

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO DE IDEACIÓN  
SUICIDA EN ADOLESCENTES I. E. JOSÉ SANTOS  
ATAHUALPA. AREQUIPA 2018”**

Tesis presentada por la Bachillera:

**HURTADO CACERES, FLOR AMALIA**

Para obtener el Título Profesional de:  
ENFERMERA

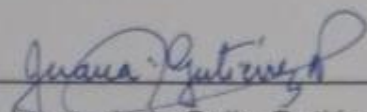
Asesora: Mg. Juana de la Salle Gutiérrez Neyra

**AREQUIPA- PERÚ**

**2020**

## ACEPTACIÓN DE LA ASESORA

La presente tesis, "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES I. E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA. AREQUIPA 2018", reúne las condiciones y tiene mi conformidad.

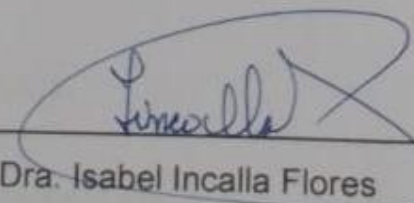
  
Mg. Juana de la Salle Gutiérrez Neyra  
Asesora

---

## MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Clotilde Villena Pacheco	Presidenta
Mg. Juana de la Salle Gutiérrez Neyra	Vocal
Dra. Isabel Incalla Flores	Secretaria

La presente tesis sustentada el día 14 de enero del 2020, aprobada por UNANIMIDAD, queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.

  
Dra. Isabel Incalla Flores  
Secretaria

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
B. OBJETIVOS	14
C. HIPÓTESIS	15
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
A. ANTECEDENTES	16
B. BASE TEÓRICA	18
C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	54
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	54
E. ALCANCES Y LIMITACIONES	55
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
A. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	56
B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	57
C. POBLACIÓN DE ESTUDIO	58
D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	62
B. DISCUSIÓN	76
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. CONCLUSIONES	79
B. RECOMENDACIONES	80
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 CARACTERÍSTICAS GENERALES Y ESPECÍFICAS DE LOS ADOLESCENTES, I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA. AREQUIPA – 2018	63
TABLA N° 02 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DIMENSIÓN: PROBLEMAS EN LA FAMILIA ADOLESCENTES I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018	66
TABLA N° 03 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DIMENSIÓN ACTIVIDADES Y SENTIMIENTOS FAMILIARES ADOLESCENTES I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018	67
TABLA N° 04 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DIMENSIÓN RELACIONES PERSONALES FAMILIARES ADOLESCENTES I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018	68
TABLA N° 05 FUNCIONALIDAD FAMILIAR GLOBAL ADOLESCENTES I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018	69
TABLA N° 06 ADOLESCENTES POR RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA DIMENSIÓN RAZONES PROPIAS I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018	70
TABLA N° 07 ADOLESCENTES POR RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA DIMENSIÓN RAZONES PRECIPITANTES I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018	71
TABLA N° 08 ADOLESCENTES POR RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA DIMENSIÓN CREENCIAS I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018	72

TABLA N° 09	ADOLESCENTES POR RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA GLOBAL I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018	73
TABLA N° 10	FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA, ADOLESCENTES I.E. JOSÉ SANTOS ATA HUALPA AREQUIPA – 2018	74

## RESUMEN

La tesis titulada **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA. AREQUIPA – 2018**, cuyo objetivo fue determinar la relación entre funcionalidad familiar y riesgo de ideación suicida en adolescentes, es una investigación de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional.

La población objetivo estuvo constituida por: 59 estudiantes del tercero, cuarto y quinto años de secundaria a quienes se aplicó los siguientes instrumentos: el primero una entrevista para recogida de datos generales y específicos, el segundo un cuestionario para medir el nivel funcionalidad familiar en la que viven los adolescentes y el tercero un cuestionario para detectar riesgo de ideación suicida en los adolescentes.

Del análisis de la funcionalidad familiar los adolescentes perciben una familia indiferente y del riesgo de ideación suicida, tienen riesgo parcial.

Se concluye que, existe relación entre la funcionalidad familiar con el riesgo de ideación suicida.

**Palabras claves:** Adolescente, familia, funcionalidad, riesgo suicida.

## **ABSTRACT**

The thesis entitled FAMILY FUNCTIONALITY AND RISK OF SUICIDE IDEATION IN ADOLESCENTS I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA. AREQUIPA - 2018, whose objective was to determine the relationship between family functionality and risk of suicidal ideation in adolescents, is a descriptive research, cross-sectional and correlational design.

The target population consisted of: 59 students from the third, fourth and fifth years of high school to whom the following instruments were applied: the first an interview for the collection of general and specific data, the second questionnaire to measure the level of family functionality in that adolescents live and the third a questionnaire to detect the risk of suicidal ideation in adolescents.

From the analysis of family functionality, adolescents perceive an indifferent family and the risk of suicidal ideation is partially at risk.

It is concluded that there is a relationship between family functionality and the risk of suicidal ideation.

**Keywords:** Adolescent, family, functionality, suicide risk.

## INTRODUCCIÓN

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los fines principales de cada país debe ser incrementar el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud" que conducen a comportamientos protectores en los adolescentes dado que la adolescencia no es el periodo más crítico de las etapas de la vida, pero si no se otorga una educación con límites bien establecidos no se respetan normas y acuerdos, se asumen conductas de riesgo con grave perjuicio para la salud integral del adolescente. <sup>(1)</sup>

Las conductas de riesgo más frecuentes en nuestra realidad están dadas por conductas agresivas y violentas, el pandillaje, alcoholismo, drogadicción, suicidio, accidentes, delincuencia, embarazo adolescente y otros que pueden ser prevenidas con el fortalecimiento de la funcionalidad



familiar así, la Enfermera a través de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud debe realizar programas que fortalezcan los factores protectores individuales y familiares de los adolescentes tal como una funcionalidad armoniosa de la familia que los hacen menos vulnerables a las conductas de riesgo.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, al respecto la depresión Infantil y en adolescentes a nivel mundial alcanza altos porcentajes, así los eventos psicosociales se relacionan de una u otra manera con la depresión y la ideación suicida, la mayoría de suicidios en adolescentes se asocia a problemas familiares y del colegio así como también al consumo de drogas, alcohol, muertes recientes en la familia pues cerca de la mitad de aquellos que se suicidan han experimentado una pérdida personal reciente, una humillación o un rechazo., la ideación suicida se ha convertido en la actualidad en una forma tanto de diagnóstico como de prevención del suicidio.<sup>(1)</sup>

Las enfermeras, como cuidadoras de los pacientes y ciudadanos del mundo, tienen una función que desempeñar en la campaña destinada a preservar su salud mental e integral de los adolescentes trabajando en la prevención de cualquier situación dañina que los amenace.

Por tanto, el propósito de la presente investigación es aportar una propuesta educativa a través del diseño y aplicación de estrategias y programas educativos fortalecedores de la funcionalidad familiar en prevención de conductas de riesgo tal como es el riesgo de ideación suicida en los adolescentes de sectores socioeconómicos desfavorecidos de nuestra realidad y los resultados servirán además como evidencia objetiva a la institución en estudio.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La familia como objeto de investigación posee una importancia que muy pocas instituciones sociales tienen, esta conformación ha sido a través de la historia la más estudiada por las diferentes ciencias, disciplinas y áreas científicas.

A pesar de las diferentes características que tiene cada familia se ha determinado que esta organiza su vida para cumplir dos funciones básicas como son: el desarrollo personal de los hijos y la socialización, tareas que van más allá de solo satisfacer las necesidades sino que además debe ser capaz de generar el desarrollo personal de cada uno de sus integrantes y la incorporación de los mismos al entorno social,

manteniendo su identidad y cohesión familiar.<sup>(2)</sup>

Por lo cual podemos decir que la familia constituye un pilar fundamental en la vida y desarrollo del niño y adolescente hasta llegar a la edad adulta., ya que ella otorga las influencias más tempranas, claras y duraderas en la formación de la personalidad de sus integrantes lo que actuara como un agente modulador en su relación con el entorno favoreciendo una mayor o menor vulnerabilidad hacia la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionalidad familiar.

Al respecto, la funcionalidad familiar entendida como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, debe cumplir con las tareas encomendadas para que los hijos no presenten trastornos graves de conducta.

En Perú, el 66,5% de los escolares percibe que sus familias son disfuncionales, casi la mitad de los escolares manifiesta que sus padres no dedican el tiempo adecuado para conversar con ellos o entre ellos además, refieren la falta de conocimiento sobre las actividades que realizan sus hijos, ausencia de reglas claras en el hogar, ausencia de rituales familiares y de actividades conjuntas, lo que impide un vínculo adecuado con los hijos, aunado a distorsiones en las representaciones mentales acerca del rol educativo de los padres determinarían la presencia de mayores conductas de riesgo en escolares.<sup>(3)</sup>

La funcionalidad de la familia se expresa por la forma en que el sistema familiar es capaz de afrontar la crisis y valora la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el desarrollo humano de sus miembros, la interacción entre ellos, la cual está basada en el respeto, la autonomía y el espacio del hogar, los adolescentes que perciben disfuncionales sus familias presentan mayor riesgo de síntomas presentes en escolares, que pueden corresponder o evolucionar hacia un cuadro depresivo.<sup>(4)</sup>

Llama la atención que en estudios realizados en Chile el 6.1% de escolares refieren sentirse "extremadamente" desesperados y sin sentido, lo que indicaría un alto riesgo de suicidio en este grupo, se observan también dificultades de carácter emocional y social, tales como baja autoestima y conductas agresivas que los mismos profesores refieren no contar con la preparación suficiente para trabajar con los estudiantes y con sus familias. Constituyendo una de las oportunidades del personal de salud para actuar en el ámbito de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. <sup>(1)</sup>

Uno de los fenómenos epidemiológicos que ha llamado más la atención de los profesionales tanto de las ciencias de la salud como de la conducta humana en los últimos años, es el aumento significativo de las tasas de mortalidad por suicidio en grupos etáreos que comprenden esta etapa de vida humana como es la adolescencia.

A nivel mundial cerca de 800 000 personas se suicidan cada año, por cada suicidio hay aproximadamente 20 tentativas de suicidio. Siendo entonces el intento fallido el factor individual de riesgo más importante. El suicidio es actualmente la tercera causa de muerte para los jóvenes.

La depresión y el suicidio de adolescentes han pasado a constituir un problema importante de salud pública, en jóvenes de 15 a 19 años de edad. A nivel mundial los adolescentes representan el 18% aproximadamente de la población total, en América Latina el promedio es del 23.7% de esta población. Mientras que en el Perú aproximadamente el 18.6% de la población total son adolescentes entre los 10 y 17 años de edad. (INEI 2015). Además según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi reporto que entre el 2017 y el mes de junio del 2018 tan solo en Lima metropolitana se han registrado 64 casos de intento de suicidio en escolares cuyas edades van desde los 8 hasta los 17 años, lo que según las estadísticas ha ido en aumento. Además de reportar que las regiones de Tacna Arequipa y Moquegua tiene una tasa de suicidios de 7 muertes por cada 100 000 habitantes, constituyéndose

así en un serio problema de salud pública. <sup>(5)</sup>

En el Hospital Honorio Delgado tan solo en los meses de enero y Febrero del 2018 se atendieron en el servicio de emergencia 18 casos de intento de suicidio de niños y adolescentes con edades entre los 12 y 18 años, de los cuales 14 eran mujeres. <sup>(6)</sup>

En Arequipa, se tuvo que a nivel secundario 23.22% tuvieron presencia de ideación suicida en edades 14 a 16 años correlacionándose la desesperanza con la severidad del intento de suicidio. <sup>(7)</sup>

La ideación suicida ha sido definida como pensamientos de autodestrucción y se considera que la ideación suicida antecede tanto al intento suicida como al suicidio mismo por tanto su estudio en la actualidad se ha convertido en una forma tanto de diagnóstico como de prevención del suicidio. <sup>(8)</sup>

Mondragón y cols. (2011) mostraron que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno el cual está estrechamente relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol, lo que demuestra la necesidad de crear programas de prevención para el suicidio y más específicamente para la ideación suicida.

La ideación suicida en adolescentes suele estar asociada a problemas familiares y del colegio así como también al consumo de drogas, alcohol, muertes recientes de algún integrante de la familia pues cerca de la mitad de aquellos que se suicidan han experimentado una pérdida personal reciente, una humillación o un rechazo. <sup>(9)</sup>

Los adolescentes que se suicidan con éxito suelen utilizar armas de fuego, ahorcamiento, precipitación al vacío, monóxido de carbono y sobredosis farmacológicas (especialmente ansiolíticos y neurolépticos), venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento. <sup>(10)</sup>

Al respecto, los papeles profesionales son patrones de comportamiento apropiados para las situaciones y personas particulares, así el rol de la Enfermera de salud mental y salud pública está dirigido hacia los impactos preventivos y correctivos sobre la funcionalidad familiar como protectora del riesgo de ideación suicida en todos sus miembros y específicamente de los adolescentes.

Por lo señalado y dado el rol trascendental que debe cumplir la Enfermera, es que se considera de gran importancia responder la siguiente interrogante:

**¿CUÁL ES LA RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE LA I. E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA DE AREQUIPA 2018?**

## **B. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación entre funcionalidad familiar y riesgo de ideación suicida en adolescentes de la I.E. José Santos Atahualpa Arequipa 2018.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

2.1. Caracterizar a la población de adolescentes de la Institución Educativa según: edad, sexo, años de estudios, lugar de procedencia, lugar donde vive, personas con las que vive, grado de instrucción de los padres.

