



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA  
Afilada a la Universidad Ricardo Palma



FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN  
SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA BENITO JUAREZ

2011

Tesis para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Enfermería

Roxana Ibeth Grandez Meza

Lima-Perú

2011

Roxana Ibeth Grandez Meza

FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN  
SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN  
EDUCATIVA

BENITO JUAREZ

2011

Asesora: Lic. Edna Ramírez Miranda

Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza  
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Co - Asesora: Dra. Kattia Ochoa Vigo

Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza  
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Lima-Perú

2011

## **DEDICATORIA**

*A mi mamá y abuelita por su incondicional apoyo y confianza que día a día hicieron que me arme de fortaleza y siga adelante.*

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios, por guiarme hacia el final del camino, y no dejarme que me pierda en el trayecto.*

*A la Doctora Kattia Ochoa Vigo, excelente docente y buena persona, quien me impulsó a continuar en esta travesía, haciendo que vuelva a depositar la confianza en mi persona, logrando alcanzar mis metas y objetivos.*

*A la Lic. Edna Ramirez Miranda, quien defendió y valoró mi esfuerzo durante el procedimiento de la investigación.*

*A mis amigas y amigos, Angelica Oré, Liz Hernández, Christian Pejerrey, Michael Cayetano, Jorge Arce, Britty Meza, Atina Poicon, Fabiola Vargas, Fiare/la Roncal, Erlan Sanchez, Patricia Camacho, Claudia Alberca, Maria del Carmen Uriarte, Jorge Tirado, ya que sin su apoyo no se hubiese concluido el trabajo.*

## RESUMEN

**Introducción:** La ideación suicida es un fenómeno muy habitual durante la adolescencia y es causa importante de morbimortalidad en la población en general. Destacándose que el suicidio en el adolescente constituye la tercera causa de muerte según datos de la OMS, institución que pronostica para el año 2020 un aproximado de un millón de muertes por esta causa. Idear matarse puede expresar una forma muy intensa de sufrimiento, así como de carencia familiar y soporte social; siendo que el Perú no está excepto de vivenciar esta problemática, pues el número de adolescentes con riesgo de intento de suicidio ha ido incrementando. **Objetivo:** Determinar los factores familiares asociados a la ideación suicida en adolescentes de la institución educativa Benito Juárez. **Metodología:** Estudio cuantitativo de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal; cuyos instrumentos estuvieron constituidos por un cuestionario que recolectaba la Información general, escala de funcionamiento familiar, escala de violencia familiar, escala de ideación suicida y la escala de comunicación padres-hijos; la muestra fue probabilística estratificada conformada por 285 adolescentes de 2do \_5to de secundaria. El análisis de datos incluyó estadística descriptiva e inferencial con prueba de Spearman y t de Student. **Resultados:** La prevalencia de ideación suicida baja fue de 54,8%, asimismo la ideación alta y media corresponden a un 45,2% con mayor prevalencia en varones (14%). El tipo de violencia de mayor prevalencia fue la violencia psicológica (91,6%). El nivel de relación de comunicación con la madre fue mayor en comparación con la del padre ( $63,39 \pm 11,51$  DP), el (56,9%) de los adolescentes presentó un funcionamiento familiar de rango medio. **Conclusiones:** La violencia doméstica (física, sexual y psicológica), los niveles diagnósticos de comunicación, el tipo de nivel de funcionamiento familiar y sus dimensiones constituyen factores asociados a la ideación suicida en adolescentes de 2do\_5to de secundaria en la institución educativa Benito Juárez. Es necesario considerar la participación de la enfermera en el sector salud y educativo para reforzar las actividades de promoción y prevención de problemas de salud mental en los adolescentes.

**Palabras claves:** Factores familiares, ideación suicida, adolescente, violencia doméstica, comunicación, funcionamiento familiar, enfermería.

## SUMMARY

**Introduction:** Suicidal ideation is a common phenomenon during adolescence and is a major cause of mortality in the general population. Teen suicide is the third leading cause of death according to World Health Organization data, an institution that predicted for the year 2020 an estimated one million deaths from this cause can kill. It is a very intense expression of suffering, as well as lack of family and social support, being that Peru is experiencing this problem, as the number of adolescents at risk of attempted suicide has been increasing. **Objective:** To determine factors associated with suicidal ideation among adolescents in the school Benito Juarez. **Methodology:** quantitative descriptive correlational cross-sectional, whose instruments consisted of a questionnaire that collected the information, family functioning scale, scale of family violence, suicide ideation scale and the scale of parent-child communication, the stratified probability sample was composed of 285 adolescents 2 - 5th grade. Data analysis included descriptive and inferential statistics with Spearman test and Student t test. **Results:** The prevalence of suicidal ideation was lower 54.8%, also the upper and middle ideation correspond to 45.2% with higher prevalence in men (14%). The type of violence was the most prevalent psychological violence (91.6%). The level of relation with the mother was higher compared with the father (63.39 ± 11.51 PD), (56.9%) of adolescents presented a mid-range family functioning. **Conclusions:** Domestic violence (physical, sexual and psychological), the diagnostic levels of communication, the kind of level of family functioning and its dimensions are factors associated with suicidal ideation in adolescents second and fifth grade in educational institution Benito Juarez. It is necessary to consider the participation of nurses in the health and education sectors to strengthen activities of prevention of mental health problems in adolescents.

**Keywords:** Family factors, suicidal ideation, adolescent, domestic violence, communication, family functioning, nursing.

## **INTRODUCCIÓN**

El suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte entre los adolescentes de todo el mundo y la primera entre las jóvenes. La conducta suicida incluye formas de presentación : La ideación suicida, constituida por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio, el intento suicida, donde se comete un acto auto lesivo y por último el suicidio consumado.

La etapa de la adolescencia es muy compleja ya que en ella el adolescente tiende a enfrentar diversos cambios como fisiológicos y sociales es por ello que la familia se convierte en el principal apoyo para que éste pueda hacer frente a sus problemas.

Por lo que el propósito de este estudio es determinar los factores familiares asociados a la ideación suicida, de manera que esta valoración permita direccionar la atención de enfermería en la detección oportuna en la población más vulnerable. Este estudio a continuación se divide en cinco capítulos:

**En el capítulo 1:** Se presenta el planteamiento y se formula el problema, se delimitan los objetivos y se argumenta la importancia y justificación, así como las limitaciones que se presentaron en el estudio.

**En el capítulo 11:** Se muestra la revisión de literatura o investigaciones, seguido de las bases teóricas la cual sustenta el estudio, para un mejor entendimiento se realizará la definición de términos, las hipótesis y por último se pondrán las variables de estudio.

**En el capítulo 111:** Se describe el tipo y método de estudio, el área donde se realizó la investigación, la población y muestra con los respectivos criterios de inclusión y de exclusión; describiendo también la técnica e instrumentos de la recolección de datos, la confiabilidad de los instrumentos, como también el procesamiento de los datos, incluyendo el aspecto ético.

**En el capítulo IV:** Se presentan los resultados obtenidos de la investigación con sus respectivos análisis, describiendo los principales hallazgos; para la discusión se confronta la literatura y otros estudios.

**En el capítulo V:** Se describe las conclusiones a las que se llegó con el estudio aportando algunas recomendaciones sobre el tema.

Finalmente, se registran las referencias bibliográficas y se adjuntan los anexos.



## INDICE

RESUMEN.....	5
SUMMARY .....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1 Planteamiento y delimitación del problema.....	12
1.2 Formulación y delimitación del problema:.....	8
1.3 Delimitación de los objetivos:.....	8
1.3.1 Objetivo General .....	8
1.3.2 Objetivos Específicos.....	8
1.4 Importancia y Justificación del estudio.....	9
1.5 Limitación del estudio .....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL .....	11
2.1 Investigaciones relacionadas con el tema .....	11
2.2 Estructura Teórica y Científica que sustenta el Estudio.....	17
2.3 Definición de términos usados.....	36
2.4 Formulación General de Hipótesis.....	38
2.4.1 Hipótesis General .....	38
2.4.2 Hipótesis Específicas.....	38
2.5 Relación de Variables:.....	38
2.5.1 Operacionalización de variables .....	38
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO .....	40
3.1 Tipo y método de estudio.....	40
3.2 Área de estudio.....	40
3.3 Población y muestra de estudio .....	41
3.4 Diseño Muestral.....	43
3.5 Técnica e instrumentos de recolección de datos .....	43
3.6 Confiabilidad del Instrumento .....	45
3.7 Procedimientos para la recolección de datos .....	46

3.8 Técnicas de procesamiento y Análisis de datos .....	46
3.9 Aspectos éticos.....	46
CAPITULO IV: .....	RESULTADOS Y DISCUSION
47	
4.1 Resultados.....	47
4.2 Discusión .....	57
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	63
5.1 Conclusiones: .....	63
5.2 Recomendaciones: .....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

## INDICE DE GRÁFICOS Y CUADRO

Grafico 1 .....	47
Grafico 2... ..	48
Grafico 3... ..	49
Grafico 4.. ..	50
Grafico 5.....	51
Grafico 6... ..	52
Grafico 7... ..	53
Grafico 8... ..	54
Grafico 9... ..	55
Cuadro 1 .....	56

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### ***1.1 Planteamiento y delimitación del problema***

Las conductas suicidas se han constituido en una causa importante de morbi-mortalidad a nivel mundial, con una incidencia anual entre 10 y 20 por 100 mil habitantes en la población general. El suicidio es la octava causa de muerte y la tercera causa de pérdida de daños potenciales de vida en los Estados Unidos, donde se ha reportado una tasa de suicidio de 11,4 por cada 100 mil habitantes.<sup>(1)</sup> La Organización Mundial de la Salud - OMS pronostica que las víctimas del suicidio para el año 2020 ascenderían a 1,5 millones.<sup>2</sup>

Las expresiones de la conducta suicida incluyen entre otras: el intento suicida, definido como un acto autolesivo con cualquier grado de intención letal; el parasuicidio, o acto no mortal de autolesión deliberada; y la ideación suicida, constituida por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio.<sup>3</sup>

La ideación suicida es un fenómeno muy habitual durante la adolescencia. Tal es la magnitud de su prevalencia en adolescentes, que en algunos países, como

por ejemplo Estados Unidos, ya empiezan a considerarla como algo normal y es que ciertamente las cifras que se reportan son muy elevadas. Según una revisión realizada por Diekstra citado por Villalobos B et al. Entre el 15% y 53% de los adolescentes habrían deseado alguna vez morir.<sup>4</sup>

En Europa se reconoce el suicidio como un problema de salud pública, siendo que en los últimos cuarenta años las tasas de suicidio en la población de 15-19 años se cuadruplicaron. Con una tasa anual de intentos de suicidio de 162/100,000 en hombres y de 265/100,000 en mujeres, es decir, una cifra anual de cerca de 1,5 millones de casos.<sup>5</sup>

En América Latina es la cuarta causa de muerte entre los 10-15 años y la tercera entre los 15-25 años en Chile. Dichas tasas varían de manera significativa según los países. Destacándose que el suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte entre los adolescentes de todo el mundo y la primera entre las jóvenes. Además, el 9 % de las jóvenes de 18 años han sufrido algún estado depresivo, según varios estudios, que los podría llevar a la ideación suicida.<sup>5</sup>

En varios países de Latinoamérica la tasa de suicidio en adolescentes y jóvenes se ha incrementado (Argentina de 5,8 en 1983 paso a 7,9 en 1990; México de 13,4 en 1990; Venezuela de 9,0 en 1981 pasó a 10,6 en 1989.<sup>6,7</sup> Reconociéndose que uno de los grupos poblacionales en riesgo de intento de suicidio y suicidio lo constituyen los adolescentes, por la necesidad actual de enfrentarse a dificultades muy diversas desde jóvenes.<sup>8</sup> Grupo en el cual la familia cumple un rol importante de protección y adaptación. La familia es donde se realizan las principales funciones de socialización, en su ámbito, el sujeto adquiere su identidad y la posición individual intergeneracional. Por otro lado, son la familia y la escuela las que proporcionan elementos de riesgo o de protección, según sea el caso.

La principal causa para idear el suicidio entre las mujeres tiene su base en la familia, pues se considera que ésta se halla en decadencia y en crisis. En los adolescentes, un mayor riesgo depende del bajo status económico y educativo, así

como el desempleo en la familia; de ese modo pueden ser considerados factores de riesgo. <sup>1,8</sup> Idear matarse puede expresar una forma muy intensa de sufrimiento humano además de carencia de soporte familiar y social. <sup>3</sup>

En un estudio referente al pensamiento para-suicida entre adolescentes (15-53%) se reportó predominio del sexo femenino en jóvenes de 11-17 años residentes en la gran Lima y de cualquier nivel socioeconómico. Casi el 16% de los encuestados cree que "sí existe una razón para desear la muerte". De esa pregunta se desprende que un 43% de niños, niñas y adolescentes señala que una de las razones por la cual desearía dejar de existir es "que sus padres no los quieran". Un 16% considera que sería "debido a diversos problemas familiares" y 11% "por el abandono de su pareja". El 8,5% pensó hacerse daño alguna vez mientras que 2,2% lo había intentado. <sup>7</sup> Por otro lado, es importante mencionar que en los países en vías de desarrollo, la ausencia de estadísticas confiables constituye un problema serio a enfrentar. <sup>4</sup>

La situación suicida en la población escolar y su tendencia creciente, compromete a las autoridades escolares y de salud a buscar estrategias que permitan una atención adecuada y oportuna para prevenirla y, consecuentemente, propiciar la promoción de la salud mental en los estudiantes reconociéndose que durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa todo individuo, se presentan cambios difíciles que producen en los jóvenes ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Perú, no es ajeno a este fenómeno considerando los diversos factores asociados, entre ellos la crisis familiar, violencia social y la pérdida de valores sociales.

Por todo lo expuesto y reconociendo que la enfermera participa del cuidado al adolescente y que puede contribuir, desde su centro de trabajo, con la familia y comunidad en la prevención del intento de suicidio, se plantea la necesidad de investigar la temática en escuelas de educación secundaria de un distrito populoso de Lima. Sobre todo, porque durante la pasantía en el Hospital Hermilio Valdizan se presentaron muchos casos de ideación suicida entre la

población adolescente, siendo la etapa escolar la más afectada. Entre las causas que referían los jóvenes como motivo principal eran los problemas familiares. De ese modo, se formula la pregunta de investigación descrita más abajo.

## ***1.2 Formulación y delimitación del problema:***

¿Cuáles son los factores familiares asociados a la ideación suicida en los adolescentes de la Institución Educativa Benito Juárez, Octubre 2011?

## ***1.3 Delimitación de los objetivos:***

### **1.3.1 Objetivo General:**

Determinar los factores familiares asociados a la ideación suicida en los adolescentes de la institución educativa Benito Juárez, Octubre 2011.

### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

Identificar los tipos de violencia domestica (física, sexual y psicológica).

Identificar los niveles diagnósticos de comunicación padres e hijos.

Identificar el tipo de nivel de funcionamiento familiar y sus dimensiones.

Identificar la prevalencia de ideación suicida y sus formas de presentación.

Relacionar las formas de violencia domestica (física, sexual y psicológica) con la ideación suicida

Relacionar los niveles diagnósticos de comunicación padres e hijos con la ideación suicida.

Relacionar el tipo de nivel de funcionamiento familiar y sus dimensiones con la ideación suicida.

## ***1.4 Importancia y Justificación del estudio***

El suicidio es el comportamiento consciente hacia la autodestrucción, cuya finalidad es quitarse la vida de forma intencionada con la consiguiente muerte. El Instituto Gestalt de Lima - IGL<sup>9</sup> reporta que el 79% de los estudiantes entre 12 y 17 años en Lima ha pensado en algún momento en la posibilidad de suicidarse porque considera que su vida no tiene sentido, otro 28% manifestó depresión.

