

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA HUMANA



**“IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES PARENTALES ASOCIADOS EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN DE LA
MICRORED METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD DE TACNA,
AÑO 2022”**

Para optar por el Título profesional de Médico Cirujano

Tesis presentada por:

Osorio Arenas, Alejandra Carolay

Asesor:

Mg. Calizaya Copaja, Gilberto Manuel

TACNA – PERÚ

2022

Dedicatoria

*A mis padres, Dante y Virginia.
Porque un millón de vidas no alcanzarían para
agradecerles todo lo que han hecho por mí.
Porque mil corazones no alcanzan para albergar
todo el amor que les tengo.
Porque ustedes son el motor y motivo de mi
vida desde el día en que nací.
Porque los llevaré en cada partícula de mi cuerpo
hasta el día que deje de existir.*

Agradecimientos

*A Dios, por ser el cimiento y las columnas de mi vida, porque sin Él no hay nada,
por nunca soltar mi mano y nunca dejar que me pierda.*

*A mi mamá Balvina, que desde el cielo me abraza y me ha dado la fuerza para
mantenerme firme en este camino.*

*A mis padres, por apoyarme en cada paso que he dado, y convertir mis sueños en
los suyos, por dedicarse fervientemente a darme una vida feliz.*

*A mi hermana Andrea, mi mejor amiga, por esas infinitas charlas y risas, como
dice mamá, siempre seremos tu y yo contra el mundo.*

*A mi abuelo Abdón, por ser sabiduría hecha persona, porque todas tus historias y
todo tu amor son el mejor legado que me has podido dar.*

*A mi cómplice de aventuras, Alí, por ser el mejor compañero de vida durante
estos 7 años, por caminar de la mano y ser “paz” en la vida del otro.*

*A todos mis maestros, por enseñarme a conocer este gran amor por la medicina.
Agradezco a cada persona que estuvo ahí, en este largo, pero hermoso camino,
gracias por nunca dejar de creer en mí.*

CONTENIDO

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I.....	10
1 EL PROBLEMA.....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.3.1 Objetivo General.....	11
1.3.2 Objetivos específicos.....	11
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.5 TÉRMINOS BÁSICOS.....	13
CAPÍTULO II.....	14
2 MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 ANTECEDENTES.....	14
2.1.1 Internacionales.....	14
2.1.2 Nacionales.....	17
2.1.3 Locales.....	19
2.2 MARCO TEÓRICO:.....	199
2.2.1 LA ADOLESCENCIA.....	199
2.2.1.1 Adolescencia y Desarrollo.....	199
2.2.1.2 Comunicación en la adolescencia.....	20
2.2.1.3 Una etapa crítica en nuestros hijos.....	22
2.2.1.4 La relación padre e hijo adolescente.....	23
2.2.1.5 Independencia familiar.....	23

2.2.1.6	Desarrollo de las nuevas formaciones psicológicas.....	24
2.2.1.7	Marco legal (constitución política y adolescencia).....	28
2.2.1.8	Políticas de salud.....	29
2.2.1.9	El rol del pediatra en el desarrollo integral del adolescente .	30
2.2.2	EL SUICIDIO.....	31
2.2.2.1	Signos de alarma.....	32
2.2.2.2	Prevención.....	32
2.2.3	LA IDEACIÓN SUICIDA.....	35
2.2.3.1	Características de la ideación suicida.....	36
2.2.3.2	Etapas de la ideación suicida.....	37
2.2.3.3	Afrontamiento familiar.....	37
2.2.3.4	Trabajo Social.....	40
2.2.4	FACTORES DE RIESGO.....	41
2.2.5	FACTORES PARENTALES.....	42
2.2.5.1	La familia.....	43
2.2.5.2	Estructura familiar.....	43
2.2.5.3	Tipos de padres.....	44
2.2.5.4	Función familiar.....	44
2.2.5.5	Problemas familiares.....	45
CAPÍTULO III.....		52
3	HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	52
3.1	HIPÓTESIS.....	52
3.2	VARIABLES.....	52
3.3	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	52
CAPÍTULO IV.....		54