2.2. Detectar la funcionalidad familiar en la que viven los adolescentes según dimensiones: problemas con la familia, actividades y sentimientos familiares y relaciones personales.

2.3. Identificar el nivel de riesgo de ideación suicida que tienen los

adolescentes según dimensiones: razones propias, precipitantes, creencias.

- 2.4. Relacionar la funcionalidad familiar con el riesgo de ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa.

### **C. HIPÓTESIS**

Existe relación entre Funcionalidad Familiar y Riesgo de ideación suicida, en adolescentes del I.E. José Santos Atahualpa, Arequipa 2018.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **A. ANTECEDENTES**

**MAMANI, J. (AREQUIPA 2014)** El presente estudio se realizó en una población de 223 adolescentes entre los 14 y 18 años de edad, encontrándose relación entre las variables de funcionalidad familiar y riesgo suicida resaltando que en relación a funcionalidad familiar el 51.6% pertenecían a familias moderadamente funcionales mientras que el 95.1% presento riesgo parcial de suicidio.<sup>(11)</sup>

**OSORIO, H. (YUNGAY 2017)** En el estudio realizado se encontró que del total de la población el 26.1% percibieron un funcionamiento no adecuado, y como principal tipo de familia se encontró la caótica-disgregada y el 27.3% percibieron a los miembros de su familia como



separados y como caótico 66.0% siendo su característica de liderazgo el estilo positivo y agresivo.<sup>(12)</sup>

**MACEDO, J., RIMACHI, M. (IQUITOS 2016)** El estudio se realizó en una población de 123 estudiantes concluyendo que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la ideación suicida así como también entre la autoestima y la ideación suicida.<sup>(13)</sup>

**CASAS, K. (LIMA 2016)** La población estuvo constituida por 107 alumnos del cuarto año de secundaria encontrándose que existía relación positiva entre las variables funcionalidad familiar e intento de suicidio evidenciando a la vez que a mayor funcionalidad familiar menor intento suicida.<sup>(14)</sup>

**VARENGO, J. (ESPAÑA 2017)** Estudio realizado en 92 adolescentes entre los 15 a 18 años encontrándose que el 65,2% posee bajo nivel de ideación suicida , el 19,5% moderado nivel de ideación suicida , y el 17,4% con alto nivel.<sup>(15)</sup>

**TAYO, E., TORRES, D. (ECUADOR 2016)** Los resultados obtenidos muestran que hubo mayor riesgo suicida y de depresión en el género femenino; además que hubo mayor riesgo de suicidio en personas con depresión; y, en relación a la funcionalidad familiar, las familias son no relacionadas y semirrelacionadas (cohesión) y caóticas (adaptabilidad).<sup>(16)</sup>

**FORERO, I., SIABATO, E., SALAMANCA, Y. (COLOMBIA 2016)** La población estuvo constituida por 289 adolescentes ,encontrándose que el 30% refirieron un nivel alto de ideación suicida, el 67% un buen funcionamiento familiar, y el 84% consumo de alcohol de bajo riesgo; así mismo, se encontró mayor relación entre la ideación suicida y el tipo de funcionalidad familiar grave.<sup>(17)</sup>

## **B. BASE TEÓRICA**

### **1. ADOLESCENCIA**

Actualmente la población de adolescentes en el mundo alcanza aproximadamente la sexta parte ;y es importante destacar que a pesar que entre ellos existen grandes diferencias, ya sea desde el punto de vista cultural o socioeconómico se puede hacer una caracterización general de esta etapa. <sup>(18)</sup>

Los patrones de identidad así como los procesos psicológicos del adolescente se forman a partir de la niñez; produciendo un cambio de un estado de dependencia económica y social total a una relativa independencia.

Constituyendo así la adolescencia un periodo crítico en la vida de cada ser humano así como también en su grupo familiar. Ya que en esta etapa es donde suelen acentuarse los dilemas humanos, y la forma en que el adolescente enfrente y resuelva esta crisis marcará el lugar que ocupe en la escala jerárquica social.

#### **1.1. Definición**

La adolescencia es una etapa vital en la que se produce una serie de cambios ya sean a nivel psicológico, biológico y social teniendo como característica que estos los conducen hacia la madurez. El termino adolescencia deriva del latín *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse.

Hoy en día gracias a muchos estudios que se han realizado en torno a la adolescencia, esta puede ser considerada como una etapa más en el desarrollo del ser humano, y no tan solo como una transición entre la niñez y la edad adulta.

Núñez de Villavicencio refiere que según la OMS, la adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, y abarca desde los 10 a los 19 años, definiendo además que es la época en que el individuo

evoluciona desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual.

Además podemos encontrar que la etapa de la adolescencia se está prolongando: alcanzándose la madurez biológica a temprana edad, en relación a la independencia social y económica que aparece mucho más tarde.

Encontramos así que el desarrollo de la adolescencia desde el punto de vista biológico y psicosocial se separa en tres periodos: adolescencia inicial o temprana pre adolescencia, para algunos autores; adolescencia media (adolescencia propiamente dicha) y adolescencia tardía.

En relación a la pubertad que proviene el latín pubere que significa cubrirse de pelos, está relacionado a los cambios biológicos por los que atraviesa el adolescente.

#### **1.1.1. Adolescencia inicial o temprana (10 a 14 años)**

En este periodo podemos observar un marcado aumento en el peso corporal, en la estatura y en la fuerza muscular, cambios que suelen aparecer de manera rápida haciendo necesario que el adolescente desarrolle una familiarización con los mismos; además encontramos la aparición de los primeros caracteres sexuales secundarios ,por ejemplo en la mujer encontramos la telarquia ,siguiéndole muy de cerca la pubarquia , lo cual demorara aproximadamente 2 a 3 años en completar su desarrollo , a la par en el hombre empieza el aumento de tamaño de los testículos , el pene y la laringe.

Esta fase se caracteriza porque aparecen aquí las fantasías sexuales y se da inicio a la gran curiosidad sexual. Se da inicio a la búsqueda de la autonomía e independencia.

Además los adolescentes sufren constantes cambios de humor y tienen dificultad para controlar los nuevos impulsos. Los adolescentes

desarrollan cierta ambivalencia hacia los padres a la vez que los consideran incapaces de poder comprenderlos aun así sienten la necesidad de su apoyo físico y emocional. Muchos de ellos experimentan sentimientos de soledad razón por la cual necesitan tener vínculos afectivos fuertes con sus pares.

### **1.1.2. Adolescencia media (14 a los 16 años)**

En este periodo el desarrollo de la mujer está marcado por la aparición de la menarquia. En el varón sin embargo continúa el crecimiento del pene y la laringe, dando esta última el cambio característico de voz.

Los adolescentes sienten la necesidad de incrementar su poder de atracción, desarrollando mayor preocupación por su apariencia, teniendo ya ciertas preferencias por determinada música, fiestas y/o reuniones de grupo.

El comportamiento de los adolescentes en este periodo se ve muy influenciado por las normas de conducta del grupo; lo que ocasiona conflictos constantes con los padres. Hay una búsqueda constante de su propia identidad y suelen tornarse más egocéntricos. Además encontramos aquí la aparición del pensamiento abstracto.

### **1.1.3. Adolescencia tardía (16 a 19 años)**

Desde el punto de vista biológico, en este periodo se alcanza las características del adulto. Los adolescentes logran su tan añorada independencia, produciéndose un acercamiento con la familia y cesando así los constantes conflictos. Además los adolescentes suelen reemplazar el grupo por las relaciones de pareja, sin que este deje de ser importante.

El adolescente en esta etapa ha desarrollado ya un pensamiento abstracto lo que le permite establecer metas vocacionales reales y un sistema de valores propios. Logrando un mejor control de sus impulsos además de que los cambios emocionales son menos frecuentes.

Entonces podemos decir que esta etapa culmina porque el adolescente establece ya su identidad personal y social.

No obstante el adolescente debe enfrentar retos propios de este periodo:

- Acostumbrarse a los cambios anatómicos y fisiológicos.
- Integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento.
- Separación del tutelaje familiar.
- Establecimiento de la identidad individual, por medio de la relación con sus compañeros.
- Adaptación de las capacidades y habilidades adquiridas para las actividades ocupacionales y de entretenimiento.

## **1.2. El adolescente en el Perú**

En el Perú los adolescentes son niños y niñas, establecido así en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), la que define como niño a “todo ser humano menor de 18 años”.

En la adolescencia la persona se prepara para ser una persona productiva, con familia y con deberes hacia su comunidad.

Algunas características sobre la situación actual de los adolescentes peruanos son las siguientes:

Hay algo más 5, 801,691 peruanos entre los 10 y 17 años de edad, lo que representa aproximadamente el 18.4% de la población. De ellos el 50,63% son hombres y el 49,3% son mujeres, (INEI 2015).

Según el UNICEF 2006, el 73.5% de los adolescentes peruanos residían en el área urbana y el 26.5% en el área rural. Estimándose que en el campo, el 74% de los jóvenes eran pobres mientras que en la ciudad el

porcentaje era de 39,8%. Siendo la pobreza, la exclusión y la inequidad el orden del día para este grupo etario.

### **1.3. Desarrollo Psicosocial del adolescente**

La adolescencia constituye una etapa llena de oportunidades pero también de riesgos. Si bien muchos de ellos se encuentran en el comienzo de su vida amorosa, su vida laboral o en su integración a la sociedad adulta; a la vez constituye un riesgo ya que muchos de ellos se ven involucrados en prácticas que limitan sus posibilidades, y oportunidades.

Los adolescentes necesitan adoptar valores, descubrir lo que son capaces de hacer y sentir orgullo de sus logros. Además de entablar lazos muy cercanos con sus pares y ser aceptados, amados y respetados por lo que son y representan (tarea que deberán ser ellos quienes lo determinen). A pesar de esta lucha constante por la independencia la cual se ve respaldada por sus propios compañeros, los adolescentes acuden a sus padres u otros adultos en busca de apoyo y orientación.

#### **1.3.1. La búsqueda de la identidad**

Empieza a consolidarse durante los años de la adolescencia. Y no es sino parte de un proceso saludable y vital que tiene sus cimientos en los logros alcanzados durante la niñez en temas de confianza, autonomía, iniciativa y laboriosidad y que serán la base para enfrentar problemas de la vida adulta.

De acuerdo con Erikson, los adolescentes a diferencia de los niños construyen su identidad modificando y analizando comportamientos anteriores dentro de un nuevo esquema psicológico, es decir que los adolescentes para construir su identidad deben valorar y organizar sus necesidades, habilidades, intereses y deseos y expresarlos en un contexto social.

Se dice que el adolescente logra formar su identidad cuando ha logrado resolver tres dilemas importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores para creer y vivir en ellos y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. (Papalia, 2001)

### **1.3.2. El apoyo Social**

En esta etapa los padres son muy importantes como apoyo y como guía. A la vez que se considera ventajoso el establecimiento de relaciones de apoyo con individuos que no sean sus padres porque suele traer resultados favorables para los adolescentes. Aunque suelen ser constantes las peleas entre los adolescentes y sus padres por pequeñas cosas, la comunicación y el control que estos ejercen sobre sus hijos son primordiales para temas importantes como: la vocación futura y las prácticas sexuales.

Muchas veces suelen ser los amigos quienes ayudan a los adolescentes a enfrentar situaciones conflictivas de la escuela, con su familia, con sus pares y hasta de su propio crecimiento físico.

La comunicación y el afecto suelen mantenerse elevados dentro de la familia, en condiciones ideales.

### **1.3.3. Tristeza y enojo**

Muchas veces los adolescentes no cuentan con el apoyo y guía de su familia, amigos o la escuela lo que ocasiona una pérdida de la autoestima, desarrollando así sentimientos abrumadores y persistentes de tristeza y desesperanza que perturban el desarrollo de sus actividades cotidianas; lo que muchas veces intensifica problemas que estaban presentes desde la infancia.

Muchos adolescentes piensan en el suicidio. Prácticas como el uso de drogas, el alcohol, las armas, el alejamiento de los padres, y la depresión prolongada se convierten pues en factores de riesgo para el suicidio.

(Papalia, 2001)

#### **1.4. Crisis de la adolescencia**

Desde el punto de vista psicoanalítico, la adolescencia se puede considerar como un segundo proceso de individuación, y desde la óptica de Erikson, como la etapa de crisis y consolidación de la identidad. (Castro 2001)

##### **1.4.1. Adolescencia y familia**

Es pues en el seno de la familia donde se dan las condiciones necesarias para que el niño desarrolle una personalidad madura y estable por medio de la satisfacción de sus necesidades ya sean de seguridad y confianza, afectivas así como las materiales, necesarias para su crecimiento y desarrollo.

La evolución y cambios propios de la adolescencia hacen necesario que la familia replantee su funcionamiento conservando su estabilidad, con el fin de adaptarse a todos estos cambios propios de este periodo de desarrollo.

Muchos estudios han demostrado que el éxito en la resolución de esta crisis no solo depende de experiencias anteriores sino de que a nivel familiar se establezca claramente la estructura jerárquica con firmeza, manteniendo los límites entre ambas generaciones y a la vez tener la suficiente flexibilidad como para ir cediendo progresivamente poder y autonomía, sin dejar de ejercer control sobre las actividades de su entorno extra familiar que cada vez se van tornando más prioritarias para el adolescente.