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse, pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que se vive; sin embargo, es importante conocer y reflexionar acerca de las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse. Los niños y adolescentes pueden optar por el suicidio debido a muchos factores, principalmente por los conflictos familiares, violencia física y psicológica.

En ese contexto, la enfermera es una profesional de importancia en la atención y prevención primaria de salud; considerando que en su trabajo diario está comunicándose con muchas personas y familias que habitan en la comunidad como lo es la escuela, por lo que con frecuencia observa conductas y actitudes en la población que son indicadores o factores de riesgo para diferentes enfermedades y comportamientos no saludables (ideación suicida), de manera que su labor puede ser de gran impacto en la prevención de desenlaces fatales en la población adolescente, quienes pasan una buena parte de su tiempo en la escuela, ámbito importante dónde la enfermera puede identificar situaciones o factores de riesgo psicosociales que pueden inducir al adolescente a desarrollar ideación suicida.

Es urgente que los profesionales de la salud, como los médicos y enfermeras, además de los maestros de las escuelas, comprendan en forma íntegra las estadísticas que indican los problemas difíciles de la adolescencia y el aumento alarmante de muerte en todas sus facetas en el inicio del tercer milenio. Cabe a los mismos desarrollar un trabajo coordinado y arduo para mejorar el futuro



implementando una mejor orientación, educación y proyección para las nuevas generaciones.

### ***1.5 Limitación del estudio***

Los resultados son válidos únicamente para los estudiantes que participaron en el estudio.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

### ***2.1 Investigaciones relacionadas con el tema***

#### Antecedentes Nacionales

Un primer estudio de diseño transversal, de nivel descriptivo y analítico, realizado en la ciudad amazónica de Pucallpa, Perú, entre marzo y abril del 2008, con el objetivo de determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, entre adolescentes escolares. Se aplicó el cuestionario de salud mental adaptado que contenía preguntas sobre tendencia a la violencia e ideación suicida. La muestra fue seleccionada sistemáticamente y se incluyó 530 adolescentes de 12 a 19 años de los tres más grandes colegios de la ciudad. Sus resultados muestran que el 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en 51,7% y en conducta violenta en 18,7% de la muestra, predominantemente en varones ( $p < 0,001$ ). El análisis multivariado mostró asociación ideación suicida y conducta violenta (OR=4,9 IC95% 1,4-17,5), pero no con pensamiento heteroagresivo (OR=2,1 IC95% 0,9-4,9). Los autores concluyen que existe alta prevalencia de

ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro.<sup>10</sup>

Un segundo estudio de diseño transversal y nivel analítico, cuyo objetivo fue investigar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar en estudiantes preuniversitarios del CEPUMS. Realizado en Lima en Junio del 2005. Se aplicaron la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión familiar (FACES III) de Olson, y 5 preguntas de la escala adaptada en el INSM HD-HN para evaluar ideación suicida, además de otros parámetros de conducta suicida. Se evaluaron 1500 estudiantes aplicándoles una encuesta autoadministrada, de las cuales solo fueron validos 1450. El 60% fue mujer, con una edad media de 17,37 años (DE 1.43). Un 92,5% tenía entre 15-19 años (adolescentes) y 7,5% entre 20-24 años (adultos jóvenes). Con respecto a la prevalencia de vida, el 48% presentó deseos pasivos de morir, 30% tuvo ideación suicida, 15% elaboró un plan de cómo quitarse la vida y 9% intentó suicidarse. La prevalencia de ideación suicida en el último año fue de 15% y en el último mes, de 6%. Con relación a las familias, según Nivel de Cohesión Familiar: Separada 32%, Conectada 31% y Desligada 22% y, según Nivel de Adaptabilidad Familiar: Caótica 49% y Rígida 5%. Al asociar la presencia de ideación suicida con el tipo de familia rígida se obtuvo un OR de 1,68 (IC 95% 0,65-4,37); y al asociarla con el tipo de familia desligada se obtuvo un OR de 2,28 (IC 95% 1,37-3,79). Los autores concluyen que existe alta prevalencia de ideación suicida en la muestra. El tipo de familia desligada constituye un factor de riesgo de ideación. No queda claro si el tipo de familia rígida constituye un factor de riesgo.<sup>11</sup>

Un tercer estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, realizado en la Institución Educativa N° 2053 del distrito de Independencia, cuyo objetivo fue determinar el funcionamiento familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. La población de estudio fue de 223 adolescentes aplicándoseles el cuestionario Faces III (Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar). Sus resultados muestran que el 54,71% de adolescentes presentó un Funcionamiento Familiar de rango medio, según cohesión 50,22% presentó rango

bajo y según adaptabilidad el 55,61% presentó rango alto. Se concluye que más de la mitad representaba una familia con funcionamiento familiar no saludable y con tendencia a la disfuncionalidad, con extrema separación emocional y poco involucramiento entre sus miembros, siendo que los roles de cada miembro no son claros, causando frecuentes cambios en las reglas y las decisiones parenterales.<sup>12</sup>

Un cuarto estudio de diseño transversal nivel analítico, cuyo objetivo fue establecer si la sintomatología depresiva, disfunción familiar, abuso de alcohol, conducta antisocial y problemas de pareja son factores asociados a la ideación suicida en adolescentes escolares del 3ro al 5to año de secundaria de instituciones educativas públicas del Cono Este de Lima. Se aplicó a 321 escolares una encuesta autoadministrada mediante cuestionario estructurado, constituida de 6 secciones: disfunción familiar, depresión, ideación suicida, rasgos disociales, riesgo alto de alcoholismo y conflicto de pareja. Sus resultados muestran que el 83,1% presentó bajo nivel de ideación suicida, 14,3% nivel medio y 2,6% nivel alto. En el análisis multivariado la depresión y la edad de 16-19 años fueron asociadas a la ideación suicida.<sup>13</sup>

Un quinto estudio de diseño comparativo correlacional, cuyo objetivo fue determinar los niveles de comunicación y satisfacción familiar en estudiantes de universidades de Lima; considerando una muestra de 420 estudiantes distribuidos en tres grupos de 140, cada grupo pertenecía a facultades de educación de 3 universidades de Lima; aplicándose la escala de satisfacción de Olson y Wilson. Sus resultados indican, respecto a la comunicación del adolescente hacia el padre, el 37% está por debajo de promedio, con relación a la comunicación con la madre, 50,5% está por debajo del promedio. Al relacionar las variables, la edad y los niveles diagnósticos de comunicación hacia el padre y los niveles de comunicación hacia la madre están altamente asociados.<sup>14</sup>

Un sexto estudio de método relacional, de diseño transversal y analítico, método observacional, realizado en el asentamiento humano “Laura Caller”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre comunicación familiar y violencia en las

familias; el muestreo fue probabilístico aleatorio simple, incluyendo a 97 familias del cual se eligió un miembro para aplicarle un cuestionario. Sus resultados muestran que la frecuencia de violencia en las familias con problemas de comunicación es bastante alto en relación a la frecuencia de violencia en las familias que no presentan problemas en su comunicación. Los autores concluyen que las familias con problemas de comunicación tienen nueve veces más oportunidades de presentar situaciones violentas en comparación con familias que no presenta problemas en su comunicación.<sup>15</sup>

#### Antecedentes Internacionales

Un primer estudio epidemiológico, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de intentos de suicidio en estudiantes de nivel superior en escuelas públicas y privadas del Estado de Sonora, México 2007. El tamaño de la muestra fue de 1,358 estudiantes de escuelas públicas y privadas establecidas en dieciocho ciudades o comunidades donde se aplicó un cuestionario de 181 preguntas. Sus resultados muestran que los intentos de suicidio fueron reportados por 11 de cada 100 estudiantes y la proporción de intentos fue de 3 mujeres por cada varón, no encontrándose diferencias por tipo de escuela. Se identificaron factores familiares de riesgo, tales como sentimientos de soledad, incomprensión y rechazo por parte de los padres, además de percepción negativa del ambiente familiar, entre otras. El estudio evidencia el desconocimiento de las cifras reales sobre los intentos de suicidio entre los jóvenes, ya que se encontró que casi tres cuartas partes de los adolescentes que se infligieron lesiones no acudieron al hospital ni a un tratamiento médico o psicológico.<sup>8</sup>

Un segundo estudio comparativo, cuyo objetivo fue determinar la utilidad de la Escala de Birleson para el diagnóstico de depresión en adolescentes con intento de suicidio y sanos en el periodo comprendido del 1 de diciembre/2001 al 31 de marzo/2004, comparando los adolescentes con intento de suicidio y sanos seleccionados al azar con características similares en edad y sexo. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, factores socioculturales, factores de riesgo suicida, diagnóstico, tratamiento y evolución. Se utilizó la Escala de Birleson que tiene un

punto de corte de 15 para el diagnóstico de depresión. Sus resultados muestran una población de 120 adolescentes, 60 con intento de suicidio y 60 sanos, con predominio del sexo femenino, el promedio de edad fue 14 años; originarios de Hermosillo 76%, con religión católica 75%. La diferencia entre los grupos evidenció que los adolescentes con intento de suicidio tenían antecedentes familiares de significancia estadística: familia desintegrada, violencia familiar, toxicomanías, trastornos psiquiátricos e intento de suicidio; en cuanto los factores personales se encontró en equivalentes depresivas, depresión y antecedente de intento de suicidio. La Escala de Birleson mostró una diferencia de 4,4 puntos, con 14,7 para los que intentaron el suicidio y 10,3 para los sanos ( $p < 0,0001$ ). El estudio demostró que la Escala de Birleson puede orientar el diagnóstico de depresión en adolescentes con intento de suicidio, ya que presentan más intensificados los rasgos depresivos, que son factores importantes del riesgo suicida.<sup>16</sup>

En la tercera investigación, de diseño retrospectivo cuyo objetivo fue analizar cómo la estructura y dinámica familiar pueden influir en el perfil del adolescente con intento suicida. El universo fue de 17 pacientes adolescentes, con edades comprendidas entre 12-19 años, procedentes de Ciudad Bolívar Venezuela, con o sin diagnósticos asociados asistentes al Centro de salud Mental de dicha ciudad, en el periodo 2005-2006. Se aplicó la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar, tercera versión o Faces III, escala de intencionalidad suicida de Beck y un cuestionario con datos demográficos y hábitos psicobiológicos. Los resultados demuestran que el mayor número de adolescentes con intentos de suicidio tenía entre 15-17 años edad y 52,8% pertenecía al sexo femenino. Los adolescentes con la tentativa de suicidio más alta fueron representados por los que pertenecían a hogares desintegrados (23,5%). El mayor número de intentos de suicidio en adolescentes proceden de familias desligadas con un número de 11 pacientes (64,6%); otros 8 casos proceden de familias con estructura rígida (46,9%). Siendo importante relacionar el tipo de familias y las relaciones entre sus miembros cuando se evalúan adolescentes,

debiendo desarrollarse programas de salud mental en el ámbito comunitario para mejorar las relaciones en el núcleo familiar.<sup>17</sup>

En este cuarto estudio, de diseño transversal, cuyo objetivo fue identificar prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes de México, en 12424 adolescentes de escuelas públicas en el 2007. Se utilizaron modelos de regresión logística para obtener razones de momios (*RM*) con intervalos de confianza de 95% (*IC* 95%). Sus resultados muestran que el 47% reportó al menos un síntoma de ideación; 9% refirió antecedente de intento. Los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres (*RM*=1.30, *RM*=1.54); abuso sexual (*RM*=1.92, *RM*=1.57), sintomatología depresiva (*RM*=5.36, *RM*=1.51), consumo de tabaco (*RM*=1.30, *RM*=2.57), alcohol (*RM*=1.60, *RM*=1.31) y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales (*RM*=1.28, *RM*=1.65). Los autores concluyen que casi la mitad de los(as) estudiantes del nivel medio superior presentó al menos un síntoma de ideación.<sup>18</sup>

Finalmente, un quinto estudio de tipo descriptivo, transversal, prospectivo con el propósito de evaluar la ideación suicida y su relación con aspectos psicosociodemográficos en universitarios. Se empleó la Escala de Ideación Suicida de Beck y una ficha psicosociodemográfica. Se extrajo una muestra probabilística aleatoria de 521 estudiantes. En sus resultados el 59,9% presentó ideación suicida. Los aspectos psicosociodemográficos relacionados significativamente con la ideación suicida fueron: cuando no trabajan; el haber vivido la infancia o adolescencia con sólo la madre o un familiar; consumir cigarro, café, alcohol, drogas; percibir que su vida ha sido trastornada por algún evento; contar con familiares; cuando el dinero no cubre sus necesidades; el haber recibido atención psicológica; manifestar pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismos; y percibir un futuro difícil e incierto.<sup>19</sup>

## ***2.2 Estructura Teórica y Científica que sustenta el Estudio***

### **Generalidades de la Adolescencia**

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.<sup>20</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la adolescencia es la etapa transcurrida entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.<sup>21</sup>

En el 2009, el Ministerio de Salud indica que la población adolescente y joven representa más de la tercera parte de la población total (31,7%), razón por la cual nuestro país es considerado como una nación de adolescentes y jóvenes. Según la distribución por departamentos Lima es la ciudad con mayor cantidad de adolescentes, seguido de Piura, La Libertad y Cajamarca.<sup>22</sup>

### **Teorías sobre la Adolescencia**

Para la teoría psicoanalítica de Freud, citado por Santrock, la adolescencia es un estudio del desarrollo en el que, debido en gran parte a los cambios fisiológicos que acompañan a la pubertad, brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Esta fase del desarrollo –genital- supone, por un lado, revivir los conflictos edípicos infantiles y, por otro, la necesidad de resolverlos con una mayor independencia que los progenitores y un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos. La fuerza de las pulsiones que surgen durante la pubertad hace que se produzca una vulnerabilidad acentuada de la personalidad. Esta debilidad en la personalidad requiere del empleo de diferentes mecanismos de defensa, entre ellos la intelectualización y la sublimación, para enfrentarse con la ansiedad y la inseguridad.<sup>23</sup>

La inadecuación de estas defensas psicológicas a la intensidad de los conflictos puede ser el origen de un comportamiento mal adaptado. Por esta razón, el psicoanálisis mantiene una concepción de la adolescencia como una etapa en la



que se produce una mayor proclividad hacia los fenómenos psicopatológicos. Opinión que no todos los psicoanalistas comparten.<sup>23</sup>

El mismo autor, refiriéndose a Erikson, destaca que la adolescencia no constituye una dolencia, sino una crisis normativa, es decir: una fase normal de incrementado conflicto caracterizada por una aparente fluctuación de la energía del ego y, asimismo, por un elevado potencial de crecimiento. La tarea más importante en esta etapa es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles. La disfunción de la identidad puede llevar al aislamiento del joven, afectando su incapacidad para planear el futuro, su concentración en el estudio o lo inducirá a adoptar papeles negativos por simple oposición a la autoridad.

Por otra parte, desde la visión psicosociológica, se resalta la experiencia de pasar a través de una fase que enlaza la niñez con la vida adulta. En ese paso, el adolescente, teniendo en cuenta los cambios que se producen en su persona y las nuevas demandas de la sociedad hacia él, debe desarrollar nuevos papeles sociales. La adolescente de 13 ó 15 años no es una niña, pero tampoco es una mujer adulta. Su estatus social es difuso y sin etiquetas claras. Las expectativas sociales sobre su papel son ambiguas y puede que, en determinadas situaciones, encuentre dificultades al tener que decidir si se comporta como una niña o una adulta; siendo que en la mayoría de las sociedades los adolescentes no cuentan con ritos de paso que les guíen para integrarse a la vida adulta. Esta falta de expectativas y guías claras por parte de los adultos puede resultar problemática para el joven a la hora de adaptarse a las nuevas exigencias y responsabilidades.