4	MARCO METODOLÓGICO	54
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACION	54
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO.....	54
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	54
4.3.1	Población.....	54
4.3.2	Muestra.....	55
4.3.2.1	Criterios de inclusión	56
4.3.2.2	Criterios de exclusión.....	56
4.4	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
4.4.1	Técnicas.....	56
4.4.2	Instrumentos	56
	CAPÍTULO V	59
5	PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO ANÁLISIS.....	59
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	59
5.2	PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS	59
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS	60
	RESULTADOS	61
	DISCUSIÓN	75
	CONCLUSIONES.....	79
	RECOMENDACIONES.....	80
	BIBLIOGRAFÍA.....	81
	ANEXOS	87

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la ideación suicida y factores parentales asociados en adolescentes de la jurisdicción de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, año 2022. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal, retrospectivo y analítico. Encuestando 366 adolescentes, que según el Ministerio de Salud del Perú corresponde a las edades de 12 a 17 años. Se utilizó una ficha de recolección de datos para obtener características sociodemográficas y familiares; con el instrumento de medición Ideación Suicida de Beck se evaluó la intencionalidad de suicidio, y el Apgar familiar para determinar si el adolescente se encuentra en situación de disfunción familiar. **RESULTADOS:** Se encontró que de la muestra encuestada el 50.5% eran de sexo masculino, y un 23.8% tenían 15 años. La prevalencia de intencionalidad suicida fue de 29.2%, y se obtuvo que de este total un 33.6% tuvieron riesgo bajo, 38.3% riesgo mediano y 28% riesgo alto. En el contraste de los factores de riesgo familiares con la intencionalidad suicida, se obtuvo que todos ellos tuvieron una asociación significativa ($p < 0.05$) a excepción del antecedente de abuso sexual y familiar con trastorno psiquiátrico. Con respecto al Apgar familiar se encontró que hay una asociación significativa ($p: 0.00$) entre funcionalidad familiar e intención suicida, reflejándose con mayor fuerza en que el 100% del grupo de disfunción severa tuvieron ideación suicida. **CONCLUSIÓN:** La prevalencia de ideación suicida fue del 29.2%. Los factores familiares fueron “consumo de alcohol del padre”, “muerte de un familiar”, “intento de suicidio de un familiar”, “violencia psicológica”, “violencia física” y “familia desintegrada”. **PALABRAS CLAVE:** Ideación suicida; suicidio, adolescentes; responsabilidad parental; Perú

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze suicidal ideation and associated parental factors in adolescents in the jurisdiction of the Metropolitan Micronetwork of the Tacna Health Network, year 2022. **METHODOLOGY:** An observational cross-sectional, retrospective and analytical study was carried out. Surveying 366 adolescents, who according to the Ministry of Health of Peru correspond to the ages of 12 to 17 years. A data collection form was drawn to obtain sociodemographic and family characteristics; With Beck's Suicidal Ideation measurement instrument, suicide intentionality is evaluated, as well as the family Apgar to determine if the adolescent is in a situation of family dysfunction. **RESULTS:** It was found that of the surveyed sample, 50.5% were male, and 23.8% reported being 15 years old. The prevalence of suicidal ideation was 29.2%, and it was obtained that of this total 33.6% had low risk, 38.3% medium risk and 28% had high risk. In the contrast of family risk factors with suicidal ideation, it was found that all of them had a significant association ($p < 0.5$) except for the history of sexual and family abuse with psychiatric disorder. Regarding the family Apgar, it was found that there is a significant association ($p: 0.00$) between family functionality and suicidal ideation, reflecting more strongly that 100% of the severe dysfunction group had suicidal intention. **CONCLUSION:** The prevalence of suicidal ideation was 29.2%. Family factors associated with suicidal intent were "alcohol consumption by the father", "death of a relative", "attempted suicide by a relative", "psychological violence", "physical violence" and "disintegrated family" ($p: < 0.05$).

KEYWORDS: Suicidal ideation; suicide, adolescents; parental responsibility; Perú.