Aunque para algunas familias esta etapa no representa algo tormentoso, para otras sin embargo acarrea una serie de dificultades tanto para los padres como para los hijos; ya que muchas veces sienten el temor de que una preocupación excesiva sobre el adolescente puede ser percibido por



el mismo como un excesivo control para tratar de librarlos de errores que ellos cometieron en su juventud, o la vez una actitud muy permisiva podría ser considerada como un desinterés o falta de afecto.

Es importante resaltar que si los padres desfallecen o abandonan su responsabilidad el adolescente se sentirá solo, con temor y confundido ante sus deseos e impulsos; al no contar con la orientación y guía que necesitan.

Muchas veces esta crisis hace que reaparezcan problemas maritales que se creían ya superados u olvidados poniendo a prueba la fortaleza marital. Siendo muy necesario pues brindar a los adolescentes un ambiente familiar lleno de afecto y aceptación que propicie la seguridad y confianza en ellos.

Cuando los padres adoptan esta situación sin rigidez, sin rivalidad, sin temor, con normas flexibles, una buena comunicación y una actitud de comprensión y amor la adolescencia se torna en una experiencia enriquecedora para toda la familia.

## **2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

### **2.1. La Familia**

La familia es el primer grupo al cual pertenece el ser humano y está basada en el amor; es decir que no solo está formada por padres e hijos sino que además comprende las relaciones entre ellos. Son unidades heterogéneas y hay una gran variedad de familias ya sea de acuerdo al tipo de familia, a sus características demográficas o la forma de su organización.

#### **2.1.1. Funciones de la familia**

Una de las principales funciones de la familia es la satisfacción de las necesidades de sus integrantes. Constituyéndose así la familia en el lugar en el cual los niños aprenden a satisfacer sus necesidades lo que a futuro

le servirá de apoyo al momento de integrarse a un medio y/o comunidad.

Además, la familia cumple otras funciones, entre las que podemos destacar:

- -La función biológica; Es cuando la familia proporciona el alimento, calor y subsistencia.
- La función económica: Es cuando se satisface la necesidad de vestuario, educación y salud.
- La función educativa: Mediante la cual transmite los hábitos y conductas que los formaran con las normas básicas de convivencia y puedan así integrarse a la sociedad.
- La función psicológica: a través de la cual desarrollan sus afectos, su propia imagen y su manera de ser.
- La función afectiva: Lo que le permitirá a sus integrantes sentirse queridas apreciadas, apoyadas, protegidas y seguras.
- -La función social: les permitirá ofrecer y recibir ayuda de otros, afrontar situaciones distintas.
- La función ética y moral: que proporciona los valores necesarios para vivir y desarrollarse en armonía con los demás.

### **2.1.2. Tipos de familia**

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1994) tenemos los siguientes tipos de familias.

- **Familia nuclear:** Integrada por padres e hijos.
- **Familias uniparentales o monoparentales;** Se forma luego que uno de los cónyuges fallece o tras la separación, el divorcio o el abandono.
- **Familias polígamas:** Es cuando el hombre se casa con varias mujeres, o lo que se da con menos frecuencia, una mujer se casa con

varios hombres.

- **Familias compuestas:** Está conformada por hasta tres generaciones: abuelos padres e hijos, los que viven juntos en el mismo hogar.
- **Familias extensas:** además de tres generaciones, encontramos: tíos, tías, primos o sobrinos y que viven en el mismo hogar.
- **Familia reorganizada:** conviven con otros matrimonios o con personas que tuvieron hijos con otras parejas.
- **Familias inmigrantes;** cuyos integrantes proceden de otro contexto social, generalmente, del área rural hacia el área urbana.
- **Familias apartadas:** es aquella en la que sus integrantes están distanciados o aislados emocionalmente.
- **Familias enredadas:** son familias de padres predominantemente autoritarios.

### 2.1.3. Importancia de vivir en familia

Según Suess y Cols. (2001) la relación que se establece entre madre e hijo influye en su desenvolvimiento y concentración en el ámbito escolar por el contrario el tipo de relación que se desarrolle con el padre influirá en la socialización con sus pares. Las actividades que diferencialmente realizan los padres por medio de los cuales se recurre a ellos en busca de protección, consuelo y apoyo.

Entonces podríamos afirmar que la familia se convierte para el hombre en algo completamente necesario ya que le proporciona los valores, cariño y apoyo, básicos para poder desenvolverse en la sociedad. El vivir en familia es algo que se tiene completamente asumido; nadie nos pregunta al nacer si lo deseamos o no, sino que simplemente es algo impuesto. En el texto de Jean-Jacques Rousseau, "Del Contrato Social", el autor nos habla de la familia como el primer modelo de sociedad política, y primera instancia en la

que el hombre renuncia a su libertad aunque por utilidad propia.

#### **2.1.4. Composición familiar**

##### **2.1.4.1. Disciplina familiar**

La falta de control o seguimiento paterno así como las bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos han sido asociadas al origen de comportamientos de riesgo en los adolescentes.

##### **2.1.4.2. Relaciones afectivas y comunicación**

- a. **Afecto/Vínculo afectivo paterno filial.** Las relaciones familiares que están basadas en un fuerte vínculo afectivo entre padres e hijos ayudan a que haya una menor probabilidad en la aparición de problemas de conducta en los mismos.
- b. **Comunicación familiar.** Muchos estudios han demostrado que la comunicación entre padres e hijos es muy importante pero que aun así en casos como el uso de drogas la relación que se establece con sus pares puede llegar a ser influyente.
- c. **Cohesión Familiar.** La mayor participación del adolescente en las decisiones familiares disminuirá la probabilidad de la aparición de conductas de riesgo.
- d. **Conflicto Familiar:** En forma general se puede afirmar que los niños que han crecido en un ambiente con un alto nivel de conflicto tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de conducta en la personalidad así como conductas de riesgo.

##### **2.1.5. La Familia como factor protector**

Las relaciones interpersonales y ambientales de la familia influyen de manera positiva en la resolución de conflictos de los adolescentes, logrando así evitar la aparición de conductas de riesgo.

Los factores protectores disminuyen la probabilidad estadística de una consecuencia negativa para la salud, las conductas protectoras promueven la autoestima, la seguridad y el sentido de auto-eficacia de los adolescentes a través del desarrollo de relaciones intrafamiliares satisfactorias.

Las familias en donde muchas veces encontramos ausencia del padre incluso a veces de la madre por deceso y/o abandono donde hay presencia de numerosos hijos y hasta escaso esparcimiento la presencia de conductas de riesgo se incrementan, incluso encontramos madres solteras adolescentes que quedan a cargo de su familia de origen.

Los modelos familiares pueden sin embargo aumentar el riesgo, cuando los vínculos familiares son débiles; cuando los padres no supervisan, la comunicación es inadecuada o son excesivamente permisivos con su hijos; cuando existen problemas mayores como, alcoholismo o separación parentales, y cuando existe violencia o maltrato intrafamiliar.

#### **2.1.5.1. Factores protectores familiares**

Se consideran a los siguientes:

- Satisfacer las necesidades básicas, como alimentación, afecto, educación, vivienda, vestimenta, transmisión de valores.
- Tener apoyo de los familiares y sentirse amado, aceptado y contenido.
- Establecimiento de límites adecuados y de reglas que regulen el funcionamiento en el hogar.
- Acordar conjuntamente con los hijos adolescentes las sanciones a la trasgresión de las reglas.
- Buena comunicación y capacidad de escucha, evitando juicios de valor y desvalorizaciones.

- Respeto a las diferencias, aceptando las características individuales de cada hijo, evitando comparaciones que los descalifiquen.
- Crear momentos para compartir en familia, que promuevan la confianza, la confidencialidad, el espíritu solidario.
- Mantener coherencia entre las actitudes tanto por parte de los padres como la que se demanda a los hijos.
- Controlar hábitos adictivos por parte de los padres que favorecen conductas negativas de imitación en los hijos.

Los factores protectores familiares más importantes para los adolescentes son, el sentir que son amados y valorados por sus padres y familia, compartir algunos momentos gratos durante el día; ser populares y aceptados por sus amigos, además de estar informados de los efectos negativos de las conductas de riesgo.

## **2.2. Funcionalidad familiar**

### **2.2.1. Definición**

Para Friedemann la funcionalidad familiar está constituida por los procesos familiares saludables que le permiten a cada miembro de la familia tener congruencia personal y controlar la ansiedad, a través de la estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad mediante las estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación; y así lograr la congruencia en la familia, con la cual puedan enfrentar las etapas del ciclo vital, las crisis y el logro de sus objetivos de tal manera que permita la satisfacción de todos sus miembros y garantizar la permanencia del grupo familiar.

La funcionalidad familiar es el resultado del conjunto de características de la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia dentro de la cual encontramos a el adolescente, se evalúa entre otras, a través de: afrontamiento de problemas, actividades y sentimientos familiares y relaciones personales.

La funcionalidad en la familia es un factor muy importante en la conservación de la salud o en la aparición de las conductas de riesgo de sobre todo de sus miembros adolescentes, en ella está la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

La familia de acuerdo a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el principal medio para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.

### **2.2.2. Características**

Según Satir existen características que son indispensables además de ser útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar y se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar la cual puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los Limites que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzano, al reportar que más del 55% de adolescentes que presentaban algún tipo de conductas de riesgo pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar.

### **2.2.3. Dimensiones de la funcionalidad familiar**

Hay una serie de enfoques sobre las dimensiones de la funcionalidad familiar, sin embargo, para el presente trabajo de investigación considero la opinión de Atril y Zetune, quien afirma que sus dimensiones son: <sup>(19)</sup>

### **2.2.3.1. Cohesión familiar**

La cohesión familiar es el vínculo emocional que los miembros de la familia desarrollan entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de la familia para cambiar y adaptarse ante la presencia de cambios importantes. Existen varios conceptos vinculados con la cohesión familiar como son el cariño entre familiares, la implicación familiar, la unión de padres e hijos y el respeto. De la misma manera, la adaptabilidad de la familia va de la mano de un buen manejo de la disciplina, un buen liderazgo, la capacidad de entendimiento entre los miembros de la familia, así como tener claros los roles y las reglas familiares. Es importante mencionar que se deben evitar los extremos, ya que demasiada cohesión y/o adaptabilidad familiar pueden llegar a ser disfuncionales, por lo que se debe aspirar a un nivel adecuado de cohesión y adaptabilidad familiar.

### **2.2.3.2. Armonía familiar**

La armonía familiar es el estado de afecto y buena correspondencia que deberían compartir en todo momento los miembros de una familia empresaria para asegurar la buena marcha del negocio familiar <sup>(13)</sup>. El entendimiento entre los miembros de un hogar, se expresa en un estado de ánimo armónico, dialogante y de entrega; el cual está sustentado en valores y principios de Vida, encaminados a lograr un desarrollo Moral, intelectual, económico y espiritual. La Familia dentro de la sociedad, tiene la responsabilidad Moral de ser "Comunidad de Vida y de Amor" .Sin embargo, , en estos tiempos con frecuencia la Familia no puede cumplir esta meta, porque se ha dejado ganar por la Violencia Familiar, la cual está marcada por una incertidumbre total de desconocimiento de normas de vida y por la lucha dramática entre la cultura de la vida y la cultura de la Muerte, para esto se debe generar un avance de la moral en las familias, a través de los valores de vida que son: la verdad, la justicia, la unidad, la libertad, la paz, la armonía, la vida; valores que sirven como base para formar bien la personalidad de los hijos, en un ambiente de Armonía Familiar.



### **2.2.3.3. Comunicación**

Se refiere al intercambio de información en la familia. La comunicación se clasifica, también, en áreas instrumentales y afectivas, así como la solución de problemas. Se cree que la habilidad de lograr la comunicación en un área da la facilidad de comunicarse en la otra, sin embargo, algunas familias presentan mayor conflicto para tener comunicación relacionada con el área afectiva, pero a la vez realizan una adecuada comunicación instrumental; la situación inversa se ha visto en muy pocas ocasiones. El modelo descrito propone evaluar dos vertientes de la comunicación: el primero está relacionado a la precisión con que el contenido de la información es intercambiado y se presenta como una comunicación clara en contraposición con una confusa; la otra se refiere así el mensaje es dirigido a la persona adecuada o si se desvía hacia otra y se plantea como una comunicación directa versus una indirecta; es así que encontramos cuatro estilos de comunicación al respecto la autora proporciona unos ejemplos <sup>(19)</sup>

- Clara y directa: «estoy enojada contigo porque no me haces caso».
- Clara e indirecta: «los hombres que no me hacen caso me sacan de quicio».
- Confusa y directa: «hoy te ves fatal».
- Confusa e indirecta: «fíjate que ciertos hombres me provocan dolor de cabeza».

### **2.2.4. Familia Funcional**

Un sistema familiar equilibrado y bien estructurado favorece la realización y logro de objetivos de todos sus miembros. Se trata de unidades ligadas que forman un grupo, un todo coherente en el que los distintos elementos que lo componen interactúan, son independientes entre sí y, por lo tanto están articulados, pueden crecer desde el interior y constituyen una

unidad completa. El sistema es similar a un cuerpo cuyo crecimiento hace a cada miembro más fuerte y más adecuado a su finalidad, sin alterar la proporción del conjunto.

Son familias cuyas relaciones e interacciones permiten que su eficacia sea aceptable y armónica.

