funcionamiento de los grupos de amigos y, además, estimula la confrontación con las exigencias de adultos profesionales.

2.1.1.2.2 Relaciones familiares durante la adolescencia

Para comprender las relaciones familiares durante la adolescencia debemos saber sobre los cambios en los padres y en los adolescentes.

- Cambios en los adolescentes

El cambio más llamativo es el que sucede en la pubertad asociado a la maduración física y mental y que afectará la forma en que los adolescentes se verán a sí mismos y como serán vistos.

El desequilibrio en la producción de hormonas tendrá repercusión en áreas emocionales y conductuales. Se va a encontrar influencia sobre el estado de ánimo y el humor del adolescente pudiendo influir de forma más directa sobre la irritabilidad y la agresión y sobre los estados depresivos en las mujeres, lo que sin duda afectará a las relaciones que establecen con sus padres.

Es probable que los padres aumenten las restricciones en el momento en que sus hijos buscan la libertad, lo que supondrá una mayor incidencia de disputas y conflictos familiares.

También en el ámbito cognitivo se va a encontrar con un cambio cualitativo fundamental ya que en el periodo de 12-15 años comienza aparecer el pensamiento operatorio formal, como consecuencia de la maduración biológica y las experiencias. Esta nueva herramienta va afectar la manera en que los adolescentes piensan sobre ellos mismos y sobre los demás, permitiéndoles una forma diferente de apreciar y valorar las normas que hasta ahora habían regulado el funcionamiento familiar. Esto hará que el adolescente se vuelva mucho más crítico con las normas que hasta ese momento había aceptado sin protestar y comenzara a desafiar continuamente la forma en que la familia funciona cuando se trata de discutir asuntos y tomar decisiones, lo que aumentara los conflictos y discusiones cotidianas.

- **Cambios en los padres**

La explicación más tradicional acerca del cambio de las relaciones familiares atribuye el conflicto entre padres e hijos; sin embargo no solo cambian los adolescentes ya que también los padres lo hacen. En el momento en que el hijo llega a la pubertad sus padres pueden tener entorno 40-45 años, una etapa que algunos han determinado la crisis de la mitad de la vida y se ha considerado como un momento difícil y de cambios significativos para muchos adultos. Los padres están empezando a experimentar un cierto declive que aumenta su preocupación por su propio cuerpo, por su salud y por su atractivo físico.

No es extraño que los padres se resistan a pasar la página y quieran seguir esa etapa en la que son padres de un niño y se opongan a los intentos de su hija o hijo de desvincularse emocionalmente de ellos y buscar una mayor autonomía.

“Todos los cambios en los adolescentes y sus padres ayudan a entender mejor la alteración en las relaciones familiares que suele producirse con la llegada de la adolescencia; sin embargo, el cuadro estaría incompleto si no se analizaran las condiciones sociales, culturales y económicas imperantes en el contexto en que estos cambios tienen lugar”⁶

La comunicación entre padres e hijos suele deteriorarse en algún momento entre la infancia y la adolescencia, con algunos cambios claros en los patrones de interacción:

- Pasan menos tiempo juntos
- Interrupciones a los padres y las madres son más frecuentes
- La comunicación se hace más difícil

En cuanto a los temas sobre los que suelen versar los intercambios parento – filiales, el empleo del tiempo libre y las normas y regulaciones familiares ocupan los primeros lugares, mientras que otros temas como política, religión, sexualidad y drogas son infrecuentes.

El aumento de la conflictividad durante la adolescencia temprana, según investigaciones, se producen debido a los cambios puberales de los adolescentes. Parece evidente que la comunicación entre madres y sus hijos adolescentes es más frecuente íntima pero también está teñida de una mayor conflictividad.

⁶ Arranz E., Oliva A. “Familia y Desarrollo Psicológico”, 2004, p. 104.

“RELACIÓN ENTRE ESTILOS PARENTERALES Y CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES”⁷	
PADRES	HIJOS
<i>DEMOCRATICOS</i>	Alta autoestima Buena actitud y rendimiento escolar Escasos problemas d conducta Baja conformidad ante el grupo
<i>PERMISIVOS</i>	Alta autoestima Escasos problemas emocionales Problemas de conducta Consumo de drogas
<i>AUTORITARIOS</i>	Obediencia y orientación al trabajo Baja autoestima Identidades hipotecadas A veces hostilidad y rebeldía
<i>INDIFERENTES</i>	Baja autoestima Baja motivación y rendimiento escolar Problemas de conducta y consumo de drogas Alta conformidad ante el grupo

2.1.2 Disfunción familiar

2.1.2.1 Definición de disfunción familiar

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares.

⁷ Arranz E. *op.cit.*, p.110.

Una familia disfuncional es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones.

A veces los niños crecen en tales familias con el entendimiento de que tal disposición es normal. Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos codependientes, y también pueden verse afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc.). Otros orígenes son las enfermedades mentales no tratadas, y padres que emulan o intentan corregir excesivamente a sus propios padres disfuncionales. En algunos casos, un padre inmaduro permitirá que el padre dominante abuse de sus hijos.

“Una familia disfuncional con el tiempo genera personas disfuncionales, quienes van a trabajar, acuden a la escuela y se relacionan como pueden con los demás,” y “Los efectos negativos no sólo se observan en los hijos, sean niños o adolescentes, sino también en los padres, con múltiples repercusiones sociales y laborales que van más allá de la violencia y las adicciones.”⁸

2.1.2.2 *Tipos de disfunción familiar*

Los cuatro tipos de familias disfuncionales:

Aunque hay varias formas de categorizar las familias disfuncionales veremos ahora cuatro tipos que nos ayuden a ver el panorama de estas familias con disfuncionalidad:

⁸ Quintero C., “Familia y Disfunción familiar”, 2009, (Consultado el 25 de Agosto del 2014).

Familias disfuncionales por adicciones (adictogénicas)

Dentro de este tema se podría ver que es bastante amplio el tipo de adicción que aquí se menciona. Puede ser la adicción de sustancias químicas legales (alcohol, tabaco, medicamentos, azúcares), adicción de sustancias químicas ilegales (cocaína, marihuana), y también otros tipos de adicciones más atípicos (fornicación, televisión, internet, comida, etc.). El adicto sería en estos casos el *patrón con una conducta constante*, pero al mismo tiempo la situación afecta a toda la familia. Se puede ver que la adicción del patrón es algo que se vuelve una adicción a toda la familia. Dentro de estas familias adictogénicas es también muy probable que lleguen a ser adictos de alguna forma otros miembros de la familia también. Esto muestra la necesidad de no solo trabajar con el adicto en una familia, sino con toda la familia para poder salir de los círculos viciosos en los cuales viven.

Familias disfuncionales por desórdenes mentales (psicopatogénicas)

El segundo tipo se trata de familias que tienen casos de conductas disruptivas, lo cual se puede ver por ejemplo en antisocialidad, psicopatías y depresiones. Muchas veces una familia trata de ignorar y cubrir este tipo de problemas al ver que es embarazoso tener que admitir un problema tan grave como este. En muchos casos este tipo de situaciones lleva a un aislamiento de toda la familia de la sociedad, o que también los miembros de la familia tratan de huir del hogar cada vez que sea posible.

Familias disfuncionales por abuso (psicotigénicas)

En estas familias podemos ver que existe algún tipo de abuso, sea sexual, psicológico o físico. Aunque muchos piensan que el abuso solo se hace de forma sexual, la mayor parte de los casos de abuso, son de forma psicológica, por ejemplo de amenazas, manipulación, bajar el autoestima, etc.

En los casos de abuso sexual, sea dentro de la misma pareja o en casos de incesto, aun cuando el resto de la familia no tenga este conocimiento, será de todas maneras afectada al ver las consecuencias que el abuso lleva en las personas, sea del abusador o del (los) abusado(s).

Familias disfuncionales por irrealidad (neurotígenicas)

En estas familias hay un comportamiento neurótico de parte de algunos miembros de la familia. El ser un neurótico se trata de que uno aunque no niega la realidad, simplemente no quiere saber nada de ella. Dentro de esta neurosis podemos encontrar la histeria, las neurosis de angustia, las neurosis obsesivas, y las fóbicas.