INTRODUCCIÓN

La etapa de la vida que se caracteriza por grandes cambios, durante el cual existe una transición de niñez hacia la edad adulta, es la adolescencia. En esta etapa se vive un período de desarrollo en el que predominan tres dominios principales: desarrollo físico, cognitivo y socioemocional (1). Durante la adolescencia, los jóvenes pasan a la madurez física. Aparecen los caracteres sexuales principalmente. El aspecto del desarrollo cognitivo es obra de procesos de pensamiento integrados, el aprendizaje, la toma de decisiones, y en lo socioemocional, el auto concepto, sentido de identidad, autoestima y relaciones interpersonales. El desarrollo de los jóvenes se ve muchas veces obstaculizado no solo por fuerzas externas sino además por conflictos internos, incluyendo el egocentrismo y la crisis de identidad(2). La ideación suicida, pensar o planificar el suicidio, es un indicador fundamental de que existe el peligro de probables conductas autolesivas que tienen la posibilidad de llevarlos a suicidarse. La idea suicida es una expresión de sufrimiento asociado con conflictos internos o depresión y ansiedad causadas por intensos factores de índoles físico, mental y reestructuración social. La conducta suicida principalmente incluye los próximos pasos: en primer lugar se presenta la ideación suicida, a eso le sigue el intento suicida y finalmente el suicidio consumado (3).

Estudios anteriores demuestran una estrecha interacción entre intento de suicidio e ideación suicida. La ideación es un precursor identificado de intentos de suicidio, que tienen la posibilidad de ser un suicidio consumado. Ideación suicida y los intentos son poderosamente predictivos de muertes por suicidio. No obstante, epidemiológicamente hablando las referencias son pocas a nivel mundial(4).

El presente estudio pretende medir la prevalencia de ideación suicida, el perfil sociodemográfico, examinar los pensamientos asociados e inspeccionar los factores parentales de riesgo que presentan los adolescentes de la jurisdicción de la Microrred Metropolitano de la Región de Salud Tacna, año 2022.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El comportamiento suicida representa una de las emergencias más comunes entre jóvenes y la ideación suicida es el primer eslabón o el grado más bajo del comportamiento suicida. Los pensamientos suicidas además son conocidos como ideación suicida. La ideación suicida activa involucra un deseo de morir y el pensar cómo lograrlo. Es un marcador de riesgo de suicidio y de acuerdo a su grado es viable evaluar pensamientos suicidas que pueden transformarse en acción(5). La información que brinda la Organización Mundial de la Salud(6), es que se quitan la vida alrededor de 703 000 personas al año, de las cuales detrás del hecho se encuentran múltiples tentativas de suicidio, siendo ésta entre jóvenes de 15 a 19 años, la cuarta causa de decesos.

La OMS ha reconocido que el comportamiento suicida representa un problema importante de salud pública en todas las naciones. A medida que la ideación suicida precede a un intento de suicidio, existe mayor probabilidad de lograr el deceso (7).

En un estudio comparativo del año 2017 versus 2019 en el Perú, se observó que la tasa de suicidio en el 2017 fue de 1.44 por cada cien mil personas, incrementándose en el 2019 hasta 1.95. Además, se concluye que las más altas tasas de suicidio se encuentran en las regiones de Tacna, Arequipa y Moquegua. Con respecto al grupo etario un 21.86% tenían entre 10 y 19 años, reflejándose la problemática del número elevado de casos en esta población, y dejando la interrogante de las causas que llevan a tomar la fatal decisión (8).

La ideación suicida en el adolescente es un determinante bastante crítico debido a que en la adolescencia se viven cambios sustanciales para el

desarrollo humano, a lo largo de este tiempo, se evidencian características cualitativas extremas como son el aspecto físico, las emociones cambiantes, el aspecto psicológico como la autoestima, los intereses propios, las interrelaciones primero con la familia y luego con la comunidad. Es reconocido el espíritu rebelde en esta etapa (9).

Las tasas de suicidio han ido en incremento con el correr del tiempo, siendo el aumento más notorio en la población joven, y se ha encontrado en distintos estudios de Latinoamérica, como por ejemplo en el país vecino de Chile que la prevalencia del intento de suicidio está íntimamente relacionado con la presencia de los padres, la comunicación con ellos, y el clima familiar en el que se desenvuelven (10).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿En qué medida la ideación suicida se asocia a factores parentales en los adolescentes de la jurisdicción de la Microred Metropolitana de la Región de Salud de Tacna, año 2022?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Analizar la ideación suicida y factores parentales asociados en adolescentes de la jurisdicción de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, año 2022

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes de la jurisdicción de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, año 2022.
- b) Medir la prevalencia de ideación en los adolescentes de la jurisdicción de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, año 2022.