Para Virginia Satir, la Familia funcional, a la cual ella llama "*nutridota*" se caracteriza por:

- Se escuchan unos a otros, hablando claro.
- Aceptan las diferencias, los desacuerdos y los errores de cada quien, con juicio crítico.
- Aceptan la individualidad fructifica.
- Se promueve la madurez.
- Todos se miran cara a cara cuando hablan.
- Hay armonía en las relaciones.
- Demuestran y manifiestan mucho contacto físico entre unos y otros.
- Se hacen planes juntos y todos disfrutan el compartir juntos.
- Todos son honestos y sinceros entre ellos.

### **2.2.5. Familia Disfuncional**

Decimos que se ha creado una familia disfuncional, es decir una familia ineficiente, problemática, que no funcionará bien, porque no sustenta, no escucha, no incentiva, critica y manipula y por lo tanto: una familia que no realizará sus objetivos.

Según diferentes terapeutas y especialistas en la materia la familia disfuncional se caracteriza por:

- a. Existe una incapacidad para identificar y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros; aunque exista el deseo de encargarse y proteger a los niños, no tiene claro cómo hacerlo en una forma natural y espontánea. Ambos padres o uno de ellos se siente íntimamente presionado a cumplir con su tarea, y tal presión interna se convierte en ansiedad, en desasosiego y exigencias hacia el propio niño para que cumpla su desarrollo de acuerdo a la expectativa de los padres y no de acuerdo al ritmo natural evolutivo propio. Cuando esta presión interna es muy intensa y persistente, los participantes caen en la desesperación que suele convertirse en castigos físicos y/o malos tratos psicológicos que dañan profundamente la mente del niño o joven. Que lo confunden, lo angustian y lo atemorizan. Porque el niño necesita oír a su alrededor voces acogedoras, tiernas y tranquilas.
- b. Generalmente sus miembros son personas psicológicamente rígidas, exigentes, críticas y desalentadoras; que no pueden, no quieren, o no saben reforzar y recompensar cálidamente los logros paulatinos de los niños y premiar sus esfuerzos, cuando este se comporta bien.
- c. Siendo personas rígidas, éstas adoptan gestos, aficiones e intereses que tratan de imponer a toda costa a los demás miembros, mientras asignan cerradamente sus criterios a los demás perdiéndose la comunicación y la expresión natural y personal de cada uno y con ello, anulan su desarrollo como persona.
- d. No saben cómo discutir abierta y naturalmente los problemas que aquejan al grupo familiar y se recurre, entonces al mecanismo de negar u ocultar los problemas graves. Se imponen sutil o abiertamente prohibiciones o tabúes dentro del grupo, se desarrolla una sobreprotección melosa impidiéndole al niño o adolescente aprender de sus propios errores. El sentimiento de fracaso en los padres en relación a su tarea puede llevarlos, a un estado de angustia que suelen mitigar a través de consumo de tranquilizantes, alcohol o

drogas, o a comportamientos adictivos, como son el trabajo excesivo, el comer en exceso, o la actividad sexual promiscua lo que, sólo agrava el problema.

- e. Se produce un desorden y confusión de los roles individuales, llegándose a una real inversión de papeles donde los padres se comportan como niños y éstos recibiendo exigencias de adultos, se ven obligados a confortar a sus inmaduros padres y al no lograr hacerlo, los niños se sienten culpables de los conflictos de los mayores. Perdiéndose así la inocencia, la creatividad, la transparencia de la niñez y se desarrollan actitudes de culpabilidad, fracaso, resentimiento, ridículo, depresión, auto-devaluación e inseguridad ante el mundo social que les rodea.
- f. Cuando un niño crece dentro de una familia disfuncional lo que más siente es el abandono emocional y la privación. Cuando esto sucede, el niño desarrolla una vergüenza tóxica muy arraigada que engendra ira inicial, ya que no hay nadie que lo acompañe y se dé cuenta de su dolor. En estas familias los niños sobreviven acudiendo a todas las defensas de su ego y su energía emocional queda congelada y sin resolver.

Cuando los padres toman conciencia que contaminan sus vidas con arranques de ira, reacciones exageradas, problemas conyugales, adicciones, paternidad inadecuada, miedos y relaciones dolorosas y nocivas, tienen que asumir conscientemente sus propias limitaciones como personas y buscar ayuda en otras personas sanas, ya sean familiares o amigos o terapeutas que tengan condiciones personales para ayudar de manera segura y eficaz.

### **3. RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES**

#### **Aproximación al término**

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele ocultarse y evadirse

ya que impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que vivimos; sin embargo, es importante conocer y reflexionar sobre las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse.<sup>(18)</sup>

Vinoda, nos dice que el suicidio constituye un fenómeno complejo que comprende factores físicos, sociales y psicológicos que se relacionan entre sí; sin embargo, la forma en que el individuo se relaciona con su entorno y cómo afecte este último su personalidad, son causas que determinan que el individuo intente suicidarse o no. (Marco, Benítez y Morera, 2006)

Todos los suicidios y los intentos suicidas están relacionados a una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social, además de otros factores adicionales que revisaremos más adelante.

El suicidio viene a ser el resultado de un acto dirigido contra la propia vida, acto que puede ser una lesión auto producida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de morir es inconsciente, de manera que la víctima -sin reconocerlo- se autodestruye lentamente, lo que ocurre normalmente en personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco.

### **3.1. Definición**

El suicidio es considerado por la OMS (2000) como un trastorno multidimensional, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales

La Real Academia Española (2001) define al suicidio como acción y efecto de suicidarse, tiene un origen latino. Está formada por sui, de sí mismo, y caedêre, matar. Tiene dos acepciones: la primera es acción y efecto de suicidarse, y en una segunda acepción como acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. (Téllez y Forero, 2006)

### **3.1.1. Ideación suicida**

Es la presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse, y que son parte de la conducta suicida. El término implica un rango de gravedad que van desde ideas vagas hasta un plan detallado e intensidad, pues puede conllevar pensamientos infrecuentes en un contexto de «vaga curiosidad» y sin impacto, a otros fácilmente suprimibles y, finalmente, a pensamientos constantes e incontrolables.

### **3.1.2. Riesgo**

Según la OMS es el daño potencial que puede surgir por un proceso presente o un evento futuro; es decir la posibilidad de que un peligro pueda llegar a concretarse.

## **3.2. Clasificación**

Schneiderman clasifica la conducta suicida en cuatro tipos (Villagómez V. Rosa; Valcázar M. Adriana y Paz R. Ramón, 2005)

- a. La conducta suicida impulsiva, que por lo general está presente después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
- b. La sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Ya que, el adolescente considera que sus sentimientos de incapacidad y desamparo nunca desaparecerán.
- c. Una enfermedad grave, ya que puede conducir al individuo a pensar

que “no hay otra salida”.

- d. El intento suicida como medio de comunicación, en donde el joven no desea morir pero, sino más bien desea comunicar algo por medio del suicidio y, así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean. Pudiendo ser además un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

Farberow (1984) menciona que, en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele estar presente el elemento de la comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, ya sea por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio van dirigidas frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

La adolescencia, es una etapa dolorosa en que el joven pasa por cambios difíciles que le suelen producir ansiedad y depresión. Por esto, la tentativa del suicidio es una de las conductas de riesgo más significativas del adolescente. Por el contexto depresivo que la envuelve, la tentativa de suicidio plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis durante la adolescencia. La manipulación de la idea de muerte en el joven suele ser frecuente; sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive como una idea «romántica», y aquél que realmente lo lleva a cabo.

### **3.3. Significados de suicidio de los adolescentes**

El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados, aparte de

los mencionados. Éstos son aplicables a todas las edades de la vida, pero debe advertirse que, en función de la madurez del individuo, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos períodos de la vida.

Beachler describe varios significados posibles:

- a. La huida, que vendría a ser, el intento de escapar de una situación dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.
- b. El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
- c. El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria, ya que el adolescente se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
- d. El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.
- e. La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o provocar la desaprobación de la comunidad.
- f. La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.
- g. El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.
- h. El juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

Kovacs, por su parte, menciona que no puede considerarse la conducta suicida del adolescente como un acto plenamente dirigido por el deseo de



morir; dice que el intento suicida involucra un conflicto interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos. Este dato es importante para las personas que desean ayudar a los adolescentes, pues se sabe que en su interior sí existe un deseo de seguir viviendo.<sup>(20)</sup>

### **3.4. Factores neurobiológicos de riesgo asociados al suicidio**

#### **Adolescente**

El estudio de los factores neurobiológicos de la conducta suicida fue iniciado por ASBERG y colaboradores (1976) al establecer una relación entre la disminución de las concentraciones de la serotonina cerebral con las formas violentas de suicidio. Sus hallazgos abrieron un camino promisorio para entender el comportamiento suicida, en una concepción más amplia, y explorar la posibilidad de poder identificar marcadores biológicos que permitan reconocer en forma precoz las ideas suicidas, disminuir las tasas de suicidalidad y aminorar el impacto social y psicológico que el suicidio provoca en pacientes, familiares, médicos, allegados y en la comunidad.<sup>(21)</sup>

#### **3.4.1. El modelo diátesis-estrés**

Los estudios epidemiológicos señalan que las mayores tasas de suicidio se encuentran en pacientes con un rico historial de impulsividad, agresividad, competitividad e inestabilidad. MANN y colaboradores (1999) proponen un modelo biopsicosocial para comprender la conducta suicida al considerar que este comportamiento es el resultado de la interacción entre los estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis) y no la respuesta lógica a factores estresantes extremos.

Oquendo y colaboradores (2004) proponen el modelo estresor-diátesis para explicar la conducta suicida. En este modelo los estresores (eventos vitales, dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva) son los precipitantes observables del acto suicida. La diátesis o

vulnerabilidad se caracteriza por la tendencia hacia el pesimismo y la desesperanza y la presencia de agresividad o impulsividad. (Téllez y forero, 2001).

En este modelo la conducta suicida sería el resultado de la compleja interacción entre los marcadores clínicos como la impulsividad, el neuroticismo, el pesimismo y la desesperanza, con marcadores neuroquímicos como el aumento en los niveles de norepinefrina y dopamina o la disminución en la actividad del sistema serotoninérgico, interacción que puede ser modificada por otros factores como alteraciones genéticas o neuroendocrinas.

### **3.4.2. Factores bioquímicos del suicidio**

Al parecer no existe una perspectiva puramente sociológica o psicológica que pueda explicar adecuadamente las causas del suicidio. También es probable que estén implicados otros factores. Por ejemplo, en forma consistente con la evidencia fuerte de que los neurotransmisores químicos están asociados con la depresión y la manía, hay evidencias que muestran también que la depresión está relacionada con la bioquímica. Se ha encontrado que el fluido espinal de algunos pacientes deprimidos contiene cantidades anormalmente bajas de 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético), el cual es producido cuando la serotonina, un neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y las emociones se desintegra en el cuerpo. Más aún. Existe alguna evidencia de que los receptores de serotonina en el tallo cerebral y en la corteza frontal pueden estar deteriorados. A esto se le conoce como “trastorno bipolar”.<sup>(21)</sup>

### **3.4.3. Marcadores neuroquímicos implicados**

#### **3.4.3.1. Sistema serotoninérgico**

La serotonina, conocida como el neurotransmisor de los impulsos, es la responsable de inhibir la impulsividad y es el modulador de varios procesos de la conducta y de la vida de relación en los seres humanos. El

aumento del tono serotoninérgico se relaciona con comportamientos como la pasividad y la letargia, que son frecuentes en los cuadros depresivos. Por el contrario una disminución se asocia con conductas como la irritabilidad y la impulsividad que están presentes en individuos insatisfechos, irritables, impulsivos y buscadores de sensaciones. Algunos estudios han demostrado que la impulsividad estaría relacionada con la aparición del comportamiento suicida más no con el grado de letalidad del mismo.

#### **3.4.3.2. Sistema noradrenérgico**

La norepinefrina cumple un papel importante en los procesos de estado de alerta y vigilia, en los sistemas de recompensa y en la activación de los sistemas de estrés. Un aumento en la concentración de norepinefrina incrementa los niveles del comportamiento agresivo.

#### **3.4.3.3. Sistema dopaminérgico**

La dopamina es el neurotransmisor de la motivación, la concentración y la apetencia. Su disminución produce desinterés general, apatía, desmotivación, insatisfacción de la necesidad interna, déficit de atención y depresión inhibida, produciendo cuadros de depresión inhibida o de melancolía. <sup>(21)</sup> Sin embargo, algunas investigaciones relacionan las conductas agresivas con altos niveles de dopamina.

#### **3.4.4. Marcadores Genéticos**

Estudios realizados en familias han demostrado que la transmisión genética tiene un rol muy importante en la neurobiología de la conducta suicida, independientemente de los factores de herencia relacionados con las diferentes enfermedades mentales. <sup>(21)</sup>

Estudios realizados con gemelos y de adopción han demostrado que la vulnerabilidad al suicidio se relaciona con un componente genético, que los gemelos monocigóticos tienen mayor grado de concordancia para

suicidio que los dicigóticos.

### **3.5. Factores culturales de riesgo asociados al suicidio adolescente.**

#### **3.5.1. Patrones familiares.**

Los patrones familiares dañinos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los adolescentes, desde ese momento hacia adelante, especialmente si no se pudo superar el trauma. Entre estos acontecimientos negativos y perturbadores presentes en los niños y adolescentes suicidas tenemos:

- Psicopatología de los padres con presencia de trastornos psiquiátricos especialmente en el ámbito afectivo.
- Abuso de alcohol y sustancias psicoactivas o comportamiento antisocial en la familia.
- Antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio.
- Familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales).
- Descuido por parte de los padres o cuidadores con escasa comunicación dentro de la familia.
- Peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones.
- Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores.
- Mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes.
- Expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores, hacia los hijos.
- Padres o cuidadores muy autoritarios.
- Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de

aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido.