Dinámica de las familias disfuncionales

La dinámica de las familias disfuncionales principalmente se basan en:

- El miembro aislado de la familia (ya sea un padre o un hijo contra el resto de la familia).
- Padre versus padre (peleas frecuentes entre los adultos, casados, divorciados o separados, llevada sin atención a los niños).
- La familia polarizada (un padre y uno o más hijos a cada lado del conflicto).
- Los padres versus los niños (brecha generacional o disfunción choque cultural).
- La familia balcanizada (nombrado en referencia a la guerra triangular de los Balcanes, donde las alianzas iban y venían).
- Todos contra todos (una familia que lucha en un estilo todos contra todos, aunque puede llegar a ser polarizada cuando el rango de opciones posibles es limitado).

- “Los siete roles básicos”⁹; los hijos de una familia disfuncional suelen adoptar uno o más roles diferentes a los que deberían desarrollar. Estos roles se conocen como los Siete roles básicos.

2.1.2.3 Causas de la disfunción familiar

Pueden ser múltiples causas, independientes, (causas indirectas) o relacionadas entre sí (causas directas), las que pueden llevar a una familia a causar malestar o enfermedades psicológicas (e incluso físicas) a sus miembros. Las más frecuentes son:

Causas directas:

- Agresividad, maltrato físico o psicológico entre sus miembros.
- Relaciones conyugales conflictivas.
- Adicciones a drogas o alcohol entre sus miembros.
- Enfermedades mentales en alguno de sus miembros.
- Enfermedades crónicas en alguno de sus miembros.

Causas indirectas:

- Factores externos asociados a pobreza, hacinamiento, Falta de Empleo, etc.

2.1.2.4 Síntomas de disfunción familiar en adolescentes

- Asociados a sintomatología depresiva:

Irritabilidad, desgano, ánimo decaído y melancólico, retraimiento, llanto frecuente, falta de apetito

⁹ Wikipedia, “Disfunción Familiar”, 2014, (consultado 14 agosto 2014)

- **Asociados a sintomatología ansiosa:**

Dificultad para mantener la atención en tareas escolares, dificultad para conciliar el sueño, inquietud motora excesiva (hiperactividad), temores diversos (a la oscuridad, a extraños, a quedarse solo, etc.)

- **Otros síntomas**

- Por lo general, pueden darse cambios bruscos en el estado de ánimo, baja autoestima, poca tolerancia a las frustraciones y bajo rendimiento escolar.

- Niveles anormalmente altos de celos u otros comportamientos controladores.

- Padres divorciados o separados en conflicto permanente, o padres que se deben separar, pero no lo hacen (en menoscabo de sus hijos).

- Falta de tiempo compartido, sobre todo en actividades recreativas y eventos sociales ("Nunca hacemos nada como una familia").

- Anormal comportamiento sexual como el adulterio, la promiscuidad, o incesto.

- Los adolescentes tienen miedo de hablar de lo que está sucediendo en el hogar (dentro o fuera de la familia) o tienen de otra manera miedo de sus padres.

- Miembros de la familia incluyendo a los adolescentes, que reniegan unos de los otros, i/o se niegan a ser vistos juntos en público.

2.1.2.5 *Consecuencias de la disfunción familiar en los adolescentes*

- Rechazo
- Relaciones familiares inadecuadas
- Falta de autonomía en uno o varios de sus miembros
- Mala distribución de los roles familiares
- Falta de adaptación en el medio social
- Divorcio
- Co dependencia
- Soledad
- Mas violencia tanto verbal como física

“Por lo general, en un sistema familiar disfuncional los adolescentes son los primeros en demostrar algún tipo de síntoma (conductual o afectivo) que afecta tanto su funcionamiento al interior de la familia como fuera de ésta (en especial en el colegio)”¹⁰.

2.1.2.6 *Alternativa de solución: la terapia familiar*

“La Terapia Familiar es un diálogo que se construye y se desenvuelve en el tiempo, involucra al terapeuta y la familia que está atravesando alguna crisis o dificultad”¹¹.

Uno de los objetivos de la terapia es que la familia pueda utilizar la crisis como una oportunidad y no como un obstáculo. Que pueda salir de ella fortalecida y con más recursos, que le permite crecer.

Otro objetivo es que la familia pueda encontrar el rumbo que perdió, que pueda ser re-encausada en el recorrido de su historia familiar.

¹⁰ Quispe, M., “Disfunción Familiar”, 2011, pp. 1-5, (Consultado el 10 de Agosto del 2014)

¹¹ Centro Peruano de Terapia Familiar y de Pareja, “Terapia Sistémica Familiar”, 2014, (consultado 14 agosto 2014)

En la terapia se propone alternativas, se busca dar énfasis a las competencias de la propia familia y activar su participación en la resolución de sus problemas, dejando de lado el enfoque de resolver “problemas” o corregir “errores”.

El Terapeuta no decide qué cambios realizar sino suscita situaciones que favorecen el cambio.

2.2 Ideación suicida

2.2.1 Definición de ideación suicida

- Diferencia entre Ideación-Conducta-Acto Suicida
 - Ideación Suicida: consiste en el pensamiento de acabar con la propia existencia.
 - Conducta Suicida: son los gestos o conductas relacionadas a la intención de un individuo con el fin de causarse daño físico.
 - Acto Suicida: La OMS define "el acto suicida" como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que se conozca o no los verdaderos motivos.

En los últimos años han aparecido diversos esfuerzos en intentar estudiar esta variable, por ejemplo la OMS (2000) lo define como las ideas acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración.

Según el MINSA se define como el conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida.

“Se llama ideación suicida a los pensamientos relacionados con quitarse la vida o hacerse daño voluntario; muchos de sus síntomas son similares a la depresión”¹²

2.2.2 Formas de representación de la ideación suicida

“El pensamiento de suicidio o la ideación suicida puede adoptar las siguientes formas de representación:

- **Idea suicida sin un método específico:** donde la persona tiene ideas de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a cabo, responde: no sé cómo, pero lo voy a hacer.
- **Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado:** en la que el individuo expone sus ideas de matarse y al preguntarle cómo lo hará, usualmente responde: De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo, etc.
- **Idea suicida con un método específico no planificado:** en la cual el sujeto tiene ideas suicidas y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- **El plan suicida o idea suicida planificada:** en la que el individuo tiene ideas suicidas, ha elegido un método mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, y los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir. “¹³

¹² Saucedo J., Maldonado M., “Psiquiatría”, 1998, p 169.

¹³ Ramos L., Obando R., “Perfeccionismo y pensamiento de suicidio en adolescentes escolarizados” [Tesis], 2009, p. 16.

2.2.3 Factores de riesgo de la ideación suicida

Los factores de riesgo de la ideación suicida son múltiples, diversos y dependen de la perspectiva de análisis de donde se inicie (cultural, social, psicológico y biológico, entre otros). Todas estas perspectivas merecen especial consideración por separado a la hora de analizar los factores que influyen en el proceso de generación de ideación suicida.

Desde una perspectiva psicológica clínica cognitivo-conductual, se han subrayado algunos factores que podrían determinar la aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida.

Los factores de riesgo son los siguientes:

- Género: la idea suicida es más frecuentes en las mujeres en relación de 3: 1
- Edad: En referencia a los suicidios consumados, cerca de la mitad están entre 15 a 33 años. Existe una tendencia a nivel mundial del aumento de las tasas de suicidio en niños y adolescentes, las cuales se han triplicado en relación a la década anterior.
- Estado Civil: Los solteros constituyen el mayor grupo de idea suicida
- Ocupación: Los desocupados constituyen el grupo de riesgo más relevante. Se ha visto un incremento de conductas suicidas violentas en militares, policías y vigilantes de seguridad, así como sus familiares, ya que cuentan con mayor disponibilidad de medios letales.
- Condiciones Socioeconómicas: Es mayor en el estrato social bajo, relacionándose con la frustración y carencias. El hecho de vivir solo es otro elemento de importancia.
- Antecedentes Familiares de Enfermedad Mental: La depresión constituye el trastorno mental más frecuentemente encontrado en los familiares de pacientes suicidas, seguido de dependencia a alcohol y drogas y luego esquizofrenia.