Al mismo tiempo que desarrolla un nuevo papel social, el adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres, búsqueda que le genera también ansiedad e inseguridad y, frente a los deseos de independencia, se crea contradictoriamente una necesidad mayor de dependencia de los demás y de que éstos apoyen la visión que está creando sobre sí mismo. Es decir, que el paso del individuo por la adolescencia estará afectado por las expectativas mantenidas por las personas de su entorno inmediato que él considera importantes. Ambas concepciones

(experiencia de la niñez a la adultez y, contexto de las sociedades) subrayan los componentes afectivos y sociales.<sup>20,23</sup>

A su vez, la posición piagetiana señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. Las nuevas capacidades intelectuales que se desarrollan durante el período de las operaciones formales, abren la posibilidad de elaborar teorías basadas en una reflexión no sólo sobre lo concreto real sino sobre lo abstracto posible, y capacitan al adolescente para planificar su programa de vida y presentar alternativas a la sociedad actual. En ese momento, surgen, con mayor ímpetu, las críticas y las reflexiones sobre la religión, las ideologías políticas o los sistemas de autoridad vividos en la familia y escuela. Este recién estrenado poder del pensamiento hace que el adolescente caiga, a veces, en un nuevo egocentrismo intelectual, confiando excesivamente en el poder de sus ideas. Para el adolescente, pensar en cambiar algo es ya cambiarlo, teorizar es aplicar ya esas ideas a la sociedad. La dificultad de las transformaciones sociales la encontrará cuando se integre realmente con la sociedad adulta y cuando los avances en su desarrollo le permitan buscar una coordinación mejor entre teorías y hechos.<sup>20,23</sup>

La etapa evolutiva designada como “adolescencia” (de 13 a 18 años) supone, desde una perspectiva cognitiva, que el sujeto está en posesión de habilidades que lo capacita para las operaciones formales de pensamiento: el adolescente puede analizar posibilidades, no sólo realidades concretas, y por ello, elaborar complejos sistemas de razonamiento, reconstruyendo el universo de su infancia. En el reconocimiento de la posibilidad de “no ser” la realidad psíquica incorpora, tanto lo permanente como lo transitorio, las variancias e invariancias. Morirse en un lenguaje cotidiano alude a sensaciones afectivas intensas (me muero de ganas) como de soledad y frustración (me muero de aburrimiento) “muero, luego existo” para esta etapa del desarrollo. La reconstrucción de la identidad, en la adolescencia, incorpora las posibilidades de fracasos, pérdidas, catástrofes y muertes.<sup>23</sup>

Considerando los diferentes aspectos que abarcan las teorías del desarrollo adolescente, se entiende el rol fundamental que cumple la familia, como fuente de apoyo, seguridad y modelo. Bueno <sup>24</sup> refiere al respecto, que las funciones de la familia son primordiales durante la adolescencia, pues de no ser así podrían producirse serios desajustes en su desarrollo emocional y social.

## **La Familia**

La familia desempeña una función privilegiada, ya que ejerce influencia temprana directa y duradera en la formación de la personalidad de los adolescentes y actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio, propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar. <sup>25</sup> Para la OMS la familia está conformada por miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. <sup>26</sup>

De acuerdo con Saavedra, <sup>27</sup> existen diversas estructuras familiares, las cuales se describen a continuación:

- a) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- b) La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.
- c) La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres.

d) La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos.

e) La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.<sup>26-28</sup>

La Familia en la sociedad tiene importantes tareas, teniendo relación directa con la preservación de la vida humana, su desarrollo y bienestar. Esta definición se centra en la función social y el objetivo de bien común que persigue la familia como institución. Entre tanto, la familia no sólo es buena para la sociedad, sino también para el mejor desarrollo de la persona, desde que es concebida hasta su muerte.<sup>26-28</sup>

La familia cumple diversas funciones, tales como:<sup>26-28</sup>

1. Biológica: pues satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
2. Educativa: debido a que tempranamente socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, entre otros.
3. Económica: porque satisface las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.
4. Solidaria: dentro de ella se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
5. Protectora: porque da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

Otra calificación de las funciones de la familia las describe como: instrumentales y cognitivo-afectivas. La primera hace referencia a la alimentación, vivienda, seguridad, supervisión, higiene, cuidados de la salud, educación. Y, la segunda,

hace referencia al apoyo social, valoración y autoestima, comunicación, valores compartidos, compañía, socialización y las destrezas de afrontamiento.

Se destaca que la familia es la base biosicosocial que permite el desarrollo del ser humano.<sup>28</sup> Los hijos deberían consolidar esta base de los padres, enriqueciendo y profundizando la comunión conyugal de ambos. Así la paternidad y maternidad son la confirmación del amor. De no cumplirse las funciones de la familia dentro del contexto interno y social, es posible que se presenten en los adolescentes diversos trastornos que afectan su identidad y desarrollo, entre ellas se puede citar a la conducta suicida.

### **Conducta suicida**

La conducta suicida puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasando por el intento de suicidio hasta llegar a la muerte autoinflingida o suicidio consumado. Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza delusiva.<sup>1</sup>

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante, pero en gran medida prevenible; provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, con altos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares.<sup>29</sup>

Del 12 al 25% de los adolescentes experimenta algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento. Cuando los sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de cambios en el comportamiento o planes específicos de suicidio, el riesgo de un intento de suicidio se incrementa<sup>30</sup>.

La ideación suicida constituye un espectro de manifestaciones o cuadros que van en un continuo, desde ideas no específicas como “la vida no vale la pena” a ideas específicas que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida, es decir, comprendería desde la idea fugaz de la dificultad para vivir a la idea suicida

transitoria, prolongada, permanente, impulsiva o planificada.<sup>5,45</sup> Según Beck, las personas con ideación suicida tienden a presentar distorsiones cognitivas, es decir, errores sistemáticos en sus pensamientos los cuales desencadenan esquemas que afectan sus creencias respecto a su yo y a su entorno. Por su parte Ellis, sostiene que la ideación-suicida es el resultado de un sistema de creencias irracionales, las cuales de mantenerse originan pensamientos y acciones que obstaculizan la posibilidad de enfrentar situaciones críticas, lo cual puede conducir al intento suicida.<sup>6</sup>

### **Formas de presentación de las ideas suicidas:**<sup>32</sup>

**Idea suicida sin un método específico.** El sujeto tiene deseos de matarse pero no sabe cómo.

**Idea suicida con un método indeterminado.** El individuo expone diversas maneras de matarse sin escoger una. Usualmente responde: “de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”

**Idea suicida con un método específico no planificado.** El sujeto fija su método pero no sabe cuándo ni dónde lo hará.

**El plan suicida.** Se ha elegido un método mortal efectivo, sitio, momento y los motivos que lo orillaron a esa decisión.

Las conductas de interacción familiar se transmiten de una generación a otra, de manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúa en modelos negativos de conducta que constituyen factores familiares para la conducta suicida, ellos son: violencia doméstica, la comunicación padres-hijos y el funcionamiento familiar.

### **Factores Familiares en la ideación suicida**

#### **Violencia Doméstica**<sup>33</sup>

También denominada violencia familiar o intrafamiliar, en donde existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La realidad de las conductas suicidas muestra las condiciones por las que los jóvenes transitan actualmente, lo que habla del punto de quiebre

en que se encuentran la sociedad y la familia. Estudios sugieren que los problemas de violencia familiar, así como los conflictos en la escuela, son factores precipitantes a la hora de provocar un intento de suicidio entre los adolescentes, ya que normalmente, los chicos aducen sentimientos de soledad, de ira o furia y afirman no sentirse queridos. Se ha dicho que el intento de suicidio es en realidad una forma de manifestar o aliviar este malestar.<sup>36</sup>

La OMS define la Violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.<sup>34</sup> Destacándose aquí la violencia familiar, que constituye “un patrón de conducta de un adulto/a o un adolescente con el fin de establecer y mantener el poder y control sobre otro adulto/a, adolescente o niño/a dentro del ámbito familiar.”<sup>35</sup>

Se define a la violencia familiar como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.<sup>31</sup>

### **Tipos de violencia:**

**Física.** Lesiones corporales infligidas de forma intencional: golpes, quemaduras, agresiones con armas, etc. Se define el castigo "corporal" o "físico" como todo castigo en el que se utilice la fuerza física y que tenga por objeto causar cierto grado de dolor o malestar, aunque sea leve. En la mayoría de los casos se trata de pegar a los niños ("manotazos", "bofetadas", "palizas"), con la mano o con algún objeto -azote, vara, cinturón, zapato, cuchara de madera, etc. Pero también puede consistir por ejemplo, dar puntapiés, zarandear o empujar a los niños, arañarlos, pellizcarlos, morderlos, tirarlos del pelo o de las orejas, obligarlos a ponerse en posturas incómodas, producirles quemaduras, obligarlos a ingerir alimentos hirviendo u otros.<sup>35</sup>

En muchos países y a nivel mundial, el castigo físico, es una práctica humillante común legitimada y muy arraigada en nuestras culturas utilizando la fuerza física como medida disciplinaria, ya que sus padres los habían educado así.<sup>36</sup>

La OPS, en su Informe Mundial sobre Violencia y Salud del 2003, afirma que en América Latina y el Caribe el castigo físico contra los niños es una práctica generalizada y que, cuando es “moderado”, es considerado como una forma adecuada de disciplinar por desobedecer a los padres.<sup>31</sup>

De esta forma, la violencia, imprime innumerables secuelas, especialmente en la autoestima de niños y adolescentes. Esto sugiere que una adolescente con autoestima baja, carente de apoyo y afecto familiar, podría ser inducida a la mayor parte de violencia intrafamiliar ya que es soportada en silencio, debido a que la edad ya no es más impedimento para los abusos y, cada día, más niñas y adolescentes se tornan víctimas de actos violentos. Este tipo de castigo físico es ejercido más hacia los niños que hacia las niñas. En el área rural las niñas expresan recibir castigos físicos con rajadas de leña. Algunas niñas y niños manifiestan que el maltrato puede llevar hasta la muerte.<sup>31,52</sup>

De hecho, la violencia intrafamiliar expresa dinámica de poder y/o afecto, en el cual existen relaciones de dominación-subordinación. En esta relación hombre/mujer, padres/niños en diversas generaciones, las personas están en posiciones opuestas, desempeñando papeles rígidos y creando una dinámica propia, diferente en cada grupo familiar. Por lo que todos los adolescentes, víctimas de la violencia física, tienen mayor probabilidad de presentar problemas en el aprendizaje, emocionales y de comportamiento violento que fue aprendido en el hogar, observando e imitando la conducta agresiva de los padres, madres así como de otros familiares o incluso de personajes que aparecen en programas de los medios de comunicación masiva.<sup>35</sup>

La violencia física está presente, en su mayoría, dentro de los hogares, registrando un 25% por el padre y 22% por la madre. A su vez, los motivos de intentos de suicidio según estudio del Instituto de Salud Mental, revela que un 3,6% de



adolescentes en Lima ha intentado suicidarse, en la sierra 2,9%, en la selva 1,7%. Los motivos son en su mayoría los problemas con los padres (55%) y otros parientes (22%). Asimismo, se demuestra que mientras haya mayor involucramiento paterno menores conductas de riesgo.<sup>36</sup>

**Sexual.** La violencia sexual se define como cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para utilizar a una persona mediante la coacción; independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, tanto el hogar como lugar de trabajo. La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y comercialización de mujeres, el aborto forzado, la negación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra enfermedades y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad.<sup>36-37</sup>

Puede existir violencia sexual entre miembros de una misma familia y personas de confianza, y entre conocidos y extraños. Dicha violencia puede tener lugar a lo largo de todo el ciclo vital, e incluye a mujeres y hombres, ambos como víctimas y agresores, afectando ambos sexos.<sup>37</sup>

Estudios realizados en diversos lugares como Camerún, el Caribe, Perú, Nueva Zelanda, Sudáfrica y Tanzania muestran altas tasas de denuncias de iniciación sexual forzada. Diferentes estudios han revelado una oscilación entre el 7,4% y el 46% de mujeres adolescentes y entre el 3,6% y el 20% de hombres adolescentes que han denunciado haber sufrido coacción sexual por parte de miembros de su familia.

La violencia sexual tiene consecuencias significativas para la salud, incluyendo el suicidio.

El estudio del abuso sexual, junto con el de la problemática suicida, es bastante nuevo sin embargo, estos fenómenos han ido convirtiéndose en objeto de preocupación, posiblemente porque su aparición en fechas relativamente recientes ha demostrado el ocultamiento que por mucho tiempo persistió en ambos.

El abuso sexual es perpetrado en la niñez, éste podría considerarse como un factor de riesgo para intentar suicidarse. Tanto el abuso sexual como el intento suicida pueden afectar el estado de salud mental de quien los ha experimentado.<sup>37</sup>

Para González, citado en Monserrat y Ramirez, el abuso sexual es cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, pidiéndole que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia.<sup>41</sup> En su gran mayoría este abuso es perpetrado por sus familiares y en general las niñas corren alrededor del doble de riesgo que los niños de que abusen sexualmente de ellas.

No basta con detectar la asociación entre el abuso sexual y el intento suicida, que pudieron haber experimentado los adolescentes, sino que resulta imperativo evaluar su impacto sobre el estado emocional actual, en particular en términos del malestar depresivo y la ideación suicida, ya que dichos acontecimientos pueden ser factores de riesgo emocional a corto y largo plazo para desarrollar otros problemas de salud mental, ya que este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para el adolescente.

**Psicológica.** La violencia psicológica o emocional no se percibe tan fácilmente como la física, pero lastima. Consiste en enviar mensajes y gestos o manifestar actitudes de rechazo. La intención es humillar, avergonzar, hacer sentir insegura y mal a una persona, deteriorando su imagen y su propio valor, con lo que se daña su estado de ánimo, se disminuye su capacidad para tomar decisiones y para vivir su vida con gusto y desempeñar sus quehaceres diarios.<sup>40</sup> La violencia psicológica no es una forma de conducta, sino un conjunto heterogéneo de comportamientos, en todos los cuales se produce una forma de agresión psicológica.

En todos los casos, es una conducta que causa un perjuicio a la víctima. Puede ser intencionada o no intencionada. Es decir, el agresor puede tener conciencia de que está haciendo daño a su víctima o no tenerla. Eso es desde el punto de vista psicológico. Desde el punto de vista jurídico, tiene que existir la intención del agresor de dañar a su víctima.<sup>39</sup>

La amenaza se distingue de la agresión, es una forma de agresión psicológica. Cuando la amenaza es dañina o destructiva directamente, entra dentro del campo de la conducta criminal, la que está penada por la ley. La violencia psicológica implica una coerción, aunque no haya uso de la fuerza física, debido a que la persona no sabe que clase de violencia va a recibir. La violencia psicológica no actúa como la violencia física, ya que ésta produce un traumatismo, una lesión u otro daño ocasionado inmediatamente. Sin embargo, la violencia psicológica es un daño que se acentúa y consolida en el tiempo y cuanto este persista mayor y más sólido será el daño.

No se puede hablar de maltrato psicológico mientras no se mantenga durante un plazo de tiempo. El insulto, desdén, una palabra o una mirada ofensivas, comprometedoras o culpabilizadoras conforman un ataque psicológico, pero no lo que entendemos por maltrato psicológico. Para que el maltrato psicológico se produzca, es preciso, que trascorra un tiempo en el cual el agresor asedie, maltrate o manipule a su víctima y llegue a producirle la lesión psicológica. Esa lesión, sea cual sea su manifestación, es debida al desgaste. La violencia, el maltrato, el acoso, la manipulación producen un desgaste en la víctima que la deja incapacitada para defenderse.<sup>39</sup> En ese sentido, la violencia familiar se asemeja a una enfermedad crónica, su diagnóstico suele ser difícil y tardío, requiere tratamiento prolongado, continuo y su pronóstico es negativo si no se interviene.