- Rigidez familiar.
- Familias adoptivas o afines.<sup>(21)</sup>

### **3.5.2. Eventos vitales**

De acuerdo a los resultados del estudio de la Pontificia Universidad Javeriana (1996) los autores agruparon las razones y motivos que los estudiantes consideraron como motivos del intento de suicidio en tres subgrupos: familia, mundo interno y problemas. En relación a la familia los estudiantes argumentaron rechazo, incomprensión, estrés, apatía, individualismo, malas relaciones, falta de hogar, falta de principios y valores y presión. En cuanto al mundo interno: razones que tenían que ver con el proyecto de vida, la tolerancia a la frustración, estrés, conflictos y presiones, auto concepto y autoestima y sentido de la vida; y relacionados con el tema de problemas: problemas sin solución, problemas académicos y simultaneidad de problemas.<sup>(21)</sup>

### **3.5.3. Rasgos de la personalidad**

Algunos de estos rasgos de la personalidad se observan en forma frecuente durante la adolescencia aunque su utilidad para predecir el suicidio es limitada.<sup>(21)</sup>

- Cambios de humor, enojo o agresividad.
- Comportamiento antisocial.
- Conductas irreales, representación de fantasías.
- Alta impulsividad.
- Irritabilidad.

- Rigidez de pensamiento y de cumplir con patrones.
- Escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades.
- Bajo nivel de tolerancia a la frustración.
- Ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones.
- Sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones abiertas de superioridad.
- Comportamiento provocador o de rechazo hacia los compañeros y adultos incluyendo a los padres.
- Incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual.

#### **3.5.4. Conducta protectora de riesgo suicida**

Es necesario que tanto los padres de familia, la comunidad académica, el grupo de amigos y profesionales de la salud mental y pública participen en las estrategias para evaluar el manejo de las pérdidas, reconocer las estructuras de personalidad y advertir la predisposición al suicidio en los adolescentes.

Algunos de los factores protectores del suicidio son los siguientes:

- Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos de sus pares en la escuela y la comunidad de forma positiva.
- Tener confianza en sí mismo, a través de una educación que destaque sus éxitos, aprendiendo experiencias positivas de los fracasos, no ser humillados ni crearles sentimientos de inseguridad.
- Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias

ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.

- Tener capacidad de autocontrol sobre su propio destino.
- Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, buen estado de ánimo y de los niveles de actividad.
- A ser perseverante cuando la ocasión lo amerite y a renunciar cuando sea necesario.
- Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
- Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- Saber buscar ayuda en momentos difíciles, acercándose a los padres u otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
- Saber pedir consejos ante decisiones importantes y saber elegir la persona más adecuada para que los brinde.
- Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
- Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
- Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
- Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya, por lo que son y como son.
- Lograr una auténtica identidad cultural.

- Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
- Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
- Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
- Desarrollar una variedad de intereses fuera del hogar que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.
- Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

A estos factores habría que añadir la capacidad para hacer utilización de las fuentes que brindan la salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc. Se debe informar a los adolescentes para el aprovechamiento de las fuentes de salud mental existentes en la comunidad, a hacer uso de ellas, qué beneficios le puedan brindar, y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas.

### **3.6. Suicidio y Salud Mental**

#### **3.6.1. Impulsividad y suicidio**

Se le considera como una predisposición a actuar en forma inmediata, una reacción no planeada a estímulos internos (tensión) o externos, sin pensar en las consecuencias de los actos para los otros y para sí mismo.<sup>(21)</sup>

La impulsividad constituye un factor que desinhibe el comportamiento y da origen a conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas, por lo cual se le asocia con intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas, que



no son valorados adecuadamente por los clínicos para identificar el riesgo de un nuevo intento de suicidio, que suele presentarse en fechas posteriores, con consecuencias fatales. La impulsividad incrementa el riesgo de suicidio cuando está asociada con depresión o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas. Los individuos que intentaron suicidarse en forma impulsiva en relación con los que lo hicieron premeditadamente tienen menos posibilidades de morir al momento de realizar el acto suicida y utilizan métodos más violentos que desafortunadamente originan secuelas físicas severas.<sup>(21)</sup>

### **3.6.2. Impulsividad, pesimismo y suicidio**

Desde el punto de vista neurobiológico la alteración serotoninérgica, sería la principal evidencia de este trastorno, sin dejar de lado, la importancia de los factores psicosociales en la formación de la conducta suicida.

Las personas pesimistas, en relación a los no pesimistas, frente a un estímulo estresor presentan mayor sentimiento de desesperanza, más síntomas depresivos y encuentran cada vez menos razones para vivir que se acompañan de ideas suicidas cada vez más frecuentes e intensas.

### **3.6.3. Desesperanza**

Viene a ser la necesidad de escapar de alguna situación que le genera dolor, sumado a la percepción de no poder encontrar salida a esa situación considerando a la muerte como única salida. Es un sentimiento de pérdida que marca el estado de ánimo ante la percepción de no tener la posibilidad de alcanzar lo deseado; es fuente de desánimo acompañada de intenso agotamiento

La persona experimenta una sensación de vacío con incapacidad de sobreponerse, condiciones que van de la mano con el sentimiento de que no merece vivir, lo que acerca al paciente al suicidio.<sup>(21)</sup>

#### 4. ROL DE LA ENFERMERA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud de los adolescentes y jóvenes es un tema que despierta gran interés en todo el mundo, al tratar de comprender las características de esta edad para la salud pública y también por las condiciones cambiantes de la sociedad que, añadidas a la modificación de las conductas de estos grupos, han generado nuevos riesgos para la salud de ellos.

Aunque la adolescencia sea considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, sin embargo, desde el punto de vista de los cuidados de la salud, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

A pesar de la carga asistencial y las dificultades para hablar sobre ciertos temas con los adolescentes, la Enfermera como miembro del equipo multidisciplinario debe vigilar y liderar el cumplimiento de los Programas de Atención Integral de los Adolescentes abordando sus problemas de salud desde una perspectiva holística en sus dimensiones biopsicosocial para prevenir la aparición de conductas de riesgo a través de:

- Acciones preventivas otorgando la información y asesoramiento a los adolescentes para que estos puedan elegir actividades alternativas a sus necesidades sexuales y afectivas.
- Aconsejar en la “percepción del riesgo” y fomentar actitudes positivas que potencien hábitos y vivencias afectivas responsables, y saludables.

Para el abordaje del problema de las conductas de riesgo la enfermera debe tener presente el contexto en que se desarrollan las mismas.

Por consiguiente la labor de la enfermera se centrara en la prevención y esta debe ser trabajada en sus tres fases:

**Prevención primaria.-** son las acciones que se realizan antes que

aparezcan las conductas de riesgo, se procura actuar sobre los factores de riesgo que favorezcan u originan la aparición del problema; analizando las causas de las conductas de riesgo, una vez analizadas y conscientes de que hay factores difíciles de modificar (estado socioeconómico), propondremos una actuación dirigida a implementar los programas de educación en salud mental ,en coordinación con los puestos o centros de salud más cercanos e instituciones educativas.

**Prevención secundaria.**- Dirigida a detectar a los adolescentes en riesgo de practicar conductas que puedan dañar su salud y pongan en peligro su vida. A través de la detección precoz mediante las visitas en los centros de salud para su atención o visitas domiciliarias.

**Prevención Terciaria:** Dirigida a los adolescentes que se encuentran inmersos en la práctica de conductas de riesgo para tratar de recuperarlo, rehabilitarlo y reintegrarlo a la sociedad.

## **4.2. Teoría de Enfermería**

### **Modelo de la Relaciones Interpersonales de Hildergard Peplau**

Nació en 1909, en Pensilvania. Colaboró en el desarrollo del campo de la enfermería psiquiátrica dado su perfil profesional y formativo. Su fuente teórica la centró en la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales.

Para Peplau la enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad. Define salud como palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria La relación interpersonal entre

enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes entornos: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades. Caracterizar el modelo, la forma de actuación de la enfermería para alcanzar los objetivos anteriores. Se trata de actuar en lugar de la persona o paciente, actuar orientándole, actuar manteniendo y mejorando su estado físico y psíquico, actuar mediante la instrucción, etc. En este modelo las acciones son realizadas tanto por el paciente como por la enfermera a través de la interrelación personal. La dinámica que hace progresar la actividad es la capacidad de los sujetos (tanto enfermera como paciente) para poder establecer relaciones interpersonales aprender y desarrollarse. En la relación enfermera y paciente describe cuatro fases:

**Orientación:** En esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.

**Identificación:** El paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarlo. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades.

**Explotación:** El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.

**Resolución:** Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a.

En la relación de enfermería con el paciente, Peplau llega a describir seis funciones diferentes a desarrollar:

- a. **Papel del extraño:** El enfermero es, en primera instancia, para el paciente, un extraño. Es necesario establecer con el paciente una relación aceptándolo tal y como es, sin juicios de valor sobre su persona. En esta fase la relación enfermero – paciente no está aún

personalizada, y se correspondería con la identificación.

- b. **Papel de persona-recurso:** La enfermera da respuestas específicas a las preguntas del paciente en lo relativo a su salud, es muy importante que estas se den de acuerdo con la personalidad y capacidades intelectuales del paciente.
- c. **Papel docente:** La autora habla de dos categorías de enseñanza a los enfermos: enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza experiencial basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia).
- d. **Papel conductor:** El profesional de enfermería ayuda al paciente enfermo a través de una relación de cooperación y de participación activa.
- e. **Papel de sustituto:** El profesional de enfermería desarrolla un papel de sustituto de alguien. Posteriormente es necesario ayudarlo a diferenciar, puesto que hay que establecer los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero- paciente.
- f. **Papel de consejero:** es el papel que Peplau le da mayor importancia en la enfermería psiquiátrica. El consejo funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida.

Según las cuatro fases o etapas que nos muestra Hildergard Peplau en la relación enfermera paciente en la presente investigación las etapas de orientación e identificación en las cuales los adolescentes realizaron el llenado de entrevistas y de cuestionarios para poder identificar el funcionamiento familiar y riesgo de ideación suicida, pudimos vivenciar el

rol de extraño y persona recurso que cumple la enfermera al establecer el primer contacto con el paciente y poder entender la importancia de que como nos describe Peplau debemos aceptar al adolescente tal y como es sin prejuicios hablándole o tratándole de acuerdo a su personalidad o idiosincrasia para poder así lograr su confianza y poder así trabajar dentro de las seis funciones que nos describe Peplau en su teoría de las relaciones interpersonales ;en cuanto a las etapas de explotación y resolución será aplicada en coordinación con por el personal de salud de la zona respectiva haciéndoles entrega del resultado del presente trabajo de investigación donde se reforzara las funciones de que nos describe Peplau , resaltando el de consejero donde podremos responder a las necesidades identificadas en los adolescentes.

## **C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

### **1. VARIABLE A**

Funcionalidad Familiar.

### **2. VARIABLE B**

Riesgo de ideación suicida.

## **D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

### **1. FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Condiciones del entorno familiar armónico como resultado de la interacción con el adolescente que favorece su desarrollo y la resolución positiva de conflictos reduciendo los efectos de circunstancias desfavorables, que abarca las siguientes dimensiones: Afrontamiento de problemas, actividades y sentimientos familiares y relaciones familiares

- F. Protectora 89 - 130 Puntos.
- F. indiferente 45 - 88 Puntos.
- F. de Riesgo < 44 Puntos.

## **2. RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA**

Presencia de pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida sobre la forma de morir por no tener deseos de seguir viviendo fundamentado en: razones propias, razones precipitantes y creencias y que permite detectar a los adolescentes que necesitan de atención de salud mental, evaluado en una escala nominal dicotómica SI y NO en los siguientes parámetros:

- Riesgo Total: Respuestas todas positivas.
- Riesgo Parcial: Mas de dos respuestas positivas.
- Riesgo Inexistente: Respuestas todas negativas.

## **E. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1. ALCANCES**

- Los resultados de la presente investigación podrán ser generalizados a poblaciones cuyas características sean similares a la población en estudio.
- Sirva para la realización de estudios posteriores.

### **2. LIMITACIONES**

Ninguna.

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

##### **A. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

De acuerdo al problema, los objetivos y la hipótesis planteada, el presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo con diseño correlacional y de corte transversal.

##### **PROCEDIMIENTO**

1. Se presentó y se obtuvo la aprobación del proyecto de investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa.
2. Se determinó como área de estudio para la presente investigación a la



Institución José Santos Atahualpa Arequipa 2018.

3. Se aplicó la prueba piloto luego de presentado el documento de autorización correspondiente al 10% de las unidades de estudio en la institución educativa Santo Tomas de Aquino, por tener características similares.
4. Se aplicó el Consentimiento Informado a la población en estudio.
5. Se aplicó los instrumentos en los diferentes años de estudio de la institución educativa, de lunes a viernes en el trimestre de octubre a diciembre del año 2018, en turno de mañana y de acuerdo a la disponibilidad de tiempo.
6. El procesamiento y análisis de datos estadísticos a través de la hoja de cálculo Excel 2010 y se utilizó el programa estadístico SPSS 22.
7. Los resultados se presentan en tablas, para el análisis de los resultados se utilizó el estadístico no paramétrico de Chi cuadrado.