- Antecedentes Familiares de Conducta Suicida: Los antecedentes de intento de suicidio en familiares de primer grado es 10.4%, predominando aquel de los hermanos con 50%; y los familiares de segundo grado 7.5%.
- Enfermedades Físicas y/o Mentales: En estudios post mortem se muestra que entre 25% a 75% de suicidios consumados padecían algún tipo de afección somática. Entre la patologías presentes tenemos SIDA, cáncer, enfermedades del SNC, cardiovasculares y otras. En relación a los trastornos mentales y los intentos de suicidio, encontramos que la depresión es hallada en un 75% de los pacientes, trastorno borderline de la personalidad 37.3% y alcohol y dependencia de drogas con 21.7%, los trastorno de adaptación con 23.2%, Trastornos de la conducta alimentaria en un 15 %, (Bulimia Nervosa).
- Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas: Existen estudios en que se encuentra que el riesgo de ideación suicida en alcohólicos es de 60 a 120 veces mayor que en la población general.
- Antecedente de Maltrato Físico, Sexual y Psicológico: Son factores directamente vinculados las conductas suicidas, ya sea como antecedentes o recientes.
- Conflictos Familiares y/o Pareja: Se les considera los estresores psicosociales más fuertemente vinculados con la ideación suicida
- Pérdida Parental: Se ha encontrado que las féminas son más vulnerables a pérdidas parentales tempranas, con relación a la ideación suicida.
- Carencia de Soporte Socio-Familiar: La ideación suicida se presenta con mayor frecuencia en la población con déficit en el soporte socio-familiar.
- Problemas de Identidad Sexual: Estudios publicados encuentran evidencias que en personas que tienen atracción por el mismo sexo presentan un incremento en los grados de auto agresión.

2.2.4 Etiología

La ideación suicida en sí no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el Trastorno depresivo, y por lo tanto no responde a una sola etiología. Se enumeran las teorías propuestas:

Teoría Neurobiológica

Una disminución en la acción de la serotonina, 5 HT (5HT) está implicada en conductas depresivas, agresivas, y de trastornos del control de los impulsos, asociados a las ideas suicidas violentas o agresivas. Asimismo, la ideación suicida se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral pre-frontal. Igualmente, se encontró niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito principal, ácido 5-hidróxiindolacético (5-HIAA) en cerebros post-mortem.

También se ha señalado la falta de procesamiento adecuado en la corteza prefrontal del cerebro de la que depende la toma de decisiones, y que se vería debilitada por los estados depresivos, abuso de alcohol o sustancias psicoactivas u otros estados psicopatológicos.

En sujetos con ideación suicida la reducción de los niveles de 5-HIAA en el LCR se correlacionó con el diagnóstico psiquiátrico y la idea suicida.

Estudios sugieren que existe una asociación entre alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarenal y suicidio. Las primeras observaciones fueron hechas por Buney y Fawcett (1965) quienes encontraron una elevada excreción urinaria de 17-hidroxycorticosteroides en víctimas de intentos de suicidio y suicidios consumados. También han sido informadas elevaciones de cortisol en sangre en suicidas e incluso valores arriba de 20 mg/dl podrían tomarse como marcador biológico de alto riesgo de suicidio.

“Los niveles de colesterol sanguíneo, fundamentalmente la hipocolesterolemia (menor de 160 mg/dl), ha venido siendo estudiado en numerosos países, como un factor que puede estar relacionado con el metabolismo del triptofano, precursor de la serotonina, sin que se encuentre correlación en todas la series estudiadas, pero por la sencillez y economía es una factor a considerar.”¹⁴

Aspectos Genéticos

Ciertas investigaciones sugieren una tasa elevada de concordancia de suicidio en gemelos idénticos. En un estudio danés sobre gemelos monocigóticos se observó que, en 20% de los casos en los que un hermano se suicidaba, el otro fallecía de la misma manera.

Estudios sobre adopción realizados en Dinamarca muestran un mayor número de suicidios en familiares de personas suicidas (26.7%)

Teorías Psicológicas

En las teorías Cognitivas, Aarón Beck ha examinado la función de los estados emocionales como la desesperanza y el desamparo en la patogenia de la depresión y la ideación suicida.

Este autor ha relacionado la “triada negativa” de la depresión con la ideación suicida basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando la víctima se encuentra deprimida; de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. De manera que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a la situación actual.

¹⁴ Ministerio de Salud, “Guía de Practica de la Conducta Suicida”, 2013, (Consultado el 14 de Agosto del 2014)

En la teoría Psicoanalítica, Sigmund Freud (1917), fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas a la ideación suicida, quien postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas tanáticas dirigidas contra el propio yo, donde no siempre la persona es consciente de sus actos. Así sus mecanismos de defensa (negación...) son una forma de huir de la vida (de sus problemas) optando así por el suicidio.

2.2.5 Cuadro clínico

Se puede observar los siguientes signos y señales habituales:

Verbaliza directamente la idea o posibilidad de suicidarse, con frases como “quiero quitarme de en medio”, “la vida no merece la pena”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”.

Es posible que las verbalizaciones de algunos pacientes sean menos completas por lo que es imprescindible mantenerse atentos cuando aparecen otras sutiles como “esto no durará mucho”, “pronto aliviaré mi sufrimiento”, “dejaré de ser una carga”; así como las dirigidas hacia él mismo, el futuro o la vida tales como “no valgo para nada”, “esta vida no tiene sentido”, “estaríais mejor así”, “estoy cansado de luchar”, “quiero terminar con todo”, “las cosas no van a mejorar nunca”.

Piensa a menudo en el suicidio y no puede dejar de darle vueltas. Si esto ocurre, se requiere diferenciar la posibilidad de suicidarse con el miedo a perder el control en un problema de ansiedad u obsesión.

Amenaza o se lo comenta a personas cercanas, lo cual se podría entender como una petición de ayuda. Es frecuente que se comente la insatisfacción y poca voluntad de vivir a otras personas cercanas antes que al profesional sanitario, por lo que puede ser de gran utilidad obtener información adicional de la familia y relaciones íntimas siempre que sea posible.

Lleva a cabo determinados preparativos relacionados con su desaparición, como por ejemplo, arreglar documentos, cerrar asuntos, preparar el testamento, regalar objetos o bienes y llamar a otras personas para despedirse.

Reconoce sentirse solo, aislado y se ve incapaz de aguantarlo o solucionarlo. Piensa en ello constantemente y no ve ninguna salida a su situación. Se puede notar que transmite sentimientos de impotencia, indefenso, depresión y especialmente desesperanza.

Pierde interés por aficiones, obligaciones, familia, amigos, trabajo y apariencia personal y comienza a aislarse personal y socialmente. Por ejemplo, deja de ir a clase, salir los fines de semana, llamar a sus amigos, se encierra en su cuarto más de lo habitual.

Está muy deprimido y **mejora de forma repentina e inesperada**, momento en el cual el paciente puede sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo sus planes de suicidio.

Aparece un **cambio repentino en su conducta**. Por ejemplo, un aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual, calma o tranquilidad repentina cuando previamente ha presentado gran agitación, etc.

Se observa u obtiene información de **autolesiones**, sean éstas lesiones más o menos relevantes.

2.2.6 Manejo del adolescente con ideación suicida

A lo largo del tratamiento, se ha de llevar a cabo una evaluación continua semanal de la ideación suicida (aparición e intensidad de las ideas suicidas, planificación de las ideas, nivel de desesperanza, culpa y apoyos que percibe), tras la información obtenida del paciente y/o familia e instrumentos aplicados.

A lo largo del tratamiento, el paciente habrá adquirido las habilidades necesarias para lidiar con situaciones que le provoquen malestar y llegue un momento que sea capaz de resolver los problemas cotidianos. En las últimas fases del tratamiento, se deberá hacer especial énfasis en el autocontrol para que sepan cómo valorar ellos mismos su situación con respecto al problema y su gravedad, así como qué estrategias poner en marcha en caso de que vuelvan a aparecer los pensamientos o signos de alarma que le pueden predisponer a las conductas problema. Asimismo, se incidirá en lo posible para afrontar las situaciones de crisis mediante la orientación hacia las habilidades sociales y búsqueda de vínculos afectivos (familiares y amigos) que potencien su integración social y reduzcan el aislamiento.

¿Cómo actuar ante pensamientos suicidas?

Los siguientes consejos van dirigidos al momento en que surgen, se manifiestan o se intuyen ideas suicidas.