### **Comunicación entre los integrantes de la familia.**

El ambiente familiar negativo, caracterizado por problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, constituye uno de los factores de riesgo más vinculados al desarrollo de alteraciones en la salud mental en los hijos.<sup>42</sup> En

contraste, la comunicación familiar fluida y empática ejerce un fuerte efecto protector ante los problemas de salud mental e influye de forma positiva en el bienestar psicológico del adolescente.

Al inicio del tercer milenio, las condiciones de avance tecnológico, los sistemas de comunicación, y a las necesidades económicas hacen que ambos padres tengan que trabajar para traer ingresos al hogar, trae consigo una pérdida de la identidad familiar y origina que los adolescentes tengan una carencia de comunicación y subsecuentemente estén expuestos a factores que condiciona a los adolescente al intento de suicidio.<sup>40</sup>

En la comunicación familiar, no se tiene en cuenta el efecto diferencial entre padre y madre, sin embargo, ambos pueden contribuir de forma independiente en la salud mental del adolescente y con mayor énfasis en la comunicación, es en este sentido que el ajuste psicológico del adolescente está vinculado con la existencia de una relación parental. La comunicación entre padres e hijos influye de manera directa en el aspecto psicológico del adolescente.<sup>43</sup>

Cada familia tiene una manera particular de comunicarse; es lógico que al adolescente le influyan las costumbres y los hábitos que hay en ella. Según los interlocutores hay tres niveles de comunicación diferentes: de la familia con el exterior, de los padres entre ellos y de los padres con los hijos.<sup>42</sup> La manera en que la familia se comunica entre sus miembros influye en la forma de comunicación con su medio extra-familiar.

Según Barnes y Olson, citados en Domènech, entre la infancia y la adolescencia la comunicación entre los hijos y los padres se deteriora, debido a ello pasan menos tiempo interactuando juntos, y chicos y chicas hablan menos de sus asuntos espontáneamente y la comunicación se hace más difícil.<sup>44</sup>

Si en la familia los padres mantienen entre ellos una comunicación sincera y clara, los hijos aprenden a comunicarse de una manera semejante dentro y fuera del hogar. Si un adolescente está acostumbrado a vivir en una familia en la que sus

padres le comunican sus pensamientos y sus normas, en la cual se permite hablar de los sentimientos de cada uno de sus miembros, el adolescente se comunicará con más libertad, pues sentirá que le está permitido ser sincero.<sup>43</sup>

Falta de comunicación significa la transmisión de un bajo porcentaje de esa gama de elementos que es posible y se deben transmitir en familia, de modo que no llega a establecerse un vínculo sólido y una cohesión entre sus miembros, a parte del mero vínculo biológico. Si en la familia hay muchos secretos, miedos y mentiras, el adolescente continuará estas pautas siendo difícil cambiar esta concepción y manera de expresarse.

Además, cuando la familia realiza una crítica respecto al mundo exterior y se comporta de manera cerrada, no permite que nadie se inmerse, consecuentemente el adolescente tendrá dificultad en aceptar a los demás, tendrá miedo a contar a sus padres las cosas e incluso él mismo será demasiado desconfiado.<sup>43</sup>

Según Noller y Bagi, citado en Domènech, la relación de comunicación con la madre muestra un patrón mas abierta que con el padre. Dicha relación abarca temas de opinión libre tales como de interacción con sus amigos, familiares, los estudios, la política y la religión. En contraste con el padre que la relación en más prospectiva, es decir con visión de futuro y una relación evolutiva de comunicación.<sup>44</sup>

La inadecuada relación de comunicación entre padre e hijos concluye en una crisis muy común en el adolescente, en la cual sólo puede superarse adecuadamente cuando la comunicación conyugal no ha cesado de ser íntima, afectuosa, en crecimiento continuo. Las dificultades que el hijo adolescente trae a la familia deben ser un estímulo para acrecentar la comunicación, el apoyo y la defensa mutua incondicional.<sup>42</sup>

Una comunicación familiar adecuada debe incluir información e intercambio de ideas respecto al proyecto familiar o a sus actividades como grupo; transmisión de valores y de criterios educativos de padres a hijos; un modelo educativo y

posibilidad de discusión sobre el mismo; formación humana a los hijos; compartir información y apoyar las actividades y proyectos de cada miembro; compartir experiencias cotidianas, trascendentes o intrascendentes; compartir actividades; presencia física y psicológica de los padres; transmisión de seguridad, protección (no sobreprotección) y amparo mutuo; y, sobre todo, afecto; todo ello en el marco del respeto mutuo y la armonía entre el respeto a la individualidad de cada uno y los intereses de la familia como grupo.<sup>42</sup>

La comunicación es inadecuada cuando se transmite una cantidad importante de esos elementos, pero no se hace de la forma adecuada, lo cual, aunque conlleva otro tipo de consecuencias negativas, al menos sí permite sentir cierta cohesión y estructura afectiva entre los miembros. Existe comunicación inadecuada cuando se utiliza la imposición en vez del diálogo; cuando se utiliza el castigo como represaria, y no como consecuencia lógica de lo infringido; cuando hay prohibiciones y obligaciones en vez de responsabilidades razonables; cuando se dicen las cosas con un doble sentido agresivo; cuando no hay el debido respeto, e, incluso, cuando hay maltrato físico o psíquico con una intención positiva. Se transmite amor, educación, autoridad, protección, etc., pero se pueden producir daños colaterales profundos. En la comunicación inadecuada se puede tener un sentimiento ambivalente de amor y odio por los otros miembros; en la falta de comunicación el sentimiento predominante es la indiferencia por ellos.<sup>44,56</sup>

### **Funcionamiento familiar:**

Entre las dimensiones implicadas en el funcionamiento familiar se incluyen la cohesión y la adaptabilidad, siendo ambas dimensiones las principales para Olson y Van der Veen.<sup>46</sup>

#### **Cohesión**

Se considera unificante e incluye dos componentes: El vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia.<sup>47</sup> Para medir y diagnosticar la dimensión de cohesión son:

Vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.

La cohesión determina 4 niveles:

**Desligada:** Se refiere a la existencia de una extrema separación emocional, donde existe la ausencia de lealtad familiar, el poco involucramiento o interacción entre sus miembros y la ausencia afectiva entre ellos. Esta carencia de cercanía parento-filial trae como consecuencias la separación personal, en donde solo existe la necesidad y preferencia por los espacios separados logrando que en la relación filial se pierda todo interés por la familia y se focalice fuera de ella. La consecuencia de esta relación, concluye en un desinterés por parte del agredido, conduciéndolo a encontrarse con sus amigos a solas y teniendo así una recreación de manera individual.<sup>47-49</sup>

**Separada:** Existe separación emocional entre los miembros de la familia, asimismo, la lealtad es ocasional teniéndose un involucramiento con distancia personal. En esta relación familiar se demuestra la poca correspondencia afectiva, siendo claro los límites parento-filiales con cierta separación personal. Presenta interés el pasar tiempo de manera individual no descuidando un momento familiar, a la vez las decisiones se toman de manera individual, con intereses distintos y localizando el interés fuera de la familia. Las amistades no son compartidas con la familia y la recreación se lleva a cabo de la manera más separada posible.<sup>47,49</sup>

**Conectada:** La relación entre los miembros son alentadas y preferidas, logrando una cercanía emocional con una lealtad alta. Los límites entre los subsistemas tienen una cercanía parento-filial, el tiempo es importante, se toman las decisiones en conjunto, se respetan las decisiones, se comparten los intereses, la preocupación por los miembros de la familia y la recreación es compartida.<sup>47-49</sup>

**Amalgamada:** En la relación aglutinada la cercanía emocional es extrema, el involucramiento es altamente simbiótico, así como la lealtad hacia la familia. Sin embargo, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros y se expresa una dependencia afectiva, existiendo coaliciones parento-filiales. La mayor parte del tiempo los miembros de la familia la pasan juntos, se hace poco tiempo y poco

espacio para la individualidad, están sujetos las decisiones al deseo de grupo focalizándose en los intereses en conjunto por mandato.<sup>47-49</sup>

### Adaptabilidad

La dimensión de adaptabilidad es la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Para que exista un buen sistema de adaptación se requiere un balance entre cambios y estabilidad. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son: Estilos de negociación, poder en la familia (asertividad, control y disciplina), relaciones de roles y reglas de las relaciones.<sup>48-49</sup>

El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad determina 4 tipos:

**Rígida:** El liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa. Sin embargo, los padres se comportan de manera autocrática imponiendo las decisiones y con roles estrictamente definidos haciendo cumplir estrictamente las reglas, no existiendo la posibilidad de cambio.<sup>48-49</sup>

**Estructurada:** En principio el liderazgo es autoritario, siendo pocas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecible sus consecuencias. Son los padres quienes toman las decisiones, pero las funciones son estables y pueden compartirse, haciendo cumplir firmemente las reglas.<sup>47-49</sup>

**Flexible:** El liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática existiendo así un acuerdo en las decisiones logrando compartir los roles o funciones y haciendo que las reglas se cumplan con flexibilidad.<sup>48-49</sup>

**Caótica:** El liderazgo es limitado o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas habiendo inconsistencia en sus consecuencias es por ello que las decisiones



parentales son impulsivas con falta de claridad en las funciones y con ello frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente.<sup>48-49</sup>

### **Tipos de niveles de funcionamiento Familiar**

La correlación entre la cohesión y adaptabilidad, determina 3 tipos de funcionamiento familiar. Las familias de óptimo funcionamiento se encuentran en el rango balanceado, a diferencia de las familias no funcionales que se ubican en el extremo de los rangos.<sup>47</sup>

Los tres tipos de funcionamiento familiar son: Tipo balanceada, de rango medio y extremas.<sup>48,49</sup>

Nivel de funcionamiento balanceado: Las familias que se encuentran en este nivel, confluyen en ambas direcciones (cohesión y adaptabilidad), mencionándose las familias flexiblemente separadas y flexiblemente conectadas. Los individuos de este grupo tienen la habilidad de balancear los extremos de independencia y dependencia familiar.

Nivel de funcionamiento de rango medio: Las familias en este nivel, son extremas en una sola dimensión, encontrándose flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, caóticamente separada, caóticamente conectada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada, rígidamente conectada.

Nivel de funcionamiento extremo: En esta categoría son extremas en dimensión de cohesión y adaptabilidad, son una forma exagerada del rango medio debido a que varían de cantidad, calidad e intensidad. Lo conforman las familias caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada.

### **Teoría de las relaciones interpersonales de enfermería**

Esta teoría tiene como representante a Hildegard Peplau, conocida como la madre de la enfermería en psiquiatría.

Es una teoría cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera para reconocer y responder a la

necesidad de ayuda. Utiliza conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento.

Para Peplau, "La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria". Implica un movimiento hacia delante de la personalidad y otros procesos humanos, en dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, tanto a nivel personal como comunitario. En este modelo la relación entre la enfermera y el paciente constituye el aspecto más importante del proceso terapéutico, que se desarrolla en cuatro fases:<sup>50</sup>

**1. Orientación:** La persona tiene una necesidad y busca ayuda profesional. La enfermera junto con el paciente y los miembros del equipo de salud se ocupan de recolectar información e identificar problemas.

**2. Identificación:** A medida que la interacción entre el paciente y la enfermera avanza, el paciente empieza a expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema y se acerca mucho a las personas que parecen ofrecerle ayuda.

**3. Explotación:** Esta fase se refiere a tratar de aprovechar los servicios que le ofrecen y utilizarlos al máximo con el fin de obtener la recuperación. La enfermera debe tratar de satisfacer las demandas del paciente a medida que surjan.

**4. Resolución:** Implica un proceso de liberación, es preciso resolver las necesidades de dependencia psicológica del paciente y la creación de relaciones de apoyo, para fortalecer su capacidad de valerse por sí mismo.

Esta teoría permitió que las enfermeras ampliaran su campo de intervención, definiendo el modelo, en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos pudieran ser explotados e incorporados a las intervenciones de la enfermería.

Debido a que en el pensamiento suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo por la fuerza de la pulsión de autoconversión, generalmente la persona suicida pedirá auxilio de una u otra forma y hay que atender a estas señales pues existe la posibilidad de ayudar, de buscar apoyo profesional, para que sean guiados en el manejo de sus problemas.<sup>50</sup>

### **Modelo familiar de enfermería de Calgary** <sup>57</sup>

Este modelo está basado en tres categorías fundamentales: estructura, desarrollo y funciones de la familia. El estudio de la estructura familiar incluyen los aspectos internos y externos. En el aspecto interno se contempla la composición familiar, el rango de orden de sus miembros (jerarquía), diferentes subsistemas según las generaciones, sexo, intereses, funciones y por último fronteras o normas de la familia.

En cuanto al aspecto externo de la estructura familiar se contempla: la cultura, la religión, el status de clase social, medios y familiares lejanos. En el desarrollo familiar se refiere a las etapas, tareas y atribuciones de cada miembro.

La tercera categoría referida a las funciones de la familia, la clasifica en instrumental y expresivas. Las funciones instrumentales se refieren a las actividades diarias de la vida y la repartición de las tareas, por su parte las expresivas incluyen: comunicación, solución de problemas, roles, control, creencias, actitudes, expectativas, valores, prioridades y alianzas coaliciones, dirección, balance e intensidad de las relaciones entre los miembros.

Este modelo es complejo, con muchos subconceptos para la exploración de enfermería en cada familia. Cuando se utiliza este modelo, la enfermera debe determinar qué situaciones son más importantes y cuál será el foco de atención, además, debe adquirir información general sobre otras áreas. El modelo puede ser aplicado en cualquier tipo de familia con diversos problemas de salud.

### **2.3 Definición de términos usados.**

#### **Factores Familiares:**

Son aquellos factores que determinan la conducta del adolescente dentro y fuera del hogar, como el funcionamiento familiar negativo constituyéndose a veces en factores de riesgo que influyen y deterioran las relaciones entre sus miembros desencadenando crisis que altera la dinámica familiar y puede conducir a una ideación suicida del adolescente.

**Ideación suicida:**

Son manifestaciones del adolescentes que van, desde ideas suicidas no específicas como “la vida no vale la pena” y/o “vivir en mi casa es una tortura” a, ideas específicas como “intención de morir” o tener “planes específicos de suicidio”. Estas intenciones las expresa el adolescente al responder los instrumentos del estudio.

**Adolescente:**

Persona de 13 a 18 años de edad que transita entre la niñez y la adultez, caracterizándose por presentar cambios puberales con profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, que le pueden generar crisis, conflictos y contradicciones. En el estudio se trata del adolescente entrevistado.

**Violencia doméstica:**

Comprende todos aquellos actos violentos que se producen en el seno de un hogar, incluyendo el empleo de la fuerza física, sexual y psicológica y que perpetra, por lo menos, a un miembro de la familia contra algún otro familiar. En el caso del estudio de padres contra los hijos.

**Comunicación:**

Es el intercambio o transmisión de ideas, actitudes o creencias entre individuos o grupos. En el caso del estudio entre los padres y sus hijos.

**Funcionamiento familiar:**

Es la dinámica interna de las relaciones de los miembros de la familia. La cohesión y adaptabilidad, son sus dimensiones. Las cuales fueron medidas a través del Modelo Circumplejo de Olson.

**Enfermería:** Arte y ciencia encargada del cuidado y satisfacción de necesidades de la persona, familia o comunidad, tanto sana como enferma incluyendo los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual. Abarca los cuidados autónomos y en colaboración.

## **2.4 Formulación General de Hipótesis**

### **2.4.1 Hipótesis General**

- Los factores familiares están directamente relacionados con la ideación suicida en los adolescentes de la institución educativa Benito Juárez 2011.

### **2.4.2 Hipótesis Específicas**

- 1.- A mayor posibilidad de violencia doméstica (física, sexual y psicológica), mayor frecuencia de ideación suicida en los adolescentes.
- 2.- A menor nivel diagnóstico de comunicación de padres, mayor será la predisposición a la ideación suicida en los adolescentes.
- 3.- Los adolescentes cuyo funcionamiento familiar exprese niveles bajos de cohesión y adaptabilidad presentarán mayor frecuencia de ideación suicida.