## **B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

El presente estudio se realizó en la Institución Educativa N° 40106 del distrito de Cerro Colorado, fundada el 01 de abril de 1981, mediante la Resolución Directoral N° 0073-81. La Institución Educativa se encuentra ubicado en el pueblo joven José Santos Atahualpa, ubicado en la avenida José Santos Atahualpa s/n. Urbanización Mariscal Castilla – Cerro Colorado, funciona en un solo turno, el de mañana.

La Institución Educativa está conformada en la actualidad por el Sr. Director, una docente en el nivel inicial, 13 profesores en el nivel primario y 15 profesores en el nivel secundario, un Personal Auxiliar, un Personal Administrativo y un Personal de Servicio. La infraestructura de la Institución Educativa está conformada por 2 pisos, cuenta con 24 aulas,

patio de honor, graderías, sala de cómputo, secretaria y dirección, servicios higiénicos para cada grado, vereda alrededor del colegio.

### **C. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población objetivo estuvo constituida por 59 estudiantes, 24 de tercero, 20 de cuarto y 15 de quinto año de secundaria que estudian en el turno de mañana, I.E. José Santos Atahualpa del distrito de Cerro Colorado.

#### **1. Criterios de inclusión**

- Adolescentes a partir de los 14 a 18 años.
- Adolescentes de ambos sexos.

#### **2. Criterios de exclusión**

Adolescentes que no tengan asistencia regular a clases.

### **D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En el presente estudio se utilizó el método de la encuesta, como técnicas la entrevista individual y el cuestionario, como instrumentos tres formularios para la recolección de datos de las variables en estudio.

#### **ENTREVISTA N° 1: (Anexo 02)**

Una guía de entrevista estructurada que consta de dos partes:

##### **Datos Generales**

Edad, sexo, año de estudio, lugar donde vive.

### **Datos Específicos de el/la adolescente**

Con indicadores acerca de las características familiares: persona con la que vive, grado de instrucción, tienen sus padres o apoderados.

### **CUESTIONARIO N° 2: (Anexo 03)**

Un cuestionario para evaluar la Funcionabilidad Familiar como Factor protector de conductas de riesgo para el adolescente (*Escala de MAG Colombia 2002*) como factor protector individual de conductas de riesgo en los adolescentes con 27 ítems y se valora en las siguientes dimensiones:

#### **Afrontamiento de problemas en la familia**

Condiciones del entorno familiar en la que surgen diversas situaciones de dificultad que las familias deben resolver de la forma más saludable para no causar malestar entre sus integrantes, valorado en Escala de Likert en los siguientes niveles:

- F. Protectora 17 - 25 Puntos.
- F. indiferente 09 - 16 Puntos.
- F. de Riesgo < 08 Puntos.

#### **Actividades y Sentimientos Familiares**

Condiciones del entorno familiar en la que interactúan sus miembros en las diferentes actividades mostrando afectos como respuesta física y emocional de la forma en que piensan y reaccionan ante los eventos de la vida diaria valorado en Escala de Likert en los siguiente niveles:

- F. Protectora 44 - 65 Puntos.
- F. indiferente 22 - 43 Puntos.
- F. de Riesgo < 21 Puntos.

## **Relaciones personales**

Condición del entorno familiar en la que sus integrantes comparten diferentes valores mostrando confianza plena para expresar los que desean o sienten dentro de la familia con comunicación abierta y fluida, valorada en Escala de Likert en los siguientes niveles:

- F. Protectora 35 - 50 Puntos.
- F. indiferente 18 - 34 Puntos.
- F. de Riesgo < 17 Puntos.

Considerando que:

### **- Familia Protectora**

Condiciones del entorno familiar armónico resultado de la interacción con el adolescente que favorecen su desarrollo y la resolución positiva de conflictos.

### **- Familia indiferente**

Condiciones del entorno familiar deficientes, resultado de la interacción con el adolescente que favorecen parcialmente su desarrollo y la resolución de conflictos.

### **- Familia de riesgo**

Condiciones del entorno familiar conflictivas resultado de la interacción con el adolescente que desfavorece su desarrollo y la resolución positiva de conflictos

Teniendo como puntuación global:

- Familia protectora 89 -130 puntos.
- Familia indiferente 45 - 88 puntos.
- Familia de riesgo < 44 puntos.

### **CUESTIONARIO Nº 3: (Anexo 04)**

Un cuestionario (Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente de Vinicio y Campos Costa Rica 2009) IRSA para evaluar el riesgo de ideación suicida en los adolescentes con 28 ítems y se evalúa en las siguientes dimensiones:

- **Razones propias**

Son aquellas ideas, pensamientos, sentimientos y/o acciones de auto agredirse que tuvieron los adolescentes en algún momento de su vida.

- **Razones precipitantes**

Son aquellas situaciones estresantes que van a volver a los adolescentes vulnerables ante la posibilidad de auto agredirse.

- **Creencias**

Son aquellos pensamientos o suposiciones acerca de la muerte que embarga a los adolescentes.

Considerando que:

**Riesgo Total.-** Presencia de pensamientos, acciones, suposiciones y situaciones que ponen en riesgo de suicidio a los adolescentes.

**Riesgo Parcial.-** Presencia de pensamientos, acciones, suposiciones y situaciones que ponen en riesgo de suicidio a los adolescentes.

**Riesgo Inexistente.-** Ausencia de pensamientos, acciones, suposiciones y situaciones que ponen en riesgo de suicidio a los adolescentes.

Evaluado en escala nominal dicotómica SI y No en los siguientes parámetros:

- Riesgo Total: Respuestas todas positivas.
- Riesgo Parcial: Mas de dos respuestas positivas.
- Riesgo Inexistente: Respuestas todas negativas.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados de la investigación, los datos obtenidos se presentan en cuadros ordenados en la siguiente forma:

- Información General y Específica: tabla: 01.
- Información Específica: tablas del 02 al 9.
- Comprobación de hipótesis: tabla 10.

**TABLA N° 01**

**CARACTERÍSTICAS GENERALES Y ESPECÍFICAS DE LOS  
ADOLESCENTES, I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA.  
AREQUIPA – 2018**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	100.0
<b>SEXO</b>		
Mujer	31	52.54
Varón	28	47.46
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	100
<b>EDAD</b>		
14 a 15 años	23	38.98
16 a 17 años	26	44.07
18 años a mas	10	16.95
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	100
<b>AÑO DE ESTUDIO</b>		
Tercero	24	40.69
Cuarto	20	33.89
Quinto	15	25.42
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	100.0
<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>		
Arequipa	31	52.54
Puno	13	22.03
Cuzco	10	16.95
Otro	5	8.48
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	100.0

<b>DISTRITO DONDE VIVE</b>		
Cerro Colorado	40	67.80
Yanahuara	8	13.56
Sachaca	4	6.78
Uchumayo	7	11.86
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>
<b>PERSONA CON QUIEN VIVE</b>		
La madre	12	20.34
Padre y madre	35	59.32
Padre	2	3.39
Abuelos	2	3.39
Otros adultos	8	13.56
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN DE TU MADRE</b>		
Sin instrucción	2	3.39
Primaria	12	20.34
Secundaria	32	54.23
Superior Técnica	8	13.56
Superior Universitaria	5	8.48
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN DE TU PADRE</b>		
Sin instrucción	1	1.69
Primaria	8	13.56
Secundaria	30	50.85
Superior Técnica	14	23.73
Superior Universitaria	6	10.17
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>



La población de estudio estuvo constituida por 59 adolescentes encuestados, predominando el sexo femenino con 52.54%, de los cuales el 44.07% pertenecen a la edad de 16 a 17 años. Además observamos que el 40.69% pertenecen al tercer año de secundaria. Además observamos que el 52.54% proceden de la ciudad de Arequipa; el 67.80% viven en el distrito de Cerro Colorado. En cuanto a las personas con quien viven el adolescente encontramos que el 59.32% vive con ambos padres. En relación al grado de instrucción de la madre se encontró que el 54.23% tenían secundaria. En cuanto al grado de instrucción del padre se encontró que el 50.85% tenían secundaria

**TABLA N° 02**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR DIMENSIÓN: PROBLEMAS EN LA  
FAMILIA ADOLESCENTES I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA  
AREQUIPA – 2018**

<b>PROBLEMAS EN LA FAMILIA</b>	<b>TOTAL</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>
F. Protectora	14	23.7
F. Indiferente	26	44.8
F. en Riesgo	19	32.2

En el cuadro se observa que la variable funcionalidad familiar, dimensión problemas en la familia, el mayor porcentaje de adolescentes con el 44.8% perciben una familia indiferente seguido del nivel en riesgo con el 32,2% y solo el 23,7% perciben vivir en una familia protectora.

**TABLA N° 03**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR DIMENSIÓN ACTIVIDADES Y SENTIMIENTOS FAMILIARES ADOLESCENTES I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018**

<b>ACTIVIDADES Y SENTIMIENTOS FAMILIARES</b>	<b>TOTAL</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>
F. Protectora	15	25.4
F. Indiferente	24	40.7
F. en Riesgo	20	33.9

De los resultados respecto de la variable funcionalidad familiar, dimensión actividades y sentimientos familiares, el mayor porcentaje de adolescentes con el 40,7% perciben una familia indiferente seguido del nivel en riesgo con el 33,9% y solo el 25,4% perciben vivir en una familia protectora.

**TABLA N° 04**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR DIMENSIÓN RELACIONES  
PERSONALES FAMILIARES ADOLESCENTES I.E. JOSÉ  
SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018**

<b>RELACIONES PERSONALES</b>	<b>TOTAL</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>
F. Protectora	14	23.7
F. Indiferente	24	40.7
F. en Riesgo	21	35.6

De los resultados respecto de la variable funcionalidad familiar, dimensión relaciones personales, el mayor porcentaje de adolescentes con el 40,7% perciben una familia indiferente seguido del nivel en riesgo con el 35.6% y solo el 23,7% perciben vivir en una familia protectora.

**TABLA N° 05**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR GLOBAL ADOLESCENTES I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	TOTAL	
	Nº	%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>
F. Protectora	14	23.7
F. Indiferente	25	42.4
F. en Riesgo	20	33.9

De los resultados de la variable funcionalidad familiar es posible señalar que, el mayor porcentaje de adolescentes con el 42,4% perciben una familia indiferente seguida del nivel en riesgo con el 33,9% y solo el 23,7% perciben vivir en una familia protectora, lo que invita a reflexión.

**TABLA N° 06**

**ADOLESCENTES POR RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA DIMENSIÓN  
RAZONES PROPIAS I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA  
AREQUIPA – 2018**

<b>RAZONES PROPIAS</b>	<b>TOTAL</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>
<b>INEXISTENTE</b>	15	25.4
<b>PARCIAL</b>	27	45.7
<b>TOTAL</b>	17	28.8

De los resultados se puede inferir que de la variable riesgo de ideación suicida dimensión razones propias, el mayor porcentaje de la población de adolescentes en estudio con el 45.7% presentan parcial nivel de riesgo de ideación suicida seguido del nivel la total con el 28.8% y solo el 25.4% no presentan riesgo.

**TABLA N° 07**

**ADOLESCENTES POR RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA DIMENSIÓN  
RAZONES PRECIPITANTES I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA  
AREQUIPA – 2018**

<b>RAZONES PRECIPITANTES</b>	<b>TOTAL</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>
<b>INEXISTENTE</b>	16	27.1
<b>PARCIAL</b>	22	37.3
<b>TOTAL</b>	21	35.3

De los resultados se puede inferir que de la variable riesgo de ideación suicida dimensión razones precipitantes, el mayor porcentaje de la población de adolescentes en estudio con el 37.3% presentan parcial nivel de riesgo de ideación suicida seguido del nivel la total con el 35.3% y solo el 27,1% no presentan riesgo.

**TABLA N° 08**

**ADOLESCENTES POR RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA DIMENSIÓN  
CREENCIAS I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018**

<b>CREENCIAS</b>	<b>TOTAL</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100.0</b>
<b>INEXISTENTE</b>	18	30.5
<b>PARCIAL</b>	23	39,0
<b>TOTAL</b>	18	30.5

De los resultados se puede inferir que de la variable riesgo de ideación suicida dimensión creencias, el mayor porcentaje de la población de adolescentes en estudio con el 39,0% presentan parcial nivel de riesgo de ideación suicida seguido del total con el 30.5% y otro igual porcentaje 30.5%, no presentan riesgo.



**TABLA N° 09**

**ADOLESCENTES POR RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA GLOBAL I.E.  
JOSÉ SANTOS ATAHUALPA AREQUIPA – 2018**

<b>IDEACIÓN SUICIDA</b>	<b>TOTAL</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>
<b>INEXISTENTE</b>	16	27,1
<b>PARCIAL</b>	24	40,7
<b>TOTAL</b>	19	32,2

De los resultados se puede inferir que de la variable riesgo de ideación suicida, el mayor porcentaje de la población de adolescentes en estudio con el 40,7% presentan parcial nivel de riesgo de ideación suicida seguido del nivel total, con el 32,2% y solo el 27,1% no presentan riesgo, lo que invita a reflexión.