Persona con ideas suicidas

“Debe saber que:

- No está sólo/a. Busque un/a amigo o amiga, un familiar, o terapeuta y trasládele sus inquietudes. No mantenga en secreto sus ideas sobre el suicidio.
- Las ideas suicidas normalmente están asociadas con problemas que pueden resolverse. Si no se le ocurre ninguna solución, no significa que no haya soluciones sino que ahora no es capaz de verlas. Los tratamientos psicoterapéuticos ayudarán a encontrar y valorar las opciones adecuadas.
- Las ideas de suicidio suelen ser pasajeras. Aunque ahora sienta que su abatimiento no va a terminar, es importante reconocer que las ideas no son permanentes.

- Las razones para vivir ayudan a superar momentos difíciles. Piense en las cosas que le han sostenido en los momentos difíciles: familia, aficiones, proyectos para el futuro.
- Recuerde que no es beneficioso actuar de forma impulsiva, con el tiempo las ideas del suicidio desaparecerán.
- Lo más importante es abrirse a los demás y comunicar sus ideas a alguien en quien confíe, o a algún/a profesional de la salud.
- Distánciese de cualquier medio con el que pueda hacerse daño.
- Evite el consumo de alcohol u otras drogas.
- Evite hacer cosas que no le salen bien o encuentra difíciles hasta que se encuentre mejor.
- Planifique actividades diarias, escríbalas y póngalas en un lugar visible.
- Incluya al menos dos actividades diarias, de más de media hora cada una, que le gusten.
- Procure hablar y relacionarse con otras personas.
- Si sigue un tratamiento por enfermedad mental ha de hablar con su médico/a.
- Cuide su salud física, vigile su alimentación y realice alguna actividad deportiva sencilla.
- Intente mantenerse activo/a y ocupado/a.
- Participe en actividades culturales, deportivas, de ocio.

Familiar o allegado/a de la persona con ideas suicidas

- Éstas son algunas de las formas de ayudar a una persona que expresa ideas suicidas:
 - Valore la situación seriamente.
 - Sea directo/a. Hable clara y abiertamente sobre el suicidio.
 - Exprésele su preocupación.

- Muéstrese dispuesto/a a escuchar. Deje que la persona hable de sus sentimientos.
- Acepte sus sentimientos. No los juzgue. No cuestione si el suicidio es o no correcto. No dé sermones sobre el valor de la vida.
- Acérquese y muestre que está disponible. Demuestre interés y ofrezca su apoyo.
- No desafíe a la persona a que lo haga.
- Tranquilice a la persona.
- No se muestre espantado/a. Eso no hará sino poner distancia entre los dos.
- No prometa confidencialidad. Busque ayuda entre sus familiares y personas allegadas.
- Explique que hay alternativas disponibles pero no dé consejos fáciles.
- Adopte medidas prácticas: retire o controle todos los elementos que puedan suponer un riesgo.
- Si es posible, no deje sola a la persona. Evite, sin embargo, situaciones de excesivo control.
- Busque ayuda profesional e informe de si existe algún antecedente familiar de suicidio.
- Involucre a otras personas significativas que puedan contribuir a superar esta situación.”¹⁵

¹⁵ Servicio Andaluz de Salud, “Guía de prevención del Suicidio”, 2010, (consultado 14 agosto 2014)

2.3 Trascendencia de la disfunción familiar en la ideación suicida

Las ideas de muerte suelen ser muy recurrentes en la adolescencia, no solo las de la propia muerte, sino también la de los padres y la de las personas que el adolescente quiere. Estas ideas están ligadas a la intensidad y complejidad de sus sentimientos en el momento. El suicidio del adolescente es la punta del iceberg que alcanzamos a ver, pero debajo de él existe un volumen importante de intentos de suicidio; se conoce que el 50% de las personas que mueren por suicidio han hecho intentos previos. Un verdadero suicidio es el resultado final de un plan meticuloso que no ofrece oportunidades de sobrevivir, mientras que muchas de las amenazas o maniobras suicidas son intentos desesperados por comunicarse con los demás; así que el intento debe interpretarse como un acto de solicitud de ayuda y como una sólida señal de alarma.

Las ideas suicidas suelen ser en un punto determinado del ciclo vital de la familia, la parte intermedia del desarrollo de la pareja es coincidente con la crisis de ajuste a la adolescencia de sus hijos. Existe consenso en que una familia integrada representa un mejor recurso de salud mental que una desintegrada; de hecho se ha observado que protege contra patologías específicas de trastornos mentales. La familia y sobretodo la dificultad de resolver los conflictos en su seno, puede actuar como un factor que dispare el intento de suicidio. La calidad de la integración y de las relaciones familiares es importante, ya que en un nivel elevado de estrés, violencia o problemas emocionales, y ausencia de apoyos; dejan al adolescente en una situación vulnerable, lo mismo sucede en particular con la amenaza de la pérdida de padres o hermanos muy queridos (lo que puede promover niveles insoportables de desesperanza y nivel emocional). Algunos investigadores refieren que los adolescentes con ideas suicidas informan que sus relaciones familiares son pobres y reciben menos afecto en el hogar.

Describen el tiempo compartido con sus familias como menos agradables y tienen opiniones negativas hacia sus padres, si se comparan con los adolescentes normales.

Algunos años antes que el adolescente intente suicidarse, sus conflictos sociales se intensifican, surgen problemas conductuales; sienten que sus padres no están enterados de sus problemas, se sienten frustrados y cierran la comunicación con sus padres.

Existe una variedad de motivación que subyace a la conducta autodestructiva; con lo referente a la familia se ha podido observar que aquellos adolescentes que intentaron suicidarse su principal motivo fue que estos adolescentes estaban agotados por tensiones externas crónicas y muy intensas como una enfermedad física o problemas familiares, y a través de su intento suicida hacen un intento desesperado de ayuda.

“Elster, Arthur y Kuznets, en un estudio con adolescentes encontraron que los y las jóvenes con historia de abuso sexual eran tres veces más propensos que otros a hacer actos suicidas y aquellos que tienen historia de abuso psicológico son 5 veces más propensos.

De lo anterior se desprende la importancia de la familia, en la forma como los y las adolescentes viven las experiencias difíciles que deben enfrentar; se refiere que una familia inestable dificulta la toma de manejar presiones por parte de los y las adolescentes, ocasionando que las vea más trágica de lo que en realidad son; por ejemplo, se plantea que las familias de los adolescentes suicidas se caracterizan por ser extremadamente rígidas, opresivas, no se pueden adaptar a los nuevo requerimientos determinados por el desarrollo de sus miembros. El síntoma suicida aparece como un intento desesperado por producir un cambio.”¹⁶

¹⁶ Bravo L., “Adolescencia y suicidio”, [Tesis doctoral], 2008, p. 50

Muchos de los trabajos realizados señalan la importante asociación que hay entre el comportamiento suicida de los adolescentes y la calidad del vínculo familiar.

2.4 Rol de la Enfermera en la promoción de la Salud Mental

2.4.1 Salud Mental y Enfermería

La Enfermería en Psiquiatría ha ido evolucionando a la par que otras áreas de la Enfermería, de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos aportados por las ciencias sociales, biomédicas y de la conducta. Se ha fortalecido además con teorías propias, hoy reconocidas como tales, dentro de las cuales se destacan la teoría de la "relación interpersonal enfermera paciente" de Hildegard Peplau, la teoría de "las necesidades humanas" de Virginia Henderson, la aplicación de la teoría de "adaptación" de la hermana Calixta Roy, y otras teorías que han aportado elementos importantes no solo al trabajo de la enfermera en el área de Psiquiatría, sino que además han contribuido con sus aportes al manejo integral de la persona enferma, sea cual sea el lugar donde se encuentre y el problema que tenga.

La Enfermería en Salud Mental es un área que emplea la teoría del comportamiento, para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, y para fomentar una salud mental óptima en el individuo, la familia y la comunidad.

Reconociendo al ser humano como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social.

La finalidad de la práctica asistencial es la salud mental, la cual se busca a través de acciones a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria. La salud mental es algo inherente a todos y cada uno de nosotros, y debe estar presente en todas nuestras intervenciones profesionales.

Otra reforma en la atención al enfermo mental, tal vez la última del presente siglo, se relaciona con los resultados de la investigación biomédica y más específicamente con la producción de diferentes tipos de psicofármacos capaces de disminuir o controlar muchas de las manifestaciones alteradas en el comportamiento de los pacientes.