## **2.5 Relación de Variables:**

El estudio consideró la evaluación de 2 variables:

**Variable de Independiente (I):** Factores familiares

**Variable Dependiente (D):** Ideación suicida en los adolescentes

### **2.5.1 Operacionalización de variables (Anexo A)**

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO**

### ***3.1 Tipo y método de estudio***

El presente estudio corresponde a una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, debido a que se busca especificar características importantes de lo que se analice y determinar el grado de relación que existe entre las variables, de nivel aplicativo porque los resultados sirvieron para explicar los factores familiares asociados a la ideación suicida en los adolescentes, de corte transversal debido a que se aplicó el estudio en un solo momento y tiempo único.

### ***3.2 Área de estudio***

El ámbito de estudio fue la institución educativa N°0073 “Benito Juárez” perteneciente al sistema estatal, ubicado en Jirón los Amautas Cdra.-15 Urbanización – Zarate del distrito de San Juan de Lurigancho. El colegio es una institución educativa de nivel primario y secundario que brinda servicio educativo a la comunidad de Zarate y sus alrededores, siendo protagonista del proceso de aprendizaje y formación en los avances científicos, tecnológicos, sociales y culturales. Cuenta con una infraestructura conformada por 6 pabellones y 22salones, donde laboran profesores, personal administrativo, auxiliar, oficinistas y bibliotecarios.

### **3.3 Población y muestra de estudio**

#### **Población:**

La población estuvo constituida por todos los estudiantes de educación secundaria del segundo al quinto año del turno tarde, la cual contó con 600 estudiantes distribuidos de la siguiente manera:

#### **Distribución de la población de la población escolar**

Año/Sección	A	B	C	D	E	Total
2do	31	33	32	36	26	<b>158</b>
3ero	36	34	36	35		<b>141</b>
4to	41	42	39	44		<b>166</b>
5to	35	36	33	31		<b>135</b>
Total Colegio						<b>600</b>

#### **Muestra**

La selección de la unidad de análisis se realizó mediante muestreo probabilístico estratificado. El tamaño de la muestra fue realizado mediante población finita ( $n = 285$ ). Cada participante fue elegido mediante selección sistemática de elementos muestrales por cada estrato considerado (2do, 3ero, 4to y 5to año de estudio), siendo que el primer sujeto fue determinado al azar por medio del tiro de dados y con una fracción constante ( $ksh = n/N$  de 0,475); asimismo, la secuencia de selección se llevó a cabo mediante el intervalo  $K$  ( $N/n$  de 2). Los valores obtenidos se representan en la siguiente tabla:

Año	Alumnos matriculados	% de alumnos	Tamaño de la muestra
2do	158	26	75
3ero	141	24	67
4to	166	28	79
5to	135	22	64
Total del colegio		<b>100</b>	<b>285</b>

La fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra fue la siguiente:

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

Población total N= 600

Nivel de confianza ( $Z_{\alpha}$ ) = 2,05 (96%)

Margen de error ( $i^2$ )= 0,04 (4%)

Probabilidad de que un adolescente alguna vez en su vida haya presentado pensamientos suicidas (p)= 0,291

Probabilidad de que no suceda el evento (q)= 0,709

Entre los criterios que se tuvieron en cuenta para el estudio, y así evitar muestras atípicas tenemos:

**Criterios de inclusión:**

- Adolescentes entre 13 y 17 años de edad de ambos sexos.
- Adolescentes que deseen participar voluntariamente.
- Adolescentes que estén presentes en el momento de la encuesta.
- Adolescentes regularmente matriculados.

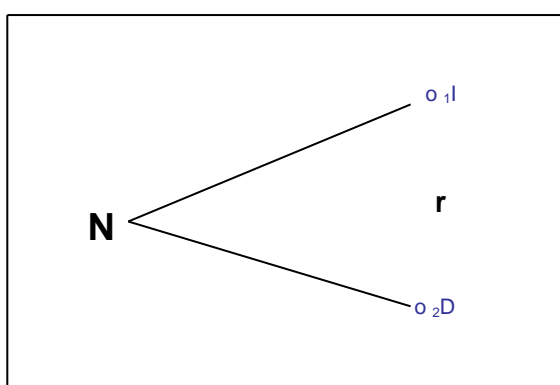


### **Criterios de exclusión:**

- Alumnos transferidos recientemente al colegio
- Alumnos que no deseen participar al estudio

### **3.4 Diseño Muestral.**

El diseño aplicado en la presente investigación, fue de tipo no experimental, puesto que no se manipulan las variables (Factores familiares e ideación suicida en los adolescentes)



Donde:

N = Número de adolescentes encuestados

o<sub>1</sub> (I) = Factores familiares

o<sub>2</sub> (D) = Ideación suicida en los adolescentes

r = Relación de las variables.

### **3.5 Técnica e instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un (1) cuestionario estructurado y tres (3) Escalas. Todos los instrumentos fueron aplicados en población peruana de adolescentes en distintos estudios, los cuales se describen al detalle a seguir.

El cuestionario mide el Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson, y fue validado inicialmente en 1987 por Malamud,

Gonzales Chu en 1998 y Pinto Herrera en 2004; siendo recientemente adaptado por Camacho y Nakamura<sup>12</sup>, quienes reportan una validez interna aceptable ( $r \geq 0,20$ ) y una confiabilidad de 0,71 mediante el Alfa de Crombach. Este instrumento contiene 20 preguntas medidas a través de una escala de graduación (Casi nunca; Una que otra vez; A veces; Con frecuencia y, Casi siempre) que va desde 20 a 100 puntos. Se compone de dos dimensiones: cohesión con 10 preguntas (impares) y adaptabilidad con otras 10 preguntas (pares). Cada dimensión se evalúa de forma independiente. Así, para Cohesión, los resultados se categorizan en: Cohesión Baja (10 – 34 puntos) = Familia Desligada; Cohesión Media A (35 – 34 puntos) = Familia Separada; Cohesión Media B (41 -45 puntos) que significa Familia Conectada y, Cohesión Alta (46 – 50 puntos) que significa Familia Amalgamada. Y, para Adaptabilidad, los resultados se categorizan en: Adaptabilidad Baja (10 – 19 puntos) = Familia Rígida; Adaptabilidad Media A (20 – 24 puntos) = Familia Estructurada; Adaptabilidad Media B (25 – 28 puntos) = Familia Flexible y, Adaptabilidad Alta (29 – 50 puntos) = Familia Caótica. La correlación entre la cohesión y adaptabilidad, determina 3 tipos de niveles de funcionamiento familiar. Las familias de óptimo funcionamiento se encuentran en el rango balanceado, a diferencia de las familias no funcionales que se ubican en el extremo de los rangos. Los tres niveles de funcionamiento familiar son: Tipo balanceada, de rango medio y extremas.

La primera Escala para Detectar la Violencia Familiar fue adaptada del estudio de Schaus<sup>15</sup> Se trata de una escala de graduación (siempre; casi siempre; a veces; pocas veces y, nunca) y se compone de tres dimensiones: violencia física, sexual y psicológica. Este instrumento contiene 15 preguntas con cinco cuestiones para cada dimensión. Su puntuación va desde 15 a 45 puntos.

La segunda escala es sobre la ideación suicida de Beck. Dicho instrumento aun no fue validado en el Perú, pero fue modificada por Huapaya<sup>13</sup> y Cachay<sup>51</sup> para facilitar su comprensión en la población peruana, siendo aplicado en adolescentes escolares de nivel secundario; se compone de 18 preguntas con respuestas dicotómicas (si-no) y tiene un puntaje mínimo de 18 y máximo de 36.

Los resultados finales se categorizan en Bajo (18 – 23 puntos), Medio (24 – 29 puntos) y Alto (30 – 36 puntos).

La tercera escala, se refiere a Escala de Comunicación Padres-Adolescentes de Barnes y Olson, siendo modificado por Bueno <sup>24</sup> y Gonzales <sup>52</sup> Se trata de una escala de graduación (nunca, pocas veces, a veces; muchas veces y siempre,) Este instrumento evalúa la comunicación entre los hijos y la madre y el padre (desde el punto de vista de los hijos). Cada escala consta de 20 ítems que representan dos grandes dimensiones de la comunicación padres-hijos: la apertura en la comunicación y los problemas en la comunicación. La apertura en la comunicación hace referencia al grado en que la relación padres-hijos se caracteriza por mantener una comunicación positiva, basada en la libertad, en la comprensión y en el libre intercambio de información. Los problemas en la comunicación, por su parte, tienen que ver con el mantenimiento en esta diada de una comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o de carácter negativo. La puntuación de las escalas es la suma de las sub escalas, los ítems que se invierten son los de la sub escala de problemas en la comunicación (2,4,5,10,11,12,15,18,19,20) y los ítems que no se invierten son los de la sub escala de apertura en la comunicación (1,3,6,7,8,9,13,14,16,17) ,ambas darán origen a los niveles diagnósticos de la comunicación tanto para el padre como para la madre.

### ***3.6 Confiabilidad del Instrumento***

Para reforzar la confiabilidad de algunos instrumentos fueron sometidos a prueba piloto Escala para Detectar la Violencia Familiar, escala sobre la ideación suicida de Beck y Escala de Comunicación Padres-Hijos de Barnes y Olson contando con la participación de 150 estudiantes adolescentes de la institución Educativa Virgen del Carmen -turno tarde, quienes presentaron las mismas características de la muestra original, cuyos resultados fueron procesados aplicando la fórmula estadística de alfa de Crombach para la escala de violencia familiar obteniéndose el valor de 0,792; con lo que su fiabilidad es alta, para la escala de ideación suicida, se aplicó la fórmula estadística Kuder richardson

obteniéndose el valor de 0,799; según el resultado se concluye que la Escala de Ideación suicida tiene una confiabilidad alta, por último para la escala de comunicación padres adolescentes se utilizó la fórmula estadística de alfa de Crombach obteniéndose una confiabilidad de 0,689 para escala madre y un 0,684 para la escala padre.

### ***3.7 Procedimientos para la recolección de datos***

Inicialmente, fue solicitada la autorización al director de la Institución Educativa mediante carta dirigida por la Directora de la Escuela Enfermería Padre Luis Tezza. Posteriormente se obtuvo la firma del consentimiento informado de parte de los tutores responsables de los estudiantes que participaron en el estudio y se realizó la aplicación del cuestionario y las escalas a los estudiantes de 2do a 5to de secundaria de acuerdo a la muestra por cada año de estudio.

### ***3.8 Técnicas de procesamiento y Análisis de datos***

La información obtenida de cada cuestionario se ingresó a una matriz, y así favorecer su fácil lectura; para luego analizar y describir mediante tablas y gráficos de frecuencias las variables estudiadas, utilizando la estadística descriptiva media y mediana. Asimismo se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS, Versión 17.0), para obtener la diferencia significativa de promedios se utilizó la t de student y para contrastar los factores familiares asociados a la ideación suicida fue mediante la prueba de Spearman.

### ***3.9 Aspectos éticos***

El estudio cumplió con los principios básicos de la ética en investigación. Se tomó en cuenta la dignidad humana con el derecho de autodeterminación y el derecho al conocimiento estricto de la información ya que las personas con autonomía disminuida tienen el derecho a ser protegidas. Se empleó el consentimiento informado, firmado, considerando la privacidad, el anonimato y el trato justo de los individuos en el estudio.

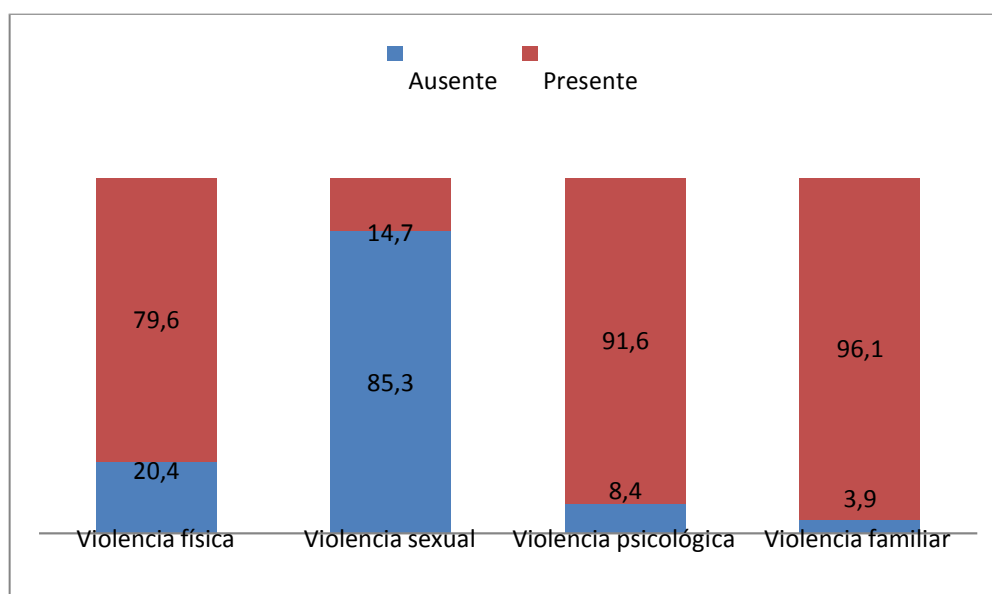
## **CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION**

### ***4.1 Resultados***

De los 285 participantes en el estudio, el 52,6% (150) era de sexo masculino, la edad fluctúa entre los 13 y 17 años. Asimismo, del total el 27,7% (79) cursaba el 4º grado de secundaria y 22,5% (64) cursaba 5º año.

Otro dato importante, es la prevalencia de ideación suicida alta en la población, correspondiendo al 14,0% (21) en el género masculino, a diferencia del género femenino que presenta una ideación baja 51,1% (69). A seguir se describen las variables en estudio.

**Gráfico 1: Tipos de violencia domestica en los adolescentes de la institución educativa Benito Juarez. Octubre 2011**



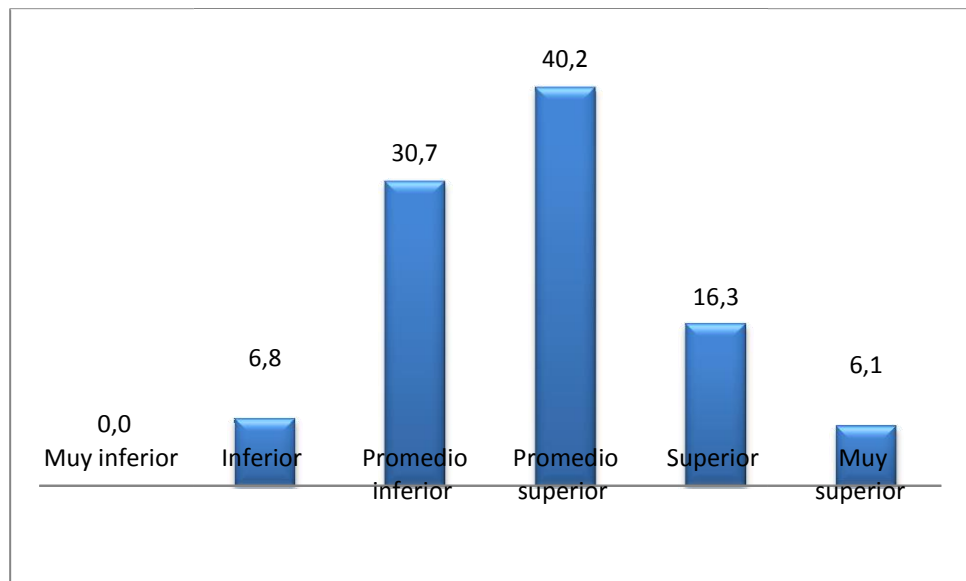
En el gráfico 1, se observa que existe un mayor predominio de violencia psicológica en el 91,6% (261) de los participantes y el 14,7% (42) había sido víctima de violencia sexual. Destacándose que de forma global, la violencia está presente en el 96,1% (274) de los participantes. Destacándose que dentro de la violencia física y psicológica los aspectos más frecuentes fueron: insultos, humillaciones, golpes con objetos, gritos.