**TABLA N° 10**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA, ADOLESCENTES I.E. JOSÉ SANTOS  
ATAHUALPA AREQUIPA – 2018**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	TOTAL		RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA					
			Inexistente		Parcial		Total	
TOTAL	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	59	100,0	16	27,1	24	40,7	19	32,2
Familia Protectora	14	23,7	14	23,7	00	0,0	00	0,0
Familia Indiferente	25	42,4	02	3,4	23	39,0	00	0,0
Familia en Riesgo	20	33,9	00	0,0	01	1,7	19	32,2

gL(4)  $\chi^2$ : 101,4<sup>a</sup> > 9.5 (p < 0.05) p = 0.001

De los resultados se observa que el 42,4% de los adolescentes perciben vivir en una familia indiferente, de los cuales el 39,0% presentan parcial nivel de riesgo de ideación suicida, la tendencia es a la familia en riesgo.

Con la aplicación del estadístico no paramétrico del  $\chi^2$ : con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró un alto nivel de significancia estadística ( $p = 0.001$ ), por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables funcionalidad familiar con el riesgo de ideación suicida.

## B. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar con el riesgo de ideación suicida en los adolescentes de la I.E José Santos Atahualpa Arequipa 2018, es una investigación de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional.

En esta investigación en relación a la población estuvo conformada por 59 adolescentes de la I.E. José Santos Atahualpa de Arequipa, cuyas características generales son: predominio del sexo femenino con el 52.54% , en edades de 16 a 17 años el 44.07% en el cuarto año de secundaria el 40.69%, procedentes de Arequipa el 52.54%, viven el distrito de Cerro Colorado el 67.68%, viven con padre y madre el 59.32%, grado de instrucción de la madre secundaria el 54.23% y del padre 50.85% secundaria.

De la variable funcionalidad familiar en la que se desenvuelven los adolescentes en las dimensiones: problemas en la familia el 44.8%; actividades y sentimientos familiares el 40,7%, y relaciones personales el 40,7%, y a nivel global, el mayor porcentaje de adolescentes con el 42,4% perciben una familia indiferente seguido del nivel en riesgo con el 33,9% y solo el 23,7% perciben vivir en una familia protectora.

Al respecto, es preciso señalar que los resultados encontrados son similares a los encontrados por Osorio, <sup>(12)</sup> cuyos resultados muestran que la mayoría de estudiantes con el 26.1% percibieron un funcionamiento no adecuado, además existía un alto porcentaje 42.3%, de familia caóticas – disgregadas, separadas 27.3%, teniendo como característica de liderazgo el estilo positivo y agresivo, siendo familias no protectoras.

Así, es preciso señalar que Funcionalidad familiar en la viven los adolescentes constituye un problema social y de salud de considerable magnitud, que últimamente se ha expandido ampliamente en nuestro país y que deja un impacto negativo en la vida de los adolescentes, dado que

la funcionalidad familiar es la interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia pudiendo ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares “adaptabilidad”.

En relación a la variable riesgo de ideación suicida, el mayor porcentaje de la población de adolescentes en estudio con el 45.7% presentan parcial nivel de riesgo de ideación suicida seguido del nivel total, con el 28.8% y solo el 25.4% no presentan riesgo.

En comparación al estudio realizado por Forero I. cuyos resultados también nos muestran que el 30% refieren un alto nivel de ideación suicida, pero a la vez se encontró un 67% con buen funcionamiento familiar y hasta un 84% con bajo riesgo de consumo de alcohol, si es importante resaltar que se identificó una asociación entre la Ideación suicida y el tipo de funcionalidad familiar grave.

Referente a ello, es preciso señalar que se debe prestar gran atención a las ideas suicidas en los adolescentes, basándose en la importancia del conocimiento e indagación de las causas, efectos y variables que se ponen en juego ante tal fenómeno, ya que estas ideas se caracterizan por la aparición de pensamientos cuyo contenido se basa en terminar con su propia vida; pensamientos que varían desde la falta de valoración de la vida, deseo de terminar con su existencia, fantasías en torno a la muerte, y la planificación del acto suicida propiamente dicho.

Se trata de un fenómeno multi determinado y complejo, en el que intervienen factores físicos, psíquicos, sociales y culturales, la idea del suicidio es la representación mental del acto que se caracteriza por una fuerte angustia y una progresiva auto marginación social.

Dado que, existe relación entre la variable de funcionalidad familiar con el riesgo de ideación suicida en los adolescentes, es que resulta de gran importancia que la enfermera conozca el nivel de funcionalidad familiar en el que se desarrollan los adolescentes y las causas que originan las ideas

suicidas en los adolescentes.

Estos resultados se reafirman con la aplicación del estadístico no paramétrico del Ji cuadrado, con él se encontró alta significancia (0.001), demostrándose que la funcionalidad familiar se relaciona con el riesgo de ideación suicida.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

**PRIMERA:** La población en estudio estuvo conformada por 59 adolescentes de la I.E. José Santos Atahualpa de Arequipa, cuyas características generales son: predominio del sexo femenino, en edades de 16 a 17 años, en cuarto año de secundaria, procedentes de Arequipa, viven el distrito de Cerro Colorado con padre y madre cuyo grado de instrucción es la secundaria.

**SEGUNDA:** Respecto de la variable Funcionalidad familiar en la que se desenvuelven los adolescentes en las dimensiones: problemas en la familia, actividades y sentimientos

familiares, relaciones personales y a nivel global, el mayor porcentaje de adolescentes percibe una familia indiferente seguido del nivel en riesgo y solo una minoría, percibe vivir en una familia protectora.

**TERCERA:** Con referencia a la variable de ideación suicida en sus dimensiones: factores propios, precipitantes y creencias y a nivel global el mayor porcentaje de adolescentes manifiesta un riesgo parcial seguido del total y una minoría con riesgo inexistente.

**CUARTA:** Del análisis estadístico con la aplicación del estadístico no paramétrico del  $\chi^2$ : se encontró relación entre las variables funcionalidad familiar con el riesgo de ideación suicida.

## **B. RECOMENDACIONES**

1. La enfermera como integrante del equipo de salud debe coordinar el fortalecimiento de las estrategias preventivas promocionales extramuros, con las familias para en coordinación con las instituciones educativa fortalecer la funcionalidad familiar en la que viven los adolescentes como un factor protector de conductas de riesgo.
2. La enfermera a nivel del paquete de adolescente que abarca el CRED debe fomentar la práctica de actividades lúdicas, recreativas saludables (Deporte) que fortalezcan el bienestar y desarrollo de la salud mental positiva en los adolescentes en prevención del riesgo de ideación suicida.
3. Realizar estudios multidisciplinarios de seguimiento a los adolescentes escolarizados que permitan identificar la calidad de vida relacionada a la salud y plantear estrategias para superar las que no son favorables.



4. La enfermera en coordinación con otras instituciones de salud, municipios y otras entidades debe estimular o fomentar la creación de los clubes del adolescente que le permita al mismo no solo recibir la atención primaria de salud de acuerdo a su paquete de atención sino además acceder a una atención especializada orientada a prevenir la aparición de conductas de riesgo.
5. Los resultados obtenidos se harán llegar tanto al centro de salud de la jurisdicción como al centro educativo para que en coordinación se realice el seguimiento respectivo y poder prevenir conductas de riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1995)** "Salud del Adolescente". OPS/OMS Washington.

**MINSA (2004)** "Programa Nacional del Adolescente" Lima –Perú

**DONAS, S (1997)** "Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente". OPS/OMS .Representación en Caracas Venezuela .

**AEDES (ASOCIACIÓN EUROPEA PARA EL DESARROLLO Y LA SALUD) (1996):** Système de information sanitaire. Bruxelles, Utilidad de los indicadores de salud, edición en francés. Francia.

**SUÁREZ ET AL. (1995)** "El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente": Una perspectiva psicosocial. In: OPS, editor. La Salud del adolescente y del joven. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud. P

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2000)** El Progreso en la Salud de la Población. Informe Anual del Director. Washington, DC: OPS/OMS.

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2006)** "Manual de Salud para la atención del adolescente". Serie Paltex.

**STARFIELD B y col. USA (1995)** "El adolescente CHIP: una medida basada en la población de la salud". Med Care.

**GOLDSTEIN A. (1999)** Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. SIGLO XXI.

**MOLINA, M., DURÁN, W., DONAS, S. y ROCABADO, FV (1999)** "Conductas de riesgo en adolescentes de 12 a 19 años en Costa Rica". OPS, Universidad de Costa Rica. San José.

**ZUBAREW T ET AL. (2006)** Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente". Washington .OPS/OMS

**ARIZA, M. y DE OLIVEIRA, O. (2003);** "Acerca de las familias y los hogares: estructura y dinámica", Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones, FCE, Buenos Aires. Argentina.

**FIRE, A. (1996).** "Factores de riesgo asociados a la disfuncionalidad familiar", Barrio Ciudad Colombia.

**MORENO A, L.; ESCOBAR P., M (1996)** "Función Educativa de la Familia." SOCO

**MUSITU, G., BUELGA, S., LILA, M. Y CAVA, M.J. (2001)** " Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial". Madrid: Síntesis.

**MARRINER T. Y RAILE A. (2011)** "M. Modelos y Teorías en Enfermería". 4ta. ed. Madrid: Harcourt; 2000.

**GÓMEZ, (2006)** Relación entre la ideación suicida y el nivel psicosocial en adolescentes, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, UNAM, México,

**A. E. GONZÁLEZ (2000)** Características de la desesperanza e ideación suicida en adolescentes. México, 2000, D.F.

**S. GONZÁLEZ, (1,999)** La ideación suicida como indicador para la prevención secundaria del suicidio en población estudiantil. , Universidad Nacional Autónoma de México, 1998, México.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **OMS. (2007)** Estudio multipaís sobre bullying: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos de violencia escolar y maltrato entre iguales en la Educación
2. **BERZOSA, J., SANTAMARÍA, L., & REGODÓN, C. (2011).** La familia: un concepto siempre moderno. Madrid: Centro Regional de Formación e Investigación en Servicios Sociales “Beatriz Galindo”.
3. **JIMÉNEZ, D. (2009).** Estilos de crianza y su relación con el rendimiento académico, análisis y propuestas de intervención. Universidad Nacional Autónoma de México: Programa de Maestría y doctorado en Psicología Educativa y del Desarrollo
4. **PEROTTO CP, VALDIVIESO FL. (2009)** El riesgo de ser joven. Investigación Factores Protectores y de Riesgo La Paz: CESE; Serie Científica.
5. **INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL HIDEYO NOGUCHI (2018)** “Día mundial de la prevención del suicidio.
6. **MOLLENEDO FLORES LUISA (2018)** intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biospicasocial y diagnósticos psiquiátricos .Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
7. **MINSA, DIRECCION DE PROMOCION DE LA SALUD (2018)** Instituto especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Noguchi. Dirección Ejecutiva de Salud Colectiva.
8. **GONZÁLEZ, S. (2009)** La ideación suicida como indicador para la prevención secundaria del suicidio en población estudiantil. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

9. **GONZÁLEZ FORTEZA, C. (2003)** Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en adolescentes .Salud Mental
10. **ARENAS, S. (2009).** Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes del Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito de El Agustino, departamento de Lima. (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú
11. **MAMANI JALIXTO JAMIE, PARI APAZA NANCY (2014)** Funcionamiento familiar y riesgo suicida en adolescentes de 2 instituciones educativas nacionales del distrito de Socabaya Arequipa.
12. **OSORIO HUAROMO MIGUEL (2017)** Funcionalidad familiar en estudiantes de un centro educativo Yungay.
13. **MACEDO LONG,JANNINA MARIOT,RIMACHE LOPEZ MELISSA (2016)** Funcionalidad familiar y autoestima relacionada con la ideación suicida en estudiantes de 4° y 5° año de secundaria de la institución educativa Generalísimo José de San Martín. Puncchara.
14. **CASAS VIDAL, KATTHYA MARIEVA,( 2016)** Funcionalidad familiar e intento suicida en adolescentes de la institución educativa República de Colombia. Independencia, Lima Perú.
15. **VARENGO JUDITH, (2017)** Ideación Suicida en adolescentes, Córdoba España.
16. **TAYO NARANJO ELSA, (2016)** La influencia de la funcionalidad Familiar en el riesgo suicida y transtorno depresivo en adolescentes del Cantón Puerto Quito, Ecuador.
17. **FORERO I, SIABATO E., SALAMANCA Y. (2010)** Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia, Colombia.

18. **CASTILLO LEDO, IVAN; LEDO GONZALES, HILDA, (2007)**  
Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de Rodas.
19. **ATRIL, & ZETUNE R. (2006).** Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF). En Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja México
20. **BULBENA V. ANTONIO. (2011).** Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología
21. **TELLEZ Y FORERO. (2016)** psicopatología del comportamiento suicida.