- c) Determinar los factores parentales que presentan los adolescentes de la jurisdicción de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, año 2022.
- d) Determinar la asociación entre Apgar familiar e ideación suicida en los adolescentes de la jurisdicción de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, año 2022.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Este estudio cobra importancia debido que la ideación suicida en adolescentes es lo primero que pasa por los pensamientos previo a un suicidio consumado. El 10,8% de los suicidios en la población adolescente de Noruega ha sido cometida por chicos menores de 15 años. Dichos datos permanecen involucrados con la tasa de los intentos de suicidio de niños y adolescentes. Es justamente a lo largo de la juventud que existe el peligro de intento de suicidio, así como el crecimiento del suicidio de manera considerable. La gravedad de la ideación suicida radica en su persistencia o por un periodo al menos de tres años.

Parece razonable dar por sentado desde dichos datos que estos adolescentes, en quienes la ideación suicida persiste, poseen mayor posibilidad de desarrollar conducta suicida una vez que llegan a la juventud. Además, esta información debería obtenerse del análisis de una población estudiantil común que, en conclusión, va a ser el propósito primordial de todos los esfuerzos para prevenir conductas suicidas y psicopatológicas en la etapa adolescente.

La interacción entre la depresión e ideación suicida se fortalece mientras las personas crecen. La ideación suicida es un síntoma de depresión, pero varios chicos que cumplen con todos los criterios diagnósticos de depresión no la expresan por igual, no toda la gente con ideación suicida padece de depresión. No obstante, parece existir una estrecha interacción entre depresión e ideación suicida. Pero sin embargo ¿Qué motiva esa depresión y esos pensamientos suicidas?

En un estudio al examinar la relación padre-hijo entre aquellos que había tenido intentos de suicidio, se halló que las variables: grado de instrucción de los padres, los estilos de crianza materna, la relación de los padres y el estado psicológico estaban relacionados con el hecho de tener ideas suicidas. El papel de la madre en las ideas suicidas fue mayor a la de los padres, mientras que otro estudio mostró que los universitarios con ideación suicida estaban influenciados por la personalidad, en tanto que, los que intentaron suicidarse estaban influenciados por el temperamento. Los efectos del conflicto de género y padre-hijo siguen siendo importantes para la ideación suicida (11). En otro estudio, también afirma que la función familiar sería un riesgo importante, predominando la equidad y la pobreza en el núcleo familiar de la mayoría de los pacientes suicidas, existiendo una crisis familiar no transitoria en toda la muestra, debido principalmente al deterioro en la relación familiar, que también condujo a la desorganización y la baja moral (12). Es ahí que este estudio pretende indagar en los factores de índole parental que estarían relacionados con la ideación suicida en adolescentes que radican en zona que corresponde a la Microred Metropolitana de la Red de salud de Tacna, en el año 2022.

1.5 TÉRMINOS BÁSICOS

Ideación suicida

“la persona expresa pérdida del deseo de vivir, pero que no lleva a daño concreto”(13)

Factores parentales

Considérese a aquellas características, aspectos, hechos, circunstancias que envuelve al adolescente con respecto a su familia

Adolescencia

La adolescencia es la etapa de vida que abarca desde los 12 años hasta los 17 años y 11 meses, según el Ministerio de Salud del Perú (14)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Internacionales

Ayala et al. realizaron el estudio titulado “Predicción de la ideación suicida desde la percepción de la crianza parental en adolescentes yucatecos” donde tuvieron el propósito de determinar en cuánto incide la ideación suicida, las percepciones de práctica de crianza de los padres y los factores que la predicen en los adolescentes del estado mexicano de Yucatán. Un total de 208 escolares de educación secundaria participaron en el estudio (52,4 por ciento mujeres y 47,6 por ciento varones). Se utilizaron la Escala de Riesgo de Suicidio en Adolescentes y la Escala de percepción de prácticas parentales de crianza orientada a adolescentes. Los hallazgos del estudio revelaron que el 14% de los participantes del estudio tenían pensamientos suicidas; el estudio también reveló que la calidez, la disciplina y la comunicación del padre con la madre estaban invertidamente relacionadas con los riesgos de suicidios; y donde el enfoque de la madre en sus hijos fue un factor de riesgo que se encontró que estaba significativamente relacionado con el riesgo de suicidio. Se discuten las implicaciones de los hallazgos para la prevención del suicidio juvenil .(15)