**Gráfico 2: Comunicación padres-hijos en los adolescentes de la institución educativa Benito Juárez conforme la escala de Olson. Octubre 2011**



En el gráfico 2, se observa que la media en la comunicación con la madre fue de  $66,58 \pm 11,58$ , mientras la comunicación con el padre fue de  $63,39 \pm 11,51$ . Existiendo diferencia significativa entre ambos ( $p < 0,001$ ), con mayor comunicación con la madre (test t de student). Dentro de los aspectos más resaltantes son: la expresión libre de ideas sin temor, la atención que le brinda la madre al momento de conversar, las respuestas sinceras que brinda la madre, demostración de cariño, entre otros.

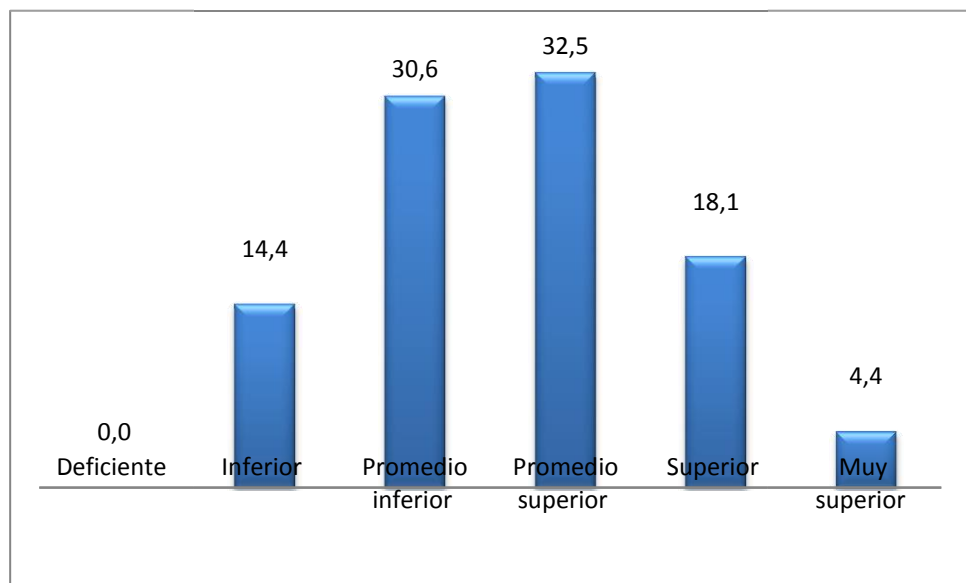
**Gráfico 3: Niveles diagnósticos de la comunicación padre-hijo en los adolescentes de la institución educativa Benito Juárez conforme la escala de Barnes y Olson. Octubre 2011**



En el gráfico 3, se evidencia que el 40,2% (106) de los adolescentes presenta una comunicación promedio superior, asimismo 30,7% (81) una comunicación promedio inferior. Cabe destacar, que el 6,8% (18) mantiene una comunicación inferior y 6,1% (16) una comunicación muy superior. Con impacto en el funcionamiento familiar, especialmente por la comunicación inferior y promedio inferior manifestando la dificultad en la credibilidad, las respuestas muchas veces son negativas, intenciones de ofensa al enojo.

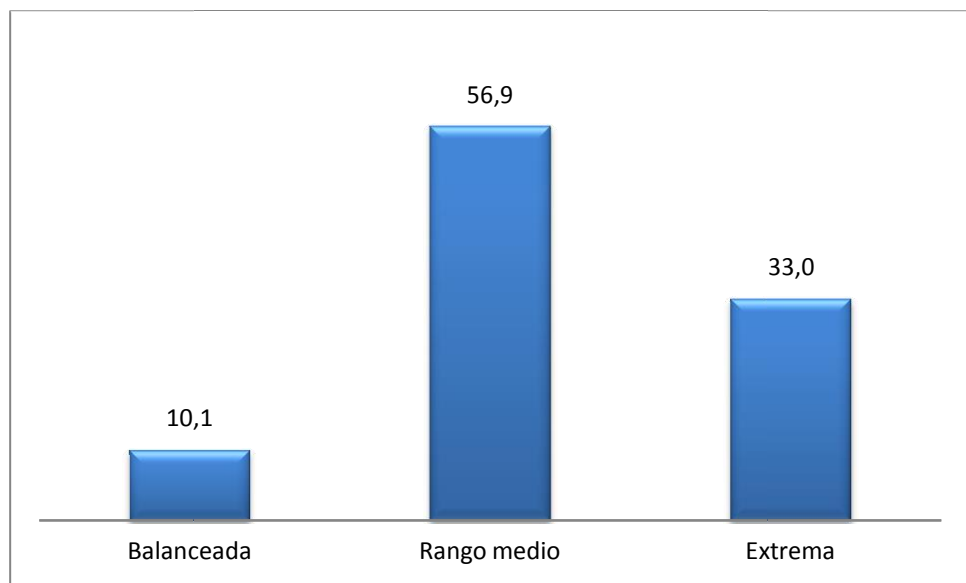


**Gráfico 4: Niveles diagnósticos de la comunicación madre-hijo en los adolescentes de la institución educativa Benito Juárez conforme la escala de Barnes y Olson. Octubre 2011**



En el gráfico 4 se evidencia 32,5% (88) presenta una comunicación promedio superior, asimismo el 30,6% (83) presenta una comunicación promedio inferior. Cabe destacar, que el 18,1% (49) mantienen una comunicación superior y que el 14,4% (39) una comunicación inferior. Cabe resaltar que los aspectos incluidos para una comunicación superior son: Conocimiento de la madre respecto a los sentimientos del hijo, las respuestas siempre son positivas, satisfacción al momento de conversar, confianza al expresar sus ideas, comprensión y respeto de los pensamientos.

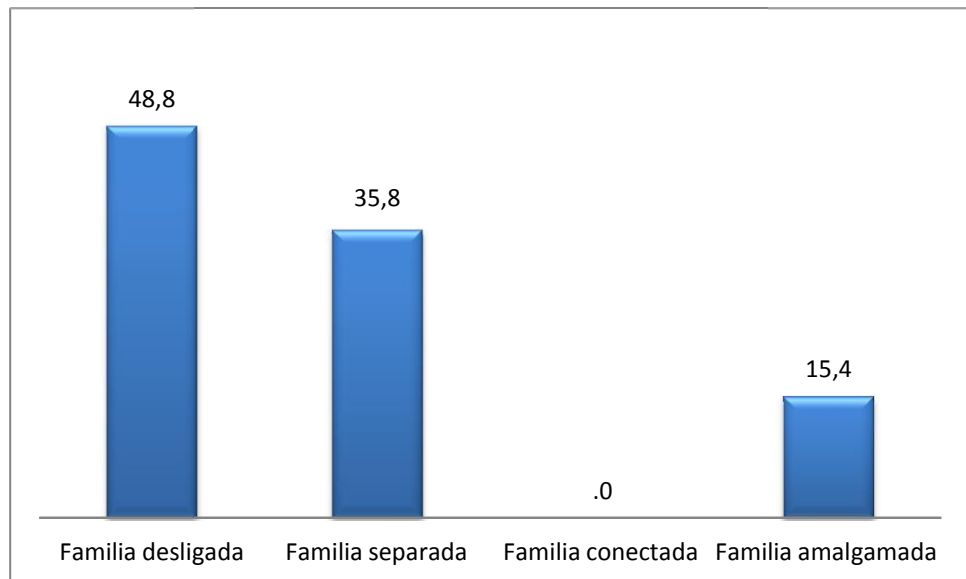
**Gráfico 5: Tipos de niveles de funcionamiento familiar en los adolescentes de la institución educativa Benito Juárez. Octubre 2011**



En el gráfico 5, se observa el 56,9% (162) de los adolescentes presenta un funcionamiento familiar de rango medio. Destacándose que el 33,0% (94) presenta un funcionamiento familiar extremo, lo que significa que ambas dimensiones tanto cohesión como adaptabilidad se presentan de manera exagerada confirmando familias caóticamente dispersas, caóticamente aglutinadas, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada.

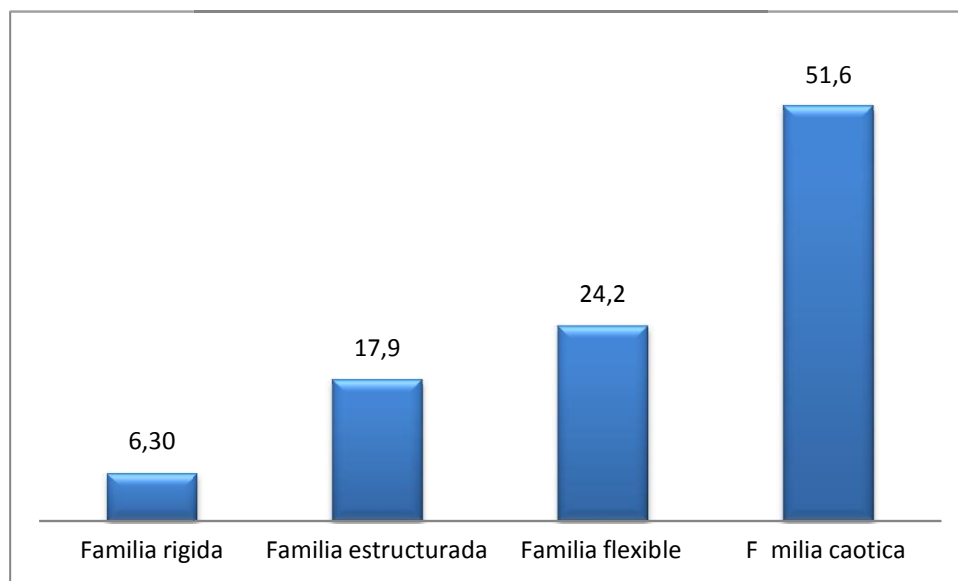
En la página siguiente y sub siguiente se disgregan las dimensiones del Funcionamiento familiar: Cohesión y adaptabilidad.

**Gráfico 6: Tipo de funcionamiento familiar según cohesión en los adolescentes de la institución educativa Benito Juárez. Octubre 2011**



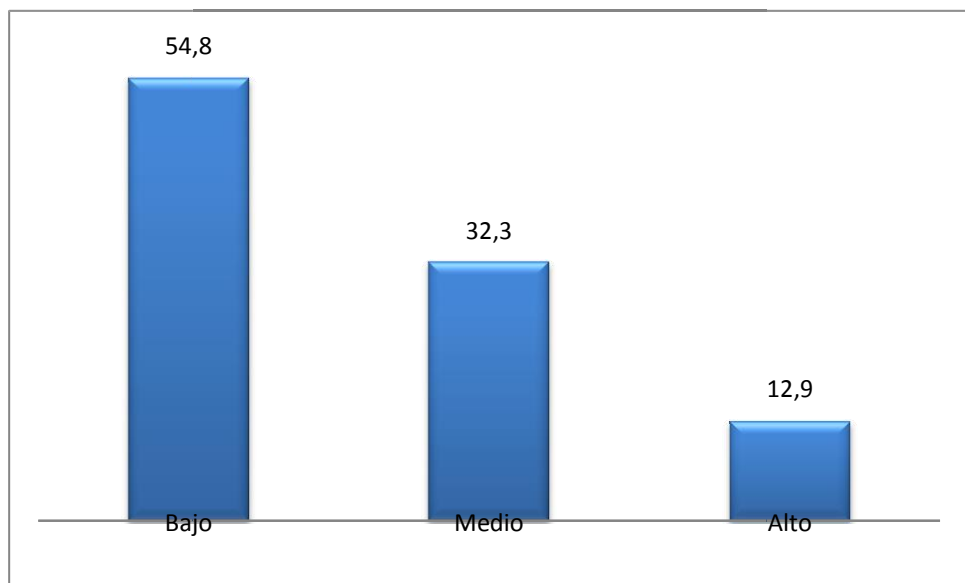
En el gráfico 6, se aprecia el funcionamiento familiar según la dimensión cohesión, identificándose que el 48,8% (139) pertenece al tipo de familia desligada (Cohesión baja), asimismo, que el 35,8% (102) corresponde al tipo de familia separada (Cohesión media A). Esto conlleva a evaluar la realidad del país donde las familias mantienen relaciones emocionales separadas caracterizándose por una ausencia afectiva entre ellos.

**Gráfico 7: Tipo de funcionamiento familiar según adaptabilidad en los adolescentes de la institución educativa Benito Juárez. Octubre 2011**



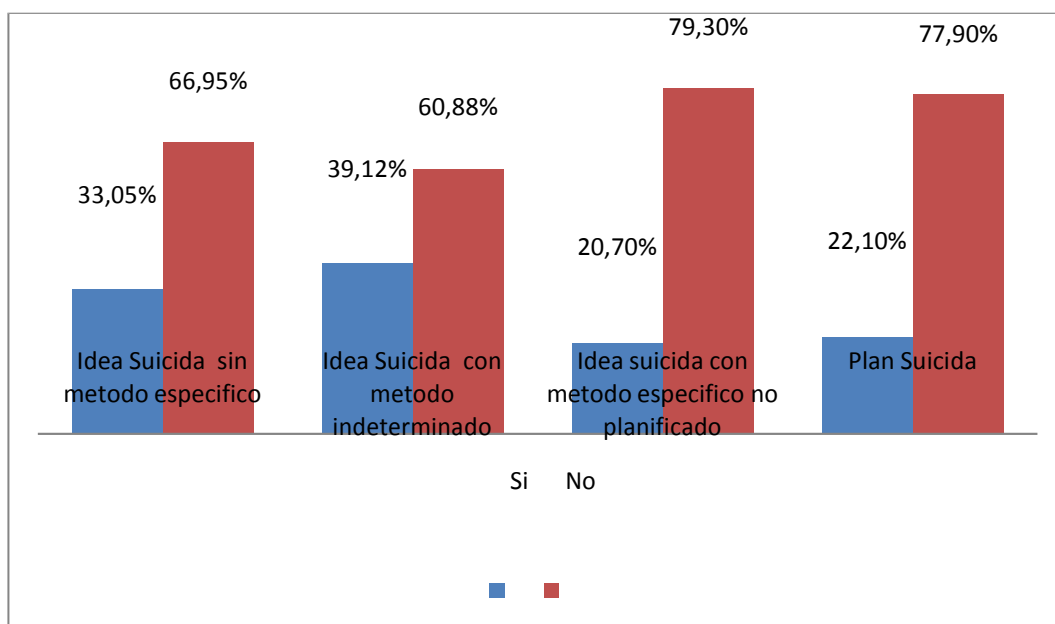
En el gráfico 7, se aprecia que en el funcionamiento familiar según adaptabilidad, el 51,6% (147) pertenecen al tipo de familia caótica (Adaptabilidad Alta), asimismo el 6,30% (18) corresponde al tipo de familia rígida (Adaptabilidad baja) y el tipo de familia flexible (Adaptabilidad media B) representa el 24,2% (69). La adaptabilidad alta se ve reflejada en la inconsistencia de decisiones entre los miembros de la familia, la ausencia en la claridad de funciones conlleva a un cumplimiento de reglas de manera inconsciente con ausencia de liderazgo por parte de los padres.

**Gráfico 8: Prevalencia de ideación suicida en los adolescentes de la institución educativa Benito Juárez. Octubre 2011**



El gráfico 8, muestra que el 12,9% (37) de los adolescentes presentó ideación alta, mientras que 54,8% (157) presentó ideación suicida baja.