2.4.1.1 Rol en Prevención Primaria

La prevención primaria acentúa la promoción de un desarrollo sano de la personalidad del individuo, así como de la familia y la comunidad, mediante la reducción de factores de riesgo.

Las acciones de prevención primaria en Salud Mental, son aquellos diseñados para disminuir el porcentaje de aparición de disturbios emocionales en la comunidad, neutralizando las condiciones sociales estresantes o potencialmente peligrosas que pueden llevar a la enfermedad mental, o para intervenir prontamente cuando tales condiciones existen

El profesional de enfermería como miembro del equipo de salud debe estar en capacidad de evaluar los factores de riesgo psicosociales predominantes en la comunidad o en grupos específicos de esta.

Una vez identificados los factores de riesgo y los grupos más vulnerables, la enfermera debe planear acciones de promoción en salud mental apoyándose en la teoría de crisis y más específicamente en las crisis de desarrollo.

Podrá programar actividades para desarrollar con los padres, con los escolares, con los adolescentes, con los ancianos, tendientes a la preparación de cada uno de estos grupos de personas en el manejo anticipatorio de las crisis propias de cada etapa evolutiva, reduciendo el riesgo de nuevas crisis y preparando a los grupos de la comunidad para enfrentar nuevas tareas y expectativas.

Mediante el trabajo con la comunidad, por consulta individual o por visitas familiares la enfermera puede captar precozmente personas con problemas específicos de salud mental, que de ser atendidos oportunamente se evitaría su progreso hacia un estado realmente patológico. De la valoración inicial que haga la enfermera dependería la conducta a seguir: dar orientación o consejería a la persona, a su familia, o remitir aquellos casos que requieran de intervención de otro profesional.

2.4.1.2 Rol en Prevención Secundaria

Los programas de prevención secundaria en el campo de la salud mental tienen por objetivo reducir la prevalencia del trastorno mental, mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo, facilitando el acceso a los servicios de salud mental

El pronto reconocimiento de desórdenes del comportamiento en niños y adolescentes que interfieran en sus rutinas de la vida diaria y con el proceso de aprendizaje y la pronta detección de signos de descompensación incipiente en adultos y ancianos ante situaciones de cambio, así como sentimientos de insatisfacción y algunos trastornos psico-fisiológicos, deben ser tenidos en cuenta como signos de enfermedad sería incipiente que requieren de una intervención rápida y apropiada. La enfermera puede identificar estas situaciones, intervenir o remitir a un profesional competente.

Hasta el momento las acciones de prevención secundaria se han quedado circunscritas al tratamiento del enfermo mental en una institución psiquiátrica.

El cuidado asistencial de la persona hospitalizada debe ser integral, donde además de atender necesidades físicas y médico delegadas, se preste atención a su comportamiento e interacciones con personas de su entorno. El proceso se centra en el paciente y en la relación terapéutica que con él se establezca. La enfermera proporciona oportunidades a los pacientes para que expresen sus sentimientos, sus preocupaciones, para que analicen y cambien sus respuestas.

Es importante que ella desarrolle al máximo su capacidad de observación y el manejo de técnicas terapéuticas de comunicación, consejería y se esfuerce al máximo en la creación de un ambiente terapéutico seguro para el paciente, donde se le brinde oportunidades de desarrollarse como ser humano único y como miembro de un grupo social.

La orientación que brinde la enfermera con relación al cuidado, al tratamiento, y a la vinculación a actividades de la vida diaria, son significativas para el paciente, buscando además generar un cambio de actitud hacia la enfermedad mental por parte del mismo paciente como de su familia.

2.4.1.3 Rol en Prevención Terciaria

En la prevención terciaria se prioriza las acciones tendientes a reducir los efectos residuales de la enfermedad mental, a promover su rehabilitación y la reubicación en la vida familiar y ocupacional,

La intervención de enfermería a este nivel no está muy desarrollada, pues la tarea de rehabilitación y readaptación del paciente al medio laboral se deja en manos de otros profesionales. Sin embargo la labor de la enfermera no puede terminar cuando el paciente egresa del hospital, debe ir más allá, llegando incluso a la organización de un servicio de seguimiento sistemático al hogar, con el fin de facilitar la reubicación del paciente en su familia y de orientar a ésta en los cuidados que debe brindarle, de manera que responda a las necesidades reales del paciente, confíe en sus capacidades para reanudar sus actividades, lo estimule en sus logros, y ayude a superar los períodos de dificultad.

Esta labor puede complementarse con la organización de grupos de familias con problemas similares.

Al egresar el paciente del medio hospitalario es cuando más ayuda necesita para continuar con su proceso terapéutico y evitar el aislamiento. Es allí cuando la familia requiere más orientación y apoyo, tarea que debe reforzarse con la organización de servicios de "cuidado en casa para enfermos mentales", actividad independiente poco explorada hasta el momento.

La prevención terciaria abarca un gran número de alternativas y procedimientos opcionales para el seguimiento y rehabilitación de enfermos mentales, pero requiere de un mayor compromiso por parte de las instituciones del sector salud.

3. Antecedentes Investigativos

Cáceres Riega, Karina J; Castro Hancoco, Felipa; Tesis para optar el título profesional. UCSM: Factores condicionantes en pacientes con intento de suicidio por órganos fosforados, servicio de emergencia – Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamacola, durante los meses de octubre a diciembre, Arequipa – 2007

Conclusiones

- Siendo la mayor incidencia con intento de suicidio por órganos fosforados pertenecen al género femenino con un 60% y el género masculino con un 40%.
- Que los factores condicionantes identificados en los pacientes con intento de suicidio por Órganos Fosforados atendidos en Emergencia - Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamacola, con un 39% fue el factor psicológico, con un 30.095%, seguido el económico con un 17.613%, el social con un 11.440%, el ambiental con un 10.876% y otros factores no estudiados en este trabajo de investigación con un 20.976%.

Ramos Vargas, Luis Fernando; Obando Silva, Roger; Tesis para optar el título profesional. UCSM: Perfeccionismo y pensamiento de suicidio en adolescentes escolarizados, Arequipa 2009.

Conclusiones

- En promedio las adolescentes mujeres tuvieron mayores niveles de pensamiento de suicidio que los varones, además, las mujeres también presentaron niveles más altos de perfeccionismo auto-orientado, mientras no se encontraron diferencias significativas entre la dimensión socialmente prescrita y el género.

- Se halló una relación significativa entre el tipo de institución educativa y el pensamiento de suicidio, siendo los adolescentes de las instituciones educativas públicas los que en promedio tuvieron los niveles más altos, seguidos por los adolescentes de instituciones educativas privadas y por último los adolescentes de instituciones educativas parroquiales.
- Los adolescentes de ambos sexos que cursan el 5to grado de instrucción secundaria presentaron mayores niveles de perfeccionismo auto-orientado, seguidos por los adolescentes que cursan 4to y 3er grado de instrucción secundaria.
- Entre los adolescentes participantes, se encontró un porcentaje considerable (16.6%) que piensan en el suicidio de una forma seria, frecuente y continuada. De este porcentaje de adolescentes con niveles altos de pensamiento de suicidio se encontró que la proporción es mayor entre las mujeres (73.8%) que entre los varones (26.2%). Y existe un mayor porcentaje de personas con alto nivel de pensamiento de suicidio en la etapa de la adolescencia tardía (81.9%) con un promedio de edad de 15 años.



4. Objetivos

- ❖ Precisar la existencia de disfunción familiar en adolescentes mujeres del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa 2014.
- ❖ Determinar la presencia de ideación suicida en adolescentes mujeres del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa 2014.
- ❖ Verificar la repercusión de la disfunción familiar en la ideación suicida en adolescentes mujeres del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas, Arequipa 2014.

5. Hipótesis

Dado que la ideación suicida es considerada como una urgencia social y se caracteriza por el reconocimiento directo de la posibilidad de suicidarse.

Es probable que la existencia de disfunción familiar repercuta en la ideación suicida de las adolescentes mujeres del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

En la presente investigación para la variable: Disfunción familiar se utilizó como técnica: la encuesta y como instrumento: la cédula de preguntas.

Para la variable: Ideación Suicida se utilizó como técnica: la encuesta y como instrumento: la cédula de preguntas.