## **ANEXOS**



## ANEXO N° 01

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor padre de familia y/o apoderado: A través del presente documento se solicita la participación de su hijo/a en una investigación, cuyo objetivo es “determinar la relación entre la funcionalidad familiar con el riesgo de ideación suicida en adolescentes de la institución educativa José Santos Atahualpa 2018 la investigación está siendo realizada por la Bachiller de Enfermería Flor Amalia Hurtado Cáceres, para optar el grado de licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín. La información que se obtenga en esta investigación es totalmente anónima, y su hijo/a puede retirarse de la investigación si así lo desea. Los datos obtenidos en esta investigación serán de gran utilidad para el diseño de programas o intervenciones de promoción de la salud en colegios que involucren a los estudiantes. En esta investigación, su hijo/a contestará 2 cuestionarios: Cuestionario de funcionalidad familiar, IRSA (cuestionario para evaluar el riesgo de ideación suicida), La participación de su hijo/a es confidencial, solo la investigadora tendrá acceso a la información y recordarle que la relación que existe entre usted y el centro educativo no se verá perjudicada de ninguna manera. Yo Padre/Madre del alumno: \_\_\_\_\_ he sido informado sobre un trabajo de investigación titulado: “Funcionalidad familiar y riesgo de ideación suicida en adolescentes de la institución educativa José Santos Atahualpa. Arequipa-2018”. Acerca del propósito y objetivos, he comprendido las explicaciones y he realizado preguntas las cuales han sido absueltas. Por lo tanto, habiendo aclarado dudas, doy de forma voluntaria mi consentimiento en fe de lo cual firmo al pie de este documento.

---

Firma del padre de familia o apoderado

Arequipa..... de..... del 2018





## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado alumno(a) La presente investigación es conducida por la Bachiller de enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín: Hurtado Cáceres Flor Amalia; vengo realizando este estudio con el fin de optar el título profesional de Enfermera. El objetivo de este estudio es “determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el riesgo de ideación suicida en los adolescentes de la institución educativa José Santos Atahualpa .Arequipa-2018”La investigación consiste en el llenado de 2 cuestionarios: Cuestionario de funcionalidad familiar, IRSA (cuestionario para evaluar el riesgo de ideación suicida con una duración de 15 a 20 minutos. Para llevar a cabo esta investigación necesitamos de su participación, la cual será anónima y la información recolectada será totalmente confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación; asimismo usted puede retirarse de la investigación en cualquier momento. Por todo lo manifestado, su participación es voluntaria. Agradezco anticipadamente su colaboración. Ante lo expuesto anteriormente, acepto participar en el estudio: “Funcionalidad familiar y riesgo de ideación suicida en adolescentes de la institución educativa José Santos Atahualpa. Arequipa-2018””,dado que he recibido toda la información necesaria ya que se me ha explicado la naturaleza y el objetivo del estudio, así como la importancia que tiene mi participación en el mismo, la cual será totalmente anónima y puedo retirarme de la investigación si así lo deseo, la información que brinde será mantenido mediante estricta confidencialidad. Por lo que accedo participar voluntariamente en el estudio, brindando información con total veracidad.

---

Firma del estudiante

Arequipa..... de..... del 2018.



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RIESGO DE IDEACION SUICIDA,  
ADOLESCENTES I.E. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA. AREQUIPA 2018**

**ANEXO N° 02**

**ENTREVISTA**

*Estimado estudiante, la presente investigación tiene por finalidad identificar algunos riesgos para su salud integral, por tanto, le rogamos responder con veracidad a las preguntas. Las respuestas son confidenciales*

**I. DATOS GENERALES:**

1. Edad : 14 -15( ) 16 - 17( ) 18 a más ( )
2. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )
3. Año de Estudios: Secundaria: Tercero ( ) Cuarto( ) Quinto( )

**II. DATOS ESPECÍFICOS. DEL ADOLESCENTE**

**4. Lugar de procedencia:**

- ( ) Arequipa ( ) Puno  
( ) Cuzco ( ) Otro (indícalo):\_\_\_\_\_

**5. Distrito Donde Vives: \_\_\_\_\_**

**6. ¿Quiénes viven en tu casa?**

- ( ) Padre ( ) Abuelos  
( ) Madre ( ) Otros  
( ) Padre y madre (indícalo):\_\_\_\_\_

**7. Qué grado de instrucción tiene:**

**Madre:**

- ( ) Analfabeto  
( ) Primaria  
( ) Secundaria  
( ) Superior técnico  
( ) Superior universitario

**Padre:**

- ( ) Analfabeto  
( ) Primaria  
( ) Secundaria  
( ) Superior técnico  
( ) Superior universitario

## ANEXO Nº 03

### “FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES”

#### CUESTIONARIO

Fecha.....

TOTALMENTE DE ACUERDO	A	DESACUERDO	D
DE ACUERDO	B	TOTALMENTE EN DESACUERDO	E
INDECISO	C		

AFIRMACIONES		A	B	C	D	E
PROBLEMAS EN LA FAMILIA		05	04	03	02	01
	<b>¿Cómo afronta tu familia sus problemas o dificultades?</b>					
1	Buscando consejo o ayuda en los amigos					
2	Buscando consejo o ayuda de personas que han tenido problemas parecidos					
3	Buscando consejo o ayuda de profesionales (médicos, enfermera psicólogos, terapeutas, etc.)					
4	Confiando en que Uds. podrían manejar su problemas					
5	Buscando consejo o ayuda en programas que existen en su comunidad para atender a las personas que tengan esas dificultades					
<b>ACTIVIDADES Y SENTIMIENTOS FAMILIARES</b>						
	<b>¿Cómo funciona tu familia?</b>					
6	Gustan de pasar juntos el tiempo libre					
7	Cada uno de Uds. expresa fácilmente lo que desea					
8	Piden ayuda unos a otros					
9	Las ideas de los hijos son tenidas en cuenta en la solución de los problemas					
10	Cuando surgen problemas, la familia se une para afrontarlos					
11	Se turnan para realizar las tareas y responsabilidades de la casa					
	<b>¿Tus Parientes?</b>					
12	La familia comparte con parientes cercanos los eventos importantes (cumpleaños, fiestas, etc.)					
12	Estas satisfecho con la relación con tus parientes					

	<b>¿Cuándo te encuentras en dificultades, a quién(es) acudes para encontrar apoyo?</b>					
14	A tus padres, te dan apoyo					
15	A tus hermanos, te dan apoyo					
16	Algunos de tus parientes cuando lo necesitas, te dan apoyo					
17	A tus amigos personales cuando lo necesitas, te dan apoyo					
18	Algún otro adulto que cuando lo necesitas, te dan apoyo					
<b>RELACIONES PERSONALES</b>						
	<b>¿ De las siguientes actividades identifica cuales se realizan en tu familia</b>					
19	El padre dedica algún tiempo, cada día, para hablar con los hijos					
20	La madre dedica algún tiempo, cada día, para hablar con los hijos					
21	La familia completa comparte alguna comida cada día					
22	Toda la familia toma, cada noche, un tiempo para conversar o compartir alguna actividad					
23	Realizan una actividad con toda la familia por lo menos una vez por Semana					
	<b>¿En general, cómo es tu relación con tu familia?</b>					
23	Estas satisfecho con la forma como conversan en tu familia					
24	Te es fácil expresarles todos tus sentimientos					
25	Tus padres puede saber cómo te estas sintiendo aún sin preguntártelo					
26	Si tu estuvieras en dificultades, podría comentárselo					

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA K. KELLOGG FOUNDATION, DE CHILE 1,996

<b>VALORACIÓN: ESCALA DE LIKERT</b>	<b>DIMENSIONES:</b>
FAMILIA PROTECTORA 89 - 130 Puntos	- Problemas en la familia
FAMILIA INDIFERENTE 45 - 88 Puntos	- Actividades y sentimientos familiares
FAMILIA DE RIESGO < 44 Puntos	- Relaciones personales

## **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO**

### **1. FUNCIONALIDAD FAMILIAR (CUESTIONARIO K.)**

El Instrumento funcionalidad familiar fue elaborado por Fuentes - Merino (Kellogg Foundation, OPS Chile 1,996) para conocer como es la familia en donde vive el adolescente, está estructurado en 27 ítems organizados en las siguientes dimensiones: problemas en la familia, actividades y sentimientos familiares y relaciones personales

El instrumento permite identificar y registrar cómo es la familia, es adecuado para medir exclusivamente el constructo que desea medir, se basa en una apropiada construcción teórica y que no se incurrió en errores de diseño que tergiversen los resultados.

Está valorado en escala de Likert, tiene 5 alternativas de respuesta

<b>A TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	<b>C INDE-CISO</b>
<b>B DE ACUERDO</b>	<b>D DESACUERDO</b>
<b>E TOTALMENTE EN DESACUERDO</b>	

La validez de los diversos estudios y específicamente el de funcionalidad familiar después del análisis test-retest demostró ser pertinente y eficiente para su evaluación.

Es un instrumento de efectividad comprobada que mide varios grados de funcionalidad hecho que facilita el trabajo a la enfermera de la familia. Pues, cuando en la convivencia la familia pierde la capacidad funcional o no logra establecerla se suscita la disfuncionalidad que está relacionada a la afectación de la salud en diferentes magnitudes y en cualquier período de la vida.

Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia.

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos la misma tendrá correspondencia con una escala de categorías para describir la funcionalidad familiar en los siguientes parámetros:

- Familia protectora      89 -130 puntos.
- Familia indiferente      45 - 88 puntos.
- Familia de riesgo      < 44 puntos.

Una vez aplicado el instrumento y la enfermera conozca el grado de disfuncionalidad procederá a realizar el análisis cuantitativo para delimitar el factor relacionado a la "alteración de los procesos familiares

**ANEXO 04**  
**RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA**  
**CUESTIONARIO**

		SÍ	NO
<b>ÍTEMS</b>			
<b>Razones propias</b>			
1.	Alguna vez has pensado matarte o hecho algo para acabar con tu vida?		
2.	Has pensado en el modo de hacerme daño?		
3.	Has hecho un plan de cómo acabar con tu vida?		
4.	Has hecho cartas de despedida a tus amigos o familiares antes de intentar acabar con tu vida?		
5.	Has buscado métodos en Internet, revistas o consultado métodos de suicidios?		
6.	Te expones a situaciones en que estás al borde de la muerte?		
7.	Hablas frecuentemente de la muerte y de los deseos de estar muerto?		
8.	Tienes acceso a armas de fuego?.		
9.	Cuando sientes cólera te cortas o te autogredes?		
10.	Ha pensado alguna vez que lo mejor sería estar muerto?		
11.	Has tratado algún plan para morirte?		
12.	Tienes cercano algún tipo de arma?		
<b>Razones precipitantes</b>			
13.	Conociste alguna persona que se haya suicidado?		
14.	Tuviste una ruptura amorosa reciente?		
15.	Has peleado con alguien especial para ti de forma reciente?		
16.	Hay alguna persona cercana que se haya tratado o se haya matado?		
17.	Has sufrido una experiencia traumática (abuso sexual, maltrato físico o emocional)? (Subrayar)		
18.	Has perdido algún ser cercano?		

19.	Padeces alguna enfermedad que te angustia o desespera?		
20.	Cuando has terminado una relación cercana has pensado en hacerte daño?		
<b>Creencias</b>			
21.	He pensado últimamente que la vida no merece la pena ser vivida		
22.	A pesar de que pensado en la muerte, tengo muchas razones para vivir		
23.	Los demás descansarían con mi muerte		
24.	Consideras que eres un inútil?		
25.	Crees que la vida es absurda?		
26.	Consideras que todo va a seguir siendo malo?		
27.	Creer que la muerte es la única salida a tu problema?		
28.	Alguna vez ha sentido que no hay solución a los problemas?		
<p><b>ESCALA DICOTOMICA DIMENSIONES:</b>  RIESGO TOTAL: TOTAL DE RESPUESTAS POSITIVAS Razones propias  RIESGO PARCIAL: MÁS DE DOS RESPUESTAS POSITIVAS Razones precipitantes  RIESGO INEXISTENTE: TOTAL DE RESPUESTAS NEGATIVAS Creencias</p>			

*INSTRUMENTO DE RIESGO DE IDEACION SUICIDA PARA ADOLESCENTES. IRSA, DE VINICIO CAMPOS (HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO COSTA RICA 2009)*



## **2. INSTRUMENTO RIESGO DE IDEACION SUICIDA ADOLESCENTE (IRSA)**

El Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente (IRSA) fue elaborado por Vinicio y Campos (Hospital Nacional Psiquiátrico Costa Rica 2009) para la medición y registro de factores de riesgo suicida adolescente en la población costarricense está estructurado en 28 ítems organizados en razones: propias, precipitantes y creencias.

El instrumento permite identificar y registrar factores de riesgo de ideación suicida en la población adolescente tomando en consideración el origen multi-causal del suicidio.

Se validó en una población de 1353 adolescentes con una edad media de 14.6 años, de diferentes áreas del país de ambos sexos y de diferentes regiones del país, captados por los servicios de Clínicas en la Consulta Externa de Adolescentes del HNP, con el fin de realizar una validación de constructo, criterio, apariencia y contenido llegando a tener una alta consistencia interna de 0.964 según el Alfa de Chronbach con una serie de correlaciones entre las variables del instrumento que en su mayoría son positivas y estadísticamente significativas. Además se presentó una buena correlación del Instrumento con el índice EAD del test de Zung, sobre todo en la variable de depresión/ansiedad ( $r = 0,780$ ,  $p < 0,001$ ).

El instrumento puede ser de utilidad en estudios epidemiológicos y de investigación de riesgo suicida, pudiendo ser una herramienta ventajosa para profesionales en salud mental y de otras áreas médicas y sociales.

Este instrumento fue utilizado en Tesis de investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín en años recientes del 2011, 2012, 2013, 2014.

### **EVALUACIÓN: ESCALA NOMINAL DICOTÓMICA**

- RIESGO TOTAL: Total de respuesta positivas.

- RIESGO PARCIAL: Más de 2 respuestas positivas.
- RIESGO INEXISTENTE: Total de respuestas negativas.

**DIMENSIONES:**

- Razones propias.
- Razones precipitantes.
- Creencias.