**Gráfico 9: Formas de presentación de las ideas suicidas en los adolescentes de la institución educativa Benito Juárez. Octubre 2011**



En el gráfico 9, se identifica que el 39,12 % (112) de los adolescentes tuvo una idea suicida por un método indeterminado y otros 22,10% (63) había concluido con un plan suicida. Asimismo, por lo menos un 33,05% (95) de los adolescentes ha presentado una idea suicida sin un método específico.

**Cuadro 1: Relación de ideación suicida con violencia física, violencia sexual, violencia psicológica, comunicación con la madre y padre, funcionamiento familiar y sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad**

Variables	Valor r de Spearman	Valor de p
Violencia física	0,520	0,000
Violencia sexual	0,255	0,000
Violencia psicológica	0,490	0,000
Comunicación padre	-0,535	0,000
Comunicación madre	-0,512	0,000
Funcionamiento familiar	-0,390	0,000
Cohesión	-0,430	0,000
Adaptabilidad	-0,301	0,000

El cuadro 1 muestra que el coeficiente de correlación para todas las variables es significativa ( $p=0,000$ ). Con relación a violencia doméstica (física, sexual y psicológica) expresa que a mayor violencia física, sexual o psicológica mayor la posibilidad de presentar ideación suicida.

Con relación a la ideación suicida y comunicación con el padre, se observa que la correlación es negativa (-0,535), es decir, a menor comunicación con el padre mayor la posibilidad que el adolescente presente ideación suicida. Relación semejante también fue observado con la madre, pero con mayor consistencia (-0,512), reflejando que a menor comunicación mayor posibilidad de ideación suicida.

La variable ideación suicida y funcionamiento familiar también muestra una correlación negativa (-0,390), evidenciándose que a menor funcionamiento familiar mayor posibilidad que el adolescente presente ideación suicida. Según la dimensión cohesión, la correlación igualmente fue negativa (-0,430), es decir, a menor cohesión entre la familia mayor posibilidad de ideación suicida. La dimensión de adaptabilidad (-0,301), evidencia también que a menor adaptabilidad entre la familia mayor será posibilidad de ideación suicida.

## **4.2 Discusión**

A nivel nacional, los adolescentes representan el grupo etario más vulnerable, donde el 79% de residentes en Lima entre los 12 y 17 años ha pensado en suicidarse.<sup>(29)</sup> Por su parte, otro estudio refiere que el 16% de los adolescentes consideró que la causa de ideas suicidas serían los diversos problemas familiares.<sup>7</sup> Frente a esta realidad, los expertos vieron la necesidad de evaluar los factores familiares que inducen a la ideación suicida, debiendo conocerse el contexto situacional en el que se desenvuelven los adolescentes, con la intención de ayudar a crear nuevas actividades de promoción y prevención de la salud.

Los tipos de violencia doméstica se dividen en física, psicológica y sexual,<sup>36</sup> encontrándose en el presente estudio que la violencia psicológica es la más frecuente entre las familias (91,6%), concordando con los datos presentados por Schaus,<sup>15</sup> que identificó 25,8% de violencia psicológica en su población, aunque bastante menor la del presente estudio. Rojas,<sup>53</sup> por su parte, muestra que la violencia psicológica alcanzó al 44,7% de su población pero ésta fue antecedida por la violencia física (49,4%), a diferencia del presente estudio que alcanzó al 79,6% de los adolescentes (Gráfico 1).



Con relación a violencia sexual, el 14,7% de los adolescentes en el presente estudio refirió haber experimentado esta experiencia en alguna forma. Dato bastante elevado si es comparado con la información presentado por Schaus,<sup>15</sup> dónde apenas el 1,0% experimentó esta situación. Entretanto, Rojas<sup>53</sup> identificó que la violencia sexual alcanzó al 25,5% de su población. En general, la violencia familiar identificada en el estudio (96,1%) fue mucho mayor que en el estudio previo de Schaus<sup>15</sup> (30,9%), lo que puede indicar que actualmente existe entre los adolescentes mayor sensibilidad para los diversos tipos de violencia o que unos instrumentos son más específicos y sensibles que otros, debiendo estudiarse más profundamente este aspecto.

Por otro lado, se resalta que hubo correlación positiva entre los indicadores de violencia con la ideación suicida (Cuadro 1), demostrando que a mayores valores de violencia física, sexual o psicológica mayor posibilidad de ideación suicida. Resultado que llama la atención, considerando que el instrumento que mide la ideación suicida en el estudio ya se demostró consistente en estudios previos.

Considerando que la comunicación entre padres e hijos es una correspondencia recíproca, dónde debe prevalecer el vínculo de atención y amor, este canal debe mantenerse abierto para que exista una comunicación fluida, conociéndose las necesidades prioritarias del adolescente.<sup>54</sup> Cabe recalcar que la comunicación entre madre o padre difiere entre sí,<sup>44</sup> sin embargo, mantienen una relación que confluyen en la búsqueda del bienestar afectivo, emotivo e intelectual del adolescente.

En el presente estudio las características de la comunicación se detallan tanto para el padre como para la madre; identificándose que existe una comunicación promedio superior 40,2% hacia el padre (Gráfico 2), en contraste con el de Sobrino,<sup>55</sup> quien presenta en su estudio una comunicación promedio superior de 52,2%. Asimismo, Gonzales<sup>14</sup> muestra un resultado de 51,7%. Entretanto, en la comunicación muy superior en el presente estudio fue de 6,1%, valor bastante elevado en comparación con los resultados de Sobrino<sup>55</sup> y Gonzales.<sup>14</sup> En

ambos estudios esta característica de la comunicación fue mínima, de 0,3% y 1,0% respectivamente.

Se destaca que la comunicación muy inferior, se caracteriza porque en ella no existe una relación de dialogo abierto entre padre-hijo, con gran influencia de problemas en la comunicación que bloquea la relación efectiva que necesita el adolescente para fortalecer su desarrollo e identidad. Conforme gráfico 3, en el presente estudio no se evidenció característica, que sí lo presentaron tanto Gonzales<sup>14</sup> como Sobrino<sup>55</sup> con 3,1% y 2,9% respectivamente.

Con relación a la comunicación con la madre, el promedio superior fue de 32,5%, dato un poco menor del encontrado por Sobrino<sup>55</sup> (35,8%) y Gonzales<sup>14</sup> (35%). Sin embargo, la comunicación muy superior con la madre fue de 4,4% diferentes a los de Sobrino<sup>55</sup> y Gonzales<sup>14</sup> que mostraron valores mínimos de 2,9% en ambos estudios.

A su vez, en la comunicación de característica inferior, la relación de dialogo abierto es mínima, con una influencia alta de problemas en la comunicación entre madre-hijo. Estas característica fue identificada en el 14,4% de los adolescentes en el presente estudio (gráfico 4), dato que puede estar reflejando el comportamiento de las otras variables en estudio. Los resultados mostrados por Gonzales<sup>14</sup> y Sobrino<sup>55</sup> son relativamente semejantes en este aspecto, con 7,1% y 6,9% respectivamente.

Dos estudios previos<sup>55,56</sup> señalan ciertas diferencias en la comunicación entre padres-hijos, destacándose que la comunicación con el padre es más alta que la mantenida con la madre; no obstante en el presente estudio la comunicación fue mayor con la madre (media de  $66,58 \pm 11,58$  versus  $63,39 \pm 11,51$ ); concordando con el estudio de Gonzales<sup>14</sup> que identificó una media  $65,93 \pm 10,88$  en la comunicación con la madre y de  $59,11 \pm 12,76$  con el padre.

Cabe destacar que el indicador de comunicación, se encuentra relacionado de manera inversamente proporcional con el indicador de ideación suicida

( $p < 0,000$ ), identificándose que a mayor comunicación con la madre o el padre, menor es la posibilidad de presentar ideación suicida (cuadro 1).

Camacho y Nakamura<sup>12</sup> indican que el funcionamiento familiar es indispensable en el desarrollo del adolescente, destacándose que la relación con los padres debe ser de manera interactiva y sistémica. El estudio realizado por las autoras muestra que el 54,71% de los adolescentes presentó un rango medio de funcionamiento familiar, concordando con el presente estudio donde se identificó que el 56,9% tenía un rango medio de funcionamiento familiar; sin embargo, Huamansupa<sup>49</sup> identificó que el 43,7% de su población se encontraba en un nivel balanceado de funcionamiento familiar con alto rendimiento escolar y un 58,5% estaba en rango medio de funcionamiento familiar con bajo rendimiento escolar.

Los datos identificados en el presente estudio, con relación a la variable funcionamiento familiar son alarmantes para la realidad de la sociedad limeña (Gráfico 5), pues el 56,9% del rango medio tiene una tendencia de 33,0% hacia el nivel extremo, conduciendo así a un disfuncionamiento familiar, con muy pocas familias balanceadas (10,1%). Situación que conduce al sistema familiar hacia la separación, con grave impacto en el adolescente, quien tiene bajo apoyo emocional por parte de sus progenitores y consecuentemente afecta el grado de su autoestima, conduciéndolo a una situación de riesgo con vulnerabilidad a la ideación suicida.

El funcionamiento familiar hace referencia al grado de cohesión que existe entre sus miembros, es decir, involucra el vínculo emocional y el grado de autonomía de cada uno de los integrantes. Camacho y Nakamura<sup>12</sup> identificaron que el 50,22% de su población pertenecía a una familia desligada (cohesión baja), semejantes a los datos del presente estudio (48,8%), pero diferentes a los datos de Muñoz et al.<sup>11</sup> que encontraron que el 32% pertenecía a una familia separada. Cabe resaltar que en el presente estudio no se identificó la categoría familia conectada (cohesión media B). Esta ausencia de interacción y afecto entre los miembros, con carencia de la relación parento-filial trae como consecuencia la separación personal y un desinterés por parte de la persona afectada haciendo que

las familias no logren afianzar sus lazos afectivos. En contraste con Huamansupa,<sup>(49)</sup> quien identificó en su estudio un porcentaje muy consistente de tipo de familia conectada (40,2%) entre adolescentes escolares de alto rendimiento académico versus un 43,8% de adolescentes con predominio familia separada entre escolares con bajo rendimiento.

Asimismo, en la dimensión de Adaptabilidad el 51,6% pertenecía a una familia caótica, este dato lo corrobora Camacho y Nakamura<sup>12</sup> indicando en su estudio que el nivel de adaptabilidad es alto 55,61%; caracterizando en estas cifras que los roles de las familias se encuentren dispersos, donde los padres no tengan el liderazgo para poder mantener una familia saludable con lo cual las decisiones de los adolescentes se ven influidos por el mundo exterior. A diferencia de Huamansupa<sup>49</sup> indica que en su estudio existe predominio de la familia flexible con un 37,8%.

Por otro lado, Huapaya<sup>13</sup> refiere que la prevalencia de ideación suicida es baja (83,12%) concordando también con Cachay<sup>51</sup> quien muestra un 79,8% de los adolescentes escolares encuestados con ideación suicida baja, mientras que la ideación suicida media corresponde al 16,0%; a diferencia de nuestro estudio donde solo el 54,8% presentó ideación suicida baja, sin embargo la prevalencia de nivel alto es de 12,9% cifra mayor frente al 2,6% mencionado por Huapaya<sup>13</sup> y al 4,0% mostrado por Cachay.<sup>51</sup>

Existen diversos estudios<sup>13, 19, 30,51</sup> que señalan a las mujeres con mayor índice de ideación suicida 20,9%, 21,1%, 53,8%, 46,6% respectivamente, a diferencia del presente estudio en donde los varones son quienes muestran mayor ideación suicida en un 14,0%. Sin embargo, existe una tendencia del 36,3% de prevalencia media en las mujeres.

Los resultados del presente estudio revelan una gran preocupación existente en la sociedad, debido a que no reflejan una interacción entre los miembros de la familia, presentándose un nivel de rango medio en el funcionamiento familiar, la existencia de familias caóticas, la comunicación por

debajo del promedio y el incremento de violencia domestica que conllevan a una dinámica familiar disfuncional, donde se requiere que el adolescente tenga un espacio para ser reconocido como miembro importante en la familia y no tenga problemas en la toma de decisiones. Además existe una tendencia media a la ideación suicida ocasionada por los factores familiares directamente proporcionales.

En el país, no se han encontrado investigaciones similares al presente estudio, lo que conduce a pensar que el abordaje de los lineamientos y políticas de salud todavía siguen siendo una problemática, a pesar que las necesidades en los adolescentes son multidimensionales. La existencia de programas preventivos-promocional aún no se aplican en todos los sectores; siendo poco el trabajo realizado para difundir estos lineamientos, tal es así que la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz <sup>58</sup> promueve el desarrollo físico, mental y social de la población. Cabiendo a los profesionales de salud velar por un entorno saludable, para disminuir aquellos factores y situaciones de riesgo al que está expuesto el adolescente. Dónde se observa una desestructura familiar y falta de cohesión y adaptabilidad.

Frente a esta falta de estructura política y partiendo de la situación actual, el cuidado de la enfermera se ha establecido con el fin de mejorar la situación de bienestar del adolescente y familia. Basándose en el modelo de enfermería de Calgary, <sup>57</sup> la enfermera debe valorar la estructura, el desarrollo y el funcionamiento familiar, siendo indispensable que enmarque su labor en una asistencia preparada y proactiva, debiendo aplicar actividades desde el primer nivel de atención como promoción de la salud y prevención de las enfermedades, contribuyendo a fomentar y promocionar familias saludables, donde sus miembros se integren entre sí manteniendo una relación parento-filial adecuada. La teoría de Peplau, <sup>50</sup> a su vez, refiere que la enfermera debe promover la inmersión e involucramiento de la persona en su medio social, así como crear medios para su interacción de lazos en familia logrando una personalidad creativa y constructiva

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### ***5.1 Conclusiones:***

La violencia doméstica -física, sexual y psicológica ( $p=0,000$ ), niveles diagnósticos de comunicación ( $p=0,000$ ), tipos de nivel de funcionamiento familiar y sus dimensiones ( $p=0,000$ ) son factores asociados a la ideación suicida en los adolescentes de 2°-5° de secundaria en la institución educativa Benito Juárez.

El principal factor asociado a ideación suicida en este grupo poblacional fue la violencia doméstica (psicológica).

La violencia familiar (física, sexual y psicológica) mantiene una relación directa con la ideación suicida.

El nivel de relación de comunicación con la madre fue mayor en comparación la del padre  $63,39\pm 11,51$ .

El 56,9% de los adolescentes presentó un funcionamiento familiar de rango medio, según cohesión se encontró que el 48,8% presentaron un

rango bajo y según adaptabilidad se encontró que el 51,6% presentó rango alto.

La prevalencia de ideación suicida fue baja 54,8%, sin embargo, la ideación alta y media corresponden a un 45,2 % teniendo una prevalencia mayor en varones que en mujeres, así mismo un 22,10% de los adolescentes había concluido con un plan suicida.

Los niveles diagnósticos de comunicación padres e hijos están relacionados inversamente con la ideación suicida.

El tipo de funcionamiento familiar y sus dimensiones se encuentran relacionados inversamente con la ideación suicida.

## ***5.2 Recomendaciones:***

Para la investigación:

Realizar investigaciones similares en otra área de estudio, con un nuevo enfoque de comparación y consolidar los datos identificados en este estudio.

Desarrollar un estudio nacional en las escuelas, tanto públicas como privadas, para determinar la verdadera magnitud del problema y planificar programas de prevención de parte del personal de salud, en especial de los profesionales de enfermería.

Realizar investigaciones cualitativas que ayuden a profundizar el estudio de los factores que pueden llegar a asociarse a la ideación suicida, pero desde la propia historia de vida de los adolescentes.

Para la institución educativa:

Incidir en la creación de programas preventivo - promocional, fomentando actividades que ayuden al adolescente al mantenimiento de su salud mental.