1.1 TEST DE APGAR FAMILIAR

- Elaboración: Elaborada por el Dr. Gabriel Smilkstein en 1978
- Contenido: Compuesta de 5 reactivos, con escala tipo Likert aplicables en breve entrevista a diferentes miembros de una familia. Se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.
- Objetivo: Mide el grado de función familiar o disfunción familiar, a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia. El Apgar-familiar es un instrumento útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos.
- Duración: El tiempo de duración del test es de 5-10 minutos.

- Evaluación: Varios autores consideran que este instrumento es válido y confiable; los resultados son evaluados cuantitativamente en una escala del 0-20 puntos, siendo el mayor puntaje 18 a 20 puntos el indicador de una buena función familiar, de 17 a 14 puntos disfunción familiar leve, de 13 a 10 puntos disfunción familiar moderada y el menor puntaje menor o igual a 9 puntos indicador de disfunción familiar severa.

1.2 ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

- Elaboración: Elaborada por Aaron Beck en 1974
- Contenido: El Test se presenta dividido en varias secciones que recogen una serie de características relativas a: actitud ante la vida/muerte, ideas o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado. Es una de las más utilizadas, con validez de criterio y confiabilidad bien demostrada. Consta de 19 ítems, donde los cinco primeros indagan sobre el deseo de vivir, deseo de morir, razones para vivir/morir, deseo de realizar un intento activo o pasivo de suicidio para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la ideación suicida.
- Objetivo: Sirve para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse
- Duración: El tiempo de duración del test es de 10-15 minutos.
- Evaluación: El rango de puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de ideación suicida, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación Espacial

- La presente investigación se desarrolló en la Institución Educativa de señoritas Micaela Bastidas de nivel secundario, iniciando el año escolar con 1013 estudiantes, estando ubicada en el distrito de Arequipa de la ciudad de Arequipa, en la provincia de Arequipa.

2.2 Ubicación Temporal

- La presente investigación abarcó el segundo semestre del año durante los meses de Setiembre a Diciembre del año 2014.

2.3 Unidades de Estudio

- *Universo:* está constituido por 364 adolescentes mujeres que cursan el tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas; que corresponden al 100% de las unidades de estudio.
- *Criterios de Inclusión:*
 - ✓ Adolescentes entre 13 y 17 años de edad.
 - ✓ Adolescentes que asisten regularmente a la Institución Educativa Micaela Bastidas.
- *Criterios de Exclusión:*
 - ✓ Adolescentes que no pertenecen al tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas.
 - ✓ Adolescentes que no asisten regularmente a la Institución Educativa Micaela Bastidas.
 - ✓ Adolescentes que no deseen ser partícipes del estudio de investigación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez aprobado el proyecto de investigación se realizó:

- Se solicitó el permiso respectivo a la decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, la misma que expidió una carta de presentación a la directora de la Institución Educativa Micaela Bastidas.
 - Se solicitó el permiso respectivo a la directora de la Institución Educativa Micaela Bastidas.
 - Se hizo la coordinación con el encargado de la Oficina de OBE (Orientación del Bienestar del Estudiante) y se realizó la entrega del Consentimiento Informado dirigido hacia los padres de familia para la autorización correspondiente.
 - Se establecieron fechas para la aplicación de los cuestionarios con los tutores de cada aula de la Institución Educativa Micaela Bastidas
 - Posteriormente se ejecutaron los cuestionarios de Apgar Familiar (test que mide el grado de disfunción familiar) conjuntamente con el Test de Beck (test que mide el grado de ideación suicida).
 - Los datos obtenidos de ambos Test que se aplicaron, fueron sistematizados en cuadros estadísticas para la presentación de resultados.
- Recursos Humanos
 - Dos investigadoras
 - Estudiantes del Tercer y Cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas
 - Personal que labora en la Institución Educativa Micaela Bastidas

- Padres de Familia de las estudiantes del Tercer y Cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas.
- Recursos Económicos
 - Financiados por las dos Investigadoras.





CAPITULO III

RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACIÓN

TABLA N°1

**“REPERCUSIÓN DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LA IDEACIÓN
SUICIDA EN MUJERES ADOLESCENTES DEL TERCER Y
CUARTO AÑO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION
EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS,
AREQUIPA 2014**

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD

EDAD	Fr	%
13 – 15 años	265	73
16 – 17 años	99	27
Total	364	100%

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

En la tabla observamos que en relación con la edad, el mayor porcentaje corresponde a 73% que se encuentra en las edades de 13 – 15 años y el menor porcentaje corresponde al 27% que se encuentra en el grupo etario de 16 – 17 años.

De lo que se puede deducir, que casi las 3/4 partes de la población de estudio se encuentra entre las edades de 13 – 15 años correspondiente a la adolescencia temprana y media.

TABLA N° 2

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA

LUGAR DE PROCEDENCIA	Fr	%
Ciudad de Arequipa	335	92
Camaná - Mollendo	6	2
La Unión – Castilla	4	1
Otros	19	5
Total	364	100%

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

La presente tabla muestra que con respecto al lugar de procedencia el mayor porcentaje corresponde al 92% que proviene de la ciudad de Arequipa y el menor porcentaje corresponde a un acumulado de 8% que proviene de las ciudades de Camaná – Mollendo, La Unión – Castilla y otros respectivamente.

De lo que deducimos; casi el total de la población de estudio, proviene de la ciudad de Arequipa, no dejando de tener importancia que una pequeña parte de la población es de otras ciudades.

TABLA N° 3
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR

Convivencia Familiar	Fr	%
Papá, mamá, hermanos	271	74
Solo papá o solo mamá	69	19
Tíos	10	3
Abuelos	1	1
Otros	13	3
Total	364	100%

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

La presente tabla nos señala que con respecto a la convivencia familiar el máximo porcentaje que corresponde al 74% convive con papá, mamá y hermanos; seguido del porcentaje que corresponde al 19% que convive solo con mamá o solo con papá; luego se observa un porcentaje acumulado que corresponde al 7% de convivencia con tíos, abuelos y otros.

De lo que deducimos; casi las $\frac{3}{4}$ partes de la población de estudio convive con papá, mamá y hermanos; seguido de $\frac{1}{4}$ de la población que convive con solo mamá o solo papá, lo que constituye un aspecto vulnerable en la función familiar.

TABLA N° 4
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN MANIFESTACION DE
PROBLEMAS EMOCIONALES

Problemas Emocionales	Fr	%
Depresión	80	22
Ansiedad	27	7
Estrés	116	32
Ninguno	141	39
Total	364	100%

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

La tabla nos indica que con respecto a la manifestación de problemas emocionales el mayor porcentaje que corresponde al 32%, presenta el problema emocional de estrés y el menor porcentaje que corresponde al 7% presenta el problema emocional de ansiedad.

De lo que se puede deducir que; un acumulado de 61%, más de la mitad de la población de estudio refiere tener algún tipo de problema emocional.

TABLA N° 5
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR	Fr	%
Buena función familiar	51	14
Disfunción familiar leve	113	31
Disfunción familiar moderada	117	32
Disfunción familiar severa	83	23
Total	364	100%

Fuente: APGAR familiar-Autor: Gabriel Smilkstein; Instrumento aplicado por las investigadoras

La presente tabla nos demuestra que con respecto al APGAR Familiar el mayor porcentaje que corresponde al 32% presenta disfunción familiar moderada; seguido de un 31% que presenta disfunción familiar leve, luego tenemos que un 23% presenta disfunción familiar severa y el menor porcentaje que corresponde al 14% presenta buena función familiar.

De lo que deducimos; que un acumulado de 86%, más de las $\frac{3}{4}$ partes de la población de estudio, presenta disfunción familiar; siendo un reducido porcentaje de la población que presenta buena función familiar, dándonos a entender que existe disfunción familiar lo que podría ser un factor relacionado a la presencia de ideación suicida en las adolescentes.

TABLA N° 6
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD Y APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR	13 – 15 AÑOS		16 – 17 AÑOS	
	Fr	%	Fr.	%
Buena función familiar	36	14	15	15
Disfunción familiar leve	86	32	27	27
Disfunción familiar moderada	81	31	36	37
Disfunción familiar severa	62	23	21	21
Total	265	100%	99	100%

Fuente: APGAR familiar-Autor: Gabriel Smilkstein; Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla se observa que con respecto a la edad y APGAR Familiar, en el grupo etario de 13-15 años el máximo porcentaje corresponde al 32% que presenta disfunción familiar leve a diferencia del grupo etario de 16-17 años, en el cual su mayor porcentaje corresponde al 37% que presenta disfunción familiar moderada.