Brindar educación a los profesores y padres de familia para detectar precozmente aquellos adolescentes con inicios de ideación suicida.

Que la Dirección de Tutoría Y Orientación Educativa (DITOE) del Ministerio de Educación, en coordinación con las escuelas y colegios, elabore y establezca estrategias o actividades preventivas hacia las ideas suicidas dirigidas a los estudiantes de educación secundaria, abordando temas de autoestima, interacción familiar, valores, entre otros.

Que la institución educativa organice programas con directivas de trabajo hacia los padres de familia, como Escuela para Padres, en las cuales se refuerce el tema de valoración familiar y de ese modo sensibilizarlos sobre el tema y contribuir con la detección y lucha contra la violencia doméstica.

Para la profesión de enfermería:

Fomentar una atención integral por parte del profesional de salud, trabajando en equipo que fomenten práctica preventivo-promocional de salud mental mediante la realización de charlas educativas dirigidas a los adolescentes en las instituciones educativas.

Incentivar a los estudiantes de enfermería involucrarse más con las actividades de nivel primario, especialmente con las escuelas y colegios mediante actividades de proyección social y extensión universitaria, reconociendo que la salud mental de los escolares es esencial para garantizar el desarrollo del país y un compromiso de profesión como promotora de la calidad de vida de las personas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Calvo J, Sánchez R, Tejada P. Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en estudiantes Universitarios. Revista Salud Pública [revista en internet] 2003 Mayo [Acceso 12 de mayo de 2010]; 5(2). Disponible en: [www.scielo.unal.edu.co/scielo.php](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php)

2.- Organización Mundial de la Salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible [Sede web]. Ginebra: Centro de Prensa; 2004 [Actualizado 10 de enero de 2011; acceso 2 Octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

3.-Pérez I, Ibáñez M, Reyes J, Atuesta J, Suárez M. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Revista de Salud Pública [revista en internet] 2008 julio [Acceso 14 de mayo de 2010]; 10 (3). Disponible en: [www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a02.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a02.pdf)

4.-Villalobos B, Crespo J. Intentos de suicidio en niños y adolescentes en la consulta de emergencia del Hospital Miguel Pérez Carreño junio 2002-mayo 2003. Revista Sociedad Venezolana de psiquiatría [revista en internet] 2004 julio-diciembre [Acceso 22 de octubre de 2009]; 50(103). Disponible en [http://www.venezuelasite.com/portal/pagina\\_web/2514](http://www.venezuelasite.com/portal/pagina_web/2514)

5.-Robledo P. Suicidio en adolescentes: Lo que el equipo de salud debe saber. Revista Perú Pediatría [revista en internet] 2007 Abril [Acceso 9 de mayo de 2010];60(1). Disponible en: [revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpp/v60n1/a11v60n1.pdf](http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpp/v60n1/a11v60n1.pdf)

6.-Reyes H. El comportamiento suicida y su relación con el autoconcepto y la depresión en los adolescentes. México: León; 2008. 1-9

- 7.-Universia Perú [Sede web]. Perú: Bolaños; 2004 [acceso 2 de octubre de 2009]. Cuando la vida pierde sentido [1]. Disponible en: <http://sitios.universia.edu.pe/noticias/principales/destacada.php?id=37580>
- 8.- Monge J, Cubillas M, Roman R, Abril E. Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. Revista Psicología y salud [revista en internet] enero-junio 2007. [Acceso 10 de octubre de 2009]; 17(1). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117105.pdf>
- 9.- Instituto Gestalt de Lima. Adolescentes: ¿Por qué se suicidan? Lima [Base internet] 2009; [consultado el 10 de setiembre de 2009] Disponible en: [institutogestaltlima.org/blog/?cat=21](http://institutogestaltlima.org/blog/?cat=21)
- 10.-Cano Lenk P. Factores asociados a la ideación suicida en Adolescentes adolescentes de la Selva Peruana. [Tesis magistral en salud pública] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009
- 11.- Muñoz J, Pinto V, Callata H, napa N, Perales A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitario entre 15 y 24 años. Rev Perú Med Exp salud Pública [revista en internet] 2005 [Consultado el 30 de mayo del 2010]; 23(4):[239-45]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a02v23n4.pdf>
- 12.- Camacho Palomino P, León Nakamura C. Funcionamiento Familiar según el modelo Circunflejo de Olson en adolescentes de la Institución Educativa Francisco Bolognesi Cervantes. Tesis para optar el grado de Licenciatura Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2009
- 13.- Huapaya Cáceres, D. Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima. [Tesis profesional para optar el Título de Medicina Humana] Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009

- 14.- Gonzales Chung, E. Comunicación y Satisfacción Familiar en estudiantes de la provincia de Lima. [Tesis para optar el grado de Magister en docencia en psicología] Lima; Universidad San Martín de Porres; 2010
- 15.- Schaus Riquelme, G. Violencia Familiar y problemas de Comunicación en las Familias del AAHH Laura Caller. [Tesis para optar el grado académico de Licenciada en enfermería] Lima; Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2005
- 16.- Vázquez E, Fonseca I, Ramón Padilla J. Diagnóstico de depresión con la Escala de Birlson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. Revista Medigraphic [revista en internet] México; 2005. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2005/bis052j.pdf>
- 17.- María I. Cividanes Estructura y dinámica familiar en el perfil del adolescente con intento suicida. [Tesis profesional medicina familiar] [Consultado el 30 de mayo del 2010] Venezuela; 2005- 2006. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/55199684/TESIS-MedicinaFamiliar-C>
- 18.- Pérez Amezcua Berenice, Rivera Rivera Leonor, Atienza Erika. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. [Revista Redalyc en internet] [Consultado el 20 de marzo de 2010] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10617416008>
- 19.- Gonzales S, Díaz A, Ortiz S, Gonzales C, Gonzales J. Características Psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de México. Salud Mental 2000; 2321-30. Consultado el 8 de enero de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58222304>.
- 20.- Papalia, Wendkes O. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Undécima edición. España, Mc Graw Hill, 2009.

- 21.- La Salud de los Jóvenes: un desafío par la sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre la Salud de los Jóvenes y la Salud para Todos en el Año 2000. Ginebra, Organización Mundial de la salud, 2010. [acceso 6 de septiembre de 2011] Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_731\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf)
- 22.- Ministerio de Salud del Perú (Minsa) “Análisis de la Situación de las y los Adolescentes” en el Perú, [base internet] 2009[acceso 6 de septiembre de 2011] Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas\\_auxiliar.asp?nota=7922](http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=7922)
23. Santrock J. Adolescencia psicología del desarrollo. Novena edición, España, Mc Graw Hill, 2004.
- 24.-Bueno Cuadra R. Validación, Confiabilidad y Correlación entre las escalas de Comunicación Padres - Hijos y Satisfacción familiar en Estudiantes de una Universidad de Lima. [Tesis para optar el Grado Académico de maestro en Psicología] Lima; 1996.
- 25.- Saucedo García J, Maldonado Duran J.La familia su dinámica y tratamiento.1ed EE UU, Organización Panamericana de la salud; 2003.
- 26.-Organización Mundial de la Salud. Definición de Familia. [Consultado el 10 de septiembre del 2011] Disponible en: <http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html>
- 27.- Saavedra Oviedo J. Familia: tipos y modos.2007 [base internet] [Consultado el 10 de septiembre del 2011] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml>
- 28.- Cortez Elizabeth. Docencia enfermería: Los roles familiares.2008 [base internet] [Consultado el 15 de mayo del 2010] Disponible en: <http://docenciaenfermeria.blogspot.com/2008/12/los-roles-familiares.html>

- 29.- Organización Mundial de la Salud. El suicidio: un problema público enorme y sin embargo prevenible. Washington, D.C. [base internet] [acceso 10 de septiembre de 2004]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- 30.- Cano P; Gutierrez C, Nizama M, Tendencia a la violencia e ideación suicida en Adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía Peruana. Rev Perú Med. Exp Salud Pública [revista en internet] [acceso 10 de mayo de 2010] 26 (2): 175-81. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a07v26n2.pdf>
- 31.- Etienne G, Linda L. Dahlberg J. Mercy B. Zwi . Lozano R. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, 2ª ed. Washington, D.C, E.U.A, 2003.
- 32.- Pérez S. El Comportamiento Suicida. [Base internet] abril 2008 [Acceso 10 de noviembre de 2009] Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml>
- 33.- Congreso Nacional de Chile, La familia. [Base internet] [Acceso 10 de mayo de 2010]. Disponible en: [www.bcn.cl/ecivica/concefamil](http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil)
- 34.- Organización Mundial de la Salud. Definición de Violencia. [Consultado el 10 de agosto del 2011] Disponible en: <http://autoridad-en-tiempos-modernos.blogspot.com/2009/06/violencia-segun-la-oms.html>
- 35.- Puig M. El Mundo y su Contexto: Maltrato infantil [base internet] 2003 [acceso 1 de noviembre de 2009] Disponible en: [el mundo y su contexto.blogspot.com/.../maltrato-infantil-en-uruguay-el-85-de.html](http://el-mundo-y-su-contexto.blogspot.com/.../maltrato-infantil-en-uruguay-el-85-de.html)
- 36.- Álvarez R, Vargas M. Violencia en la adolescencia, [Revista Redalyc en internet].México; 2002 [Consultado el 15 de mayo del 2010] Salud en Tabasco, agosto año/vol.8, número 002. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=48708210>

- 37.- Violencia sexual más allá de la violación [base internet] 2008 [acceso 10 de mayo de 2009]. Disponible en: [http://www.alianzaintercambios.org/files/doc/1205359378\\_VIOLENCIA%20SEXUAL%20MAS%20ALLA%20DE%20LA%20VIOLACION.pdf](http://www.alianzaintercambios.org/files/doc/1205359378_VIOLENCIA%20SEXUAL%20MAS%20ALLA%20DE%20LA%20VIOLACION.pdf)
- 38.- Evangelina A. Reconociendo la Violencia Emocional [base internet] abril 2008 [acceso 20 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.evangelinaaronne.com.ar/2008/04/reconociendo-la-violencia-psicologica-o.html>
- 39.- Martos A, Boletín de noticias sobre acoso psicológico. Cómo detectar la violencia psicológica. [Base internet] abril 2009 [Acceso 10 de octubre de 2010] Disponible en: [http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article\\_682.shtml](http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article_682.shtml)
- 40.- Valdés N. Bienestar psicológico de los adolescentes en función de la estructura familiar [Base de datos en internet]. [Consultado el 10 de junio del 2010] Disponible en: [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art29001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art29001)
- 41.- Montserrat A, Martínez, Ramírez R. Relación del Abuso Sexual con el Intento Suicida en estudiantes de Educación Media y Media Superior [Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología], México; 2006.
- 42.- Mendoza Burgos M. 2010 [base internet] [Consultado el 3 de septiembre del 2011] Disponible en: <http://dramendozaburgos.com/blog/comunicacion-familiar/>
- 43.- Schmidt V. Modelo Trifactorial de Comunicación Adolescente-Padres. La perspectiva ecopsicológica. Acceso Internet [Consultado el 3 de septiembre del 2011] Argentina, 2008] Disponible en: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/practicas\\_de\\_investigacion/787\\_problematicas/material/modelo\\_trifactorial.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/787_problematicas/material/modelo_trifactorial.pdf)
- 44.- E. Domènech Llaberia, Izakun Baños. Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia, Univ. Autònoma de Barcelona, 2005 - 375 p

[Consultado el 3 de septiembre del 2011 Disponible en:  
[http://books.google.com.pe/books?id=RLvVz7ueZEQC&pg=PA190&dq=olson+comunicacion+padres+adolescentes&hl=es&ei=QUKQToGIM466tgfaxZWtDg&sa=X&oi=book\\_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CDAQ6wEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=RLvVz7ueZEQC&pg=PA190&dq=olson+comunicacion+padres+adolescentes&hl=es&ei=QUKQToGIM466tgfaxZWtDg&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CDAQ6wEwAA#v=onepage&q&f=false)

45.-Castañeda A. Características psicosociales del adolescente parasuicida [base de datos en internet]. Perú, 2003 [Consultado el 10 de junio del 2010] Disponible en [www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp)

46.- Aquilino P, Martinez P, Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la Familia. Ediciones Rialp, 1998 - 343 p. Disponible en [http://books.google.com/books?id=mHfevHTMkGUC&pg=PA222&hl=es&source=gbs\\_selected\\_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com/books?id=mHfevHTMkGUC&pg=PA222&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false)

47.- Ferreira Rocha A. Sistema de Interacción Familiar asociado a la Autoestima de Menores en Situación de Abandono Moral o prostitución. Tesis para optar el grado académico de doctora en Psicología [Consultado el 30 de mayo del 2010], Lima, 2003. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/ferreira\\_ra/ferreira\\_ra.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/ferreira_ra/ferreira_ra.htm)

48.- Condori Ingaroca J. Funcionamiento Familiar y Situaciones de Crisis de Adolescentes Infractores y No Infractores en Lima Metropolitana. Tesis para optar el grado de Magister en Psicología [Consultado el 30 de mayo del 2010], Lima, 2002. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/condori\\_i\\_1/cap1.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/condori_i_1/cap1.htm)

49.- Humansupa Rosas E. Funcionamiento Familiar según el modelo Circumplejo de Olson en estudiantes de secundario de un colegio estatal con alto y bajo rendimiento académico. [Tesis para optar el Título profesional de Psicología] Lima; 2002.

50.- Dueñas J. Enfermera Teóricas. Hilderagard Peplau base Internet Consultado el 15 de mayo del 2010. Disponible en [www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias.htm)

51.- Cachay López, P. Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Adolescentes Escolares de 3er, 4to y 5to año de Secundaria de Instituciones Educativas en Lima Metropolitana. [Tesis profesional para optar el Título de Medicina Humana] Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010

52.- Fernández A, Herrero S. Violencia doméstica. Revista Semfyc [revista en internet]. España; 2003[Consultado el 13 de marzo del 2010]. Disponible en: [http://www.msps.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA\\_DOMESTICA.pdf](http://www.msps.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf)

53.- Rojas Llano, D. Violencia Familiar y su recuperación en la Autoestima y Rendimiento escolar en alumnos de Secundaria. Independencia. [Tesis para optar el grado de Licenciatura], Lima; Escuela de enfermería padre Luis Tezza afiliada a la universidad Ricardo Palma 2010.

54.- Gasteiz V. Y, Llegó la Adolescencia. Guía para Padres y madres con Hijos e Hijas Adolescentes. [Consultado el 13 de marzo del 2010]. Disponible en: <http://158.109.131.198/catedra/images/biblioinfancia/Y%20llego%20la%20adolescencia.pdf>

55.- Sobrino Chunga L. Niveles de Satisfacción Familiar y de Comunicación entre padres e hijos. [Consultado el 13 de marzo del 2010]. Lima, 2008. Disponible en: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/satisfaccionfamiliar.pdf>

56.- Cava M. Comunicación Familiar y Bienestar Psicosocial en Adolescentes. Actas del VIII Congreso Nacional de Psicología Social. [Consultado el 13 de marzo del 2010]. vol. I (I), 23-27. Disponible en: <http://www.uv.es/lisis/mjesus/encuentrosenpsico.pdf>

57.- Bello N. Enfermería Familiar y Social. Libros de Autores Cubanos. Editorial



Ciencias medicas. [Consultado el 13 de setiembre del 2011]. Disponible en:  
<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-000-00---0enfermeria--00-0-0enfermeria--0prompt-10---4----0-0-0-01-0-1-mn-50---20-about--4-00031-001-1-0utfZz-8-00--0-11--11-es-50---20-home---00-3-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=enfermeria&cl=CL1&d=HASH01923bb23a34823cfa9713a9.10.8>

58.- Salud Mental y Cultura de Paz. Estrategia Sanitaria de Salud. [Consultado el 20 de octubre del 2011]. Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencionensalud.asp>