Sin embargo, en la población que corresponde a la edad de 13-15 años: el mínimo porcentaje que corresponde al 23% presenta disfunción familiar severa al igual que en la población de 16-17 años, con un mínimo porcentaje correspondiente al 21%, que presenta disfunción familiar severa.

De lo que deducimos que más de las $\frac{3}{4}$ partes de la población de ambos grupos etarios presentan disfunción familiar. Al mismo tiempo es importante recalcar que una cuarta parte de la población presenta disfunción familiar severa.

TABLA N° 7

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN MANIFESTACION DE
PROBLEMAS EMOCIONALES Y APGAR FAMILIAR**

APGAR FAMILIAR	Depresión		Ansiedad		Estrés		Ninguno		TOTAL
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
Buena función familiar	10	12	2	8	17	15	22	16	51
Disfunción familiar leve	13	16	6	22	40	34	54	38	113
Disfunción familiar moderada	22	28	13	48	35	30	47	33	117
Disfunción familiar severa	35	44	6	22	24	21	18	13	83
Total	80	100	27	100	116	100	141	100	364

Fuente: APGAR familiar-Autor: Gabriel Smilkstein; Instrumento aplicado por las investigadoras

La tabla nos muestra que en relación a la manifestación de problemas emocionales y APGAR Familiar, en la población que presenta disfunción familiar moderada; el mayor porcentaje correspondiente al 48% manifiestan ansiedad y el menor porcentaje que corresponde al 28% presentan depresión. A diferencia de la población que presenta disfunción familiar severa, donde el mayor porcentaje correspondiente al 44% manifiesta depresión, siendo un menor porcentaje que corresponde al 21% el cual presenta estrés.

De lo que deducimos que, casi las $\frac{3}{4}$ partes de la población, que presenta disfunción familiar; manifiestan algún tipo de problema emocional.

TABLA N°8

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SINTOMATOLOGÍA DE IDEACIÓN
SUICIDA**

Escala de ideación suicida	Fr	%
Reactiva	257	71%
No reactiva	107	29%
Total	364	100 %

Fuente: Escala de Ideación Suicida-Autor: Aaron Beck; Instrumento aplicado por las investigadoras

La presente tabla nos indica que en relación con la Sintomatología de Ideación Suicida, el mayor porcentaje que corresponde al 71% presenta sintomatología de ideación suicida y el menor porcentaje que corresponde al 29% no presenta sintomatología de ideación suicida.

De lo que deducimos; que casi las $\frac{3}{4}$ partes de la población de estudio presenta sintomatología de ideación suicida que coincide con el mismo porcentaje de población que presenta disfunción familiar. Probablemente porque el grupo etario en esta etapa es vulnerable.

TABLA N° 9
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD Y SINTOMATOLOGÍA DE
IDEACIÓN SUICIDA

Edad	Escala de Ideación Suicida			
	Reactiva		No reactiva	
	Fr	%	Fr	%
13-15 años	196	76	69	64
16-17 años	61	24	38	36
Total	257	100	107	100

Fuente: Escala de Ideación Suicida-Autor: Aaron Beck; Instrumento aplicado por las investigadoras

La presente tabla nos señala que con respecto a la edad y la Sintomatología de Ideación Suicida, la población que pertenece al grupo etario de 13 a 15 años, el máximo porcentaje correspondiente al 76% presentan sintomatología de ideación suicida y la población que pertenece al grupo etario de 16 a 17 años, el mínimo porcentaje que corresponde al 24% presentan sintomatología de ideación suicida.

De lo que deducimos que más de las $\frac{3}{4}$ de la población de 13-15 años presenta sintomatología de ideación suicida. Y una cuarta parte de la población de 16-17 años presenta sintomatología de ideación suicida.

TABLA N° 10

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN PRESENCIA DE PROBLEMAS
EMOCIONALES Y SINTOMATOLOGÍA DE IDEACIÓN SUICIDA**

Escala de Ideación Suicida	Presencia de Problemas Emocionales								
	Depresión		Ansiedad		Estrés		Ninguno		TOTAL
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
Reactiva	74	92	20	74	83	72	80	57	257
No Reactiva	6	8	7	26	33	28	61	43	107
Total	80	100	27	100	116	100	141	100	364

Fuente: Escala de Ideación Suicida-Autor: Aaron Beck; Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla observamos que en relación a la presencia de problemas emocionales y la sintomatología de ideación suicida el mayor porcentaje que corresponde al 92% presentan depresión, y el menor porcentaje que corresponde al 57% no presentan ningún tipo de problema emocional. Con respecto a la población de tipo no reactivo, en la tabla se observa que el mayor porcentaje correspondiente al 43% manifiesta no tener ningún tipo de problema emocional, y el menor porcentaje que corresponde al 8% presenta depresión.

De lo que deducimos que mas de las $\frac{3}{4}$ partes de la población de estudio que refiere tener algún tipo de problema emocional, presenta sintomatología de ideación suicida.

TABLA N° 11

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN APGAR FAMILIAR Y
SINTOMATOLOGÍA DE IDEACIÓN SUICIDA

APGAR FAMILIAR	ESCALA DE IDEACION SUICIDA			
	REACTIVO		NO REACTIVO	
	Fr	%	Fr	%
Buena función familiar	13	5	38	36
Disfunción familiar leve	73	28	40	37
Disfunción familiar moderada	94	37	23	21
Disfunción familiar severa	77	30	6	6
Total	257	100%	107	100%

Fuente: APGAR familiar-Autor: Gabriel Smilkstein/Escala de Ideación Suicida-Autor: Aaron Beck;
Instrumentos aplicados por las investigadoras

La presente tabla nos indica que en relación al APGAR Familiar y la Escala de Ideación Suicida, el máximo porcentaje que corresponde al 37% presenta disfunción familiar moderada y manifiesta sintomatología de ideación suicida. Y un mínimo porcentaje que corresponde al 28% presenta disfunción familiar leve y manifiesta sintomatología de ideación suicida.

De lo que deducimos que más de las $\frac{3}{4}$ partes de la población de estudio que presenta disfunción familiar muestra sintomatología de ideación suicida.

CONCLUSIONES

- **Primera:** en la población de estudio según sus características socio demográficas; la mayor parte de la población de estudio se encuentra entre las edades de 13-15 años, proceden de Arequipa y en su mayoría viven con ambos padres.
- **Segunda:** Los resultados muestran que existe disfunción familiar leve, moderada y severa en las mujeres adolescentes del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas
- **Tercera:** Los resultados señalan que la sintomatología de ideación suicida está presente en las mujeres adolescentes del tercer y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Micaela Bastidas
- **Cuarta:** Se establece que la disfunción familiar repercute en la presencia de sintomatología de ideación suicida.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados, se formulan las siguientes recomendaciones:

- Que, la directora de la Institución Educativa Micaela Bastidas coordine con el departamento de tutoría y psicología para que se programen acciones relacionadas a la promoción de un desarrollo sano de la personalidad mediante sesiones educativas, actividades extracurriculares, etc. Y reforzar en Escuela de padres la importancia del cuidado de la salud mental.
- Que, la directora de la Institución Educativa Micaela Bastidas, el departamento de tutoría y el servicio de psicología; realicen tamizajes de salud mental con escalas de evaluación cuantitativas validadas para la prevención de patologías mentales.

4. BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Arranz E., Oliva A. Familia y Desarrollo Psicológico. 1a ed. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2004.
- ❖ Avalos S. Frecuencia y factores asociados a la ideación suicida en el personal de tropa del servicio militar voluntario del cuartel Bustamante de la ciudad Arequipa [Tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Facultad de Medicina Humana; 2013.
- ❖ Bravo L. Adolescencia y suicidio. [Tesis doctoral]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Medicina Humana; 2008, pp.48-50.
- ❖ Cáceres K., Castro F. Factores condicionantes en pacientes con intento de suicidio por órganos fosforados, servicio de emergencia – Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamacola [Tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Facultad de Enfermería; 2007.
- ❖ Crispo R., Guelar D. Adolescencia: Manual de supervivencia. 1a ed. Barcelona: Gedisa; 2002.
- ❖ Megias F., Serrano D. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. 2a ed. Madrid: Paradigma; 2009.
- ❖ Ramos L., Obando R. Perfeccionismo y pensamiento de suicidio en adolescentes escolarizados [Tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Facultad de Psicología; 2009.
- ❖ Saucedo J., Maldonado M. Psiquiatría. 2a ed. D.F.: McGraw – Hill Interamericana; 1998.

PAGINAS DE INTERNET

- ❖ Centro Peruano de Terapia Familiar y de Pareja [homepage en Internet]. Lima: Escuela Sistémica de Lima; c2008 [actualizada Octubre 2012; consultado 14 agosto 2014]. Disponible en: <http://www.terapiasistemica.com/terapias/familiar.html>
- ❖ Disfunción Familiar [base de datos en Internet]. Google Sites: Miralia Quispe Vela; 2011-[acceso 19 de Noviembre 2011]. Disfunción Familiar; [5 páginas]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/disfuncionfamiliarquispevela>
- ❖ Esguerra I. Rol del profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Revista Avances en Enfermería. [Revista on-line] 1991[Consultado 16 de Agosto 2014]; Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/20575/1/16731-52397-1-PB.pdf>
- ❖ Ministerio de Salud [homepage en Internet]. Lima: Ministerio de Salud; c2012 [actualizada 14 agosto 2014; consultado 14 agosto 2014]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/>
- ❖ Ministerio de Salud [homepage en Internet]. Lima: Ministerio de Salud; c2012 [actualizada 12 diciembre 2013; consultado 14 agosto 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/214998769/GUIA-DE-PRACTICA-CONDUCTA-SUICIDA-MINSA-doc>
- ❖ Organización Mundial de la Salud [homepage en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2012 [actualizada Agosto 2012; consultado 14 agosto 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- ❖ Quintero C., Familia y Disfunción familiar. Diario "El Milenio" Miércoles 25 de febrero del 2009.

- ❖ Servicio Andaluz de Salud [homepage en Internet]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; c2010 [actualizada Octubre 2010; consultado 14 agosto 2014]. Disponible en: <http://www.feafes.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>
- ❖ Universidad Autónoma de Madrid [homepage en Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; c2013 [actualizada 1 Setiembre 2013; consultado 14 agosto 2014]. Disponible en: http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- ❖ Wikipedia [homepage en Internet]. Minnesota: Wikipedia; c2014 [actualizada 14 agosto 2014; consultado 14 agosto 2014]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Familia_disfuncional





ANEXOS

Anexo: 1

MATRIZ DE TABULACION

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS				
		3°	4°	TOTAL
Edad	13-15 años	170	95	265
	16-17 años	22	77	99
Lugar de procedencia	Arequipa	181	154	335
	Camana- Mollendo	2	4	6
	La unión- Castilla	1	3	4
	Otros	8	11	19
Convivencia familiar	Papá+mamá+hños	145	126	271
	solo papá o mamá	38	31	69
	Tíos	4	6	10
	Abuelos	1	0	1
	Otros	4	9	13
Problemas emocionales	Depresion	35	45	80
	Ansiedad	12	15	27
	Estrés	57	59	116
	Ninguno	88	53	141

II. APGAR FAMILIAR			
	3	4	TOTAL
Buena función familiar	24	27	51
Disfunción familiar leve	72	41	113
Disfunción familiar moderada	54	63	117
Disfunción familiar severa	42	41	83

III. ESCALA DE IDEACION SUICIDA			
	3°	4°	TOTAL
REACTIVA	156	101	257
NO REACTIVA	50	57	107

Anexo 2:

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo apoderado, Sr.(a)....., identificado con DNI , comprendiendo la importancia de la promoción de la salud mental para el correcto desarrollo físico-mental de nuestros hijos en la sociedad.

Autorizo a mi menor hija , que sea participe del estudio de investigación dirigido por las estudiantes del X semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma: _____

Anexo 3:



UCSM



FACULTAD DE ENFERMERIA

Esperando su valiosa colaboración en el Presente estudio de Investigación que estamos realizando para mejorar la salud de Usted; le agradecemos contestar las preguntas con honestidad, de su respuesta dependerá el éxito y autenticidad de nuestro estudio.

Características sociodemográficas - Unidades de estudio

1. ¿Cuál es su Edad?

13 años – 15 años ()

16 años – 17 años ()

2. Su lugar de procedencia es:

Arequipa ()

Camaná – Mollendo ()

La Unión – Castilla ()

Otros (especificar: _____)

3. ¿Con quienes vive usted?

Papá, mamá y hermanos ()

Solo papá o solo mamá (especificar: _____)

Tíos ()

Abuelos ()

Otros ()

4. ¿Tiene usted problemas emocionales?

Depresión ()

Ansiedad ()

Estrés ()

Ninguno ()

Anexo 4:

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

(Autor: Dr. Gabriel Smilkstein)

N ^o	FUNCIÓN FAMILIAR	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Participación: Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad. Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
2	Ganancia: Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
3	Afecto: Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.					
4	Recursos: Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					
5	Adaptación: Estoy satisfecha con el soporte que recibo de mis amigos(as) ¿Tiene usted algún(a) amigo(a) cercano(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

Interpretación del Test	
Buena función familiar	18-20 puntos
Disfunción familiar leve	17-14 puntos.
Disfunción familiar moderada	13-10 puntos
Disfunción familiar severa	≤ a 9

Puntuación	
Nunca	0
Casi Nunca	1
Algunas veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

Anexo 5:

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI)

(Autor: Dr. Aaron Beck)

I. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE

1. Deseo de vivir

- 0. Moderado a intenso
- 1. Débil
- 2. Ninguno

2. Deseo de morir

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado o intenso

3. Razones para vivir/morir

- 0. Las razones para vivir son superiores a las de morir
- 1. Iguales
- 2. Las razones para morir son superiores a las de vivir

4. Deseo de realizar un intento de suicidio

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a intenso

5. Intento pasivo de suicidio

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
- 1. Dejaría su vida/muerte en manos del azar (por ej. cruzar descuidadamente una calle muy transitada).
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej. un diabético que deja de tomar la insulina)

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS

6. Duración

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Períodos más largos
- 2. Continuo (crónico), o casi continuo

7. Frecuencia

- 0. Rara, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

8. Actitud hacia el pensamiento/deseo

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalencia, indiferencia
- 2. Aceptación

9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

- 0. Tiene sentido de control
- 1. Inseguridad de controlar
- 2. No tiene sentido de control

10. Razones o motivos que detienen el intento de suicidio (Ej. familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

- 0. No intentaría el suicidio porque algo lo detiene
- 1. Existe cierta influencia de las razones planteadas
- 2. Ningún o mínimo interés en las razones que lo detienen (indicar que factores influyen)

11. Razones para pensar / desear el intento de suicidio

- 0. Manipular el medio, atraer la atención, venganza
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, acabar, resolver problemas

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO

12. Método: planes / oportunidad de pensar en el intento

- 0. No los ha considerado
- 1. Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- 2. Los detalles están elaborados/bien formulados

13. Método: accesibilidad/oportunidad de pensar en el intento de suicidio

- 0. Método no disponible; no hay oportunidad
- 1. El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es disponible realmente
- 2 a. Método y oportunidad accesible
- 2 b. Oportunidades o accesibilidad futura

14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.

- 0. No tiene coraje, demasiado débil, falta de valor
- 1. Inseguro de su coraje, no seguro de tener valor
- 2. Seguro de su competencia, coraje

15. Expectativas/anticipación de un intento real

- 0. No
- 1. Incierto, no seguro
- 2. Sí

IV. REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO

16. Preparación real

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (ej. empezar a recoger píldoras, guarda pastillas, trata de conseguir armas)
- 2. Completa (ej. tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17. Notas acerca del suicidio

- 0. No escribió ninguna nota
- 1. Empezaba pero no completada, solamente pensó en dejarla, no termino de escribirla
- 2. Completada, escrita

18. Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej. seguro, testamento, donaciones)

- 0. Ninguno
- 1. Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- 2. Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19. Intentos previos de suicidio

- 0. Ninguno
- 1. Uno
- 2. Más de uno