Garza et al. con el estudio titulado “Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente”, tuvo como objetivo examinar la composición familiar y su interacción con la ideación suicida en adolescentes del estado mexicano de Coahuila, así como medir los niveles de desesperanza y compararlos por género. Se

exploraron tres escalas: composición familiar, percepción de ideación suicida y la Escala de Desesperación de Baker para jóvenes de 12 a 15 años. Los hallazgos demostraron que los varones mostraron diferencias significativas (0,009) en los niveles informados de desesperanza: la interacción con los padres se asoció con el razonamiento suicida ($r=0,303$, $p<0,010$) y las interacciones con las madres vieron el suicidio como una salida para los inconvenientes de los jóvenes ($r = 0,234$, $p\leq 0,010$). El rango obtenido en este estudio muestra que existe consistencia entre las metas planteadas y los resultados encontrados. Describe las características de las estructuras y dinámicas familiares vividas por los adolescentes. Cómo los hombres lograron diferencias significativas en relación con las mujeres en la Escala de desesperanza, con mujeres exhibiendo niveles más altos de desesperanza, este enfoque proporcionó evidencia adicional ya que la literatura y la investigación previa sugirieron factores de riesgo para la desesperación en mujeres sexuales. En cuanto a la correlación, se aprecian los factores influyentes del padre y la madre sobre la pubertad y la ideación suicida. Y una falta de confianza en el gobierno y las instituciones religiosas.(11)

Viera, con el estudio “Ideación suicida en adolescentes, elementos funcionales de la familia relacionado a factores de riesgos” analiza los indicadores de función en las relaciones familiares y los factores relacionados con la idea suicida de los pacientes de hospitales públicos en 2019 de la ciudad de Rosario. Investigación descriptiva. Trabajamos con 60 personas y las encuestamos utilizando dos herramientas validadas: “Apgar familiar” y la “Escala de Riesgo de Suicidio”. Como resultado, el 61% de los casos atendidos fueron mujeres. Los más utilizados son los psicofármacos. Los indicadores de función familiar más

comprometidos son la comunicación y la emoción. Los factores asociados con el riesgo de suicidio fueron los pensamientos negativos, la soledad y los pensamientos suicidas. Se concluyó que la familia como institución influye directa e indirectamente en la conducta suicida de los individuos, por lo que se deben fortalecer estrategias que prioricen la salud familiar y la detección temprana de la conducta suicida.(12)

Vigara et al, en el estudio que realizaron con el título “Daño auto inducido e ideación suicida en adolescentes: perfil de los pacientes y factores de riesgo” tuvieron como objetivo estudiar la ideación suicida y/o el intento autolítico, identificando sus variables sociales y clínicas. Tuvieron como metodología un estudio descriptivo retrospectivo, donde tuvieron como muestra 36 casos entre los 152 adolescentes que fueron atendidos por el Servicio de Urgencias y posteriormente dados de alta por el Servicio de Psiquiatría y que cumplían con los criterios de inclusión, se incluyeron adolescentes entre 14 y 18 años. Los resultados que obtuvieron fueron, que el sexo que predominó fue el femenino, además de que ya habían tenido un episodio similar previamente. La mayoría tenía algún tipo de trastorno psiquiátrico (60%), y recibían terapia farmacológica antidepresiva. El mecanismo utilizado mas frecuente para autolesionarse fue la ingesta de sustancias con un 47%. En el 43% de los adolescentes existía conflictos dentro de su familia. Solo hubo un caso que necesitó hospitalización, el cual presentó anorexia grave además de ideación suicida. El estudio concluyó que el daño autoinducido no suicida y la ideación suicida son una llamada de atención que deben ser atendidos de manera oportuna y adecuada. (16)

2.1.2 Nacionales

Pazos Trelles con el estudio titulado “Violencia familiar e ideación suicida en estudiantes de educación secundaria de tres instituciones educativas públicas del distrito de Comas, 2017” buscó establecer la dinámica de la variable violencia intrafamiliar con la idea suicida como correlación que presentan los escolares de educación secundaria de tres colegios públicos en el distrito de Comas (Lima). El estudio fue correlacional porque buscó conocer cuán asociadas estaban las dos variables, diseño observacional y transversal; se muestreó a 350 escolares de secundaria de ambos sexos de los grados 1ro a 5to. Para la obtención de los resultados después de examinar se encontró luego del contraste de las variables de estudio que; aquellos alumnos del nivel secundario con bajo nivel de maltrato familiar acostumbran expresar menor nivel de ideación suicida. Los alumnos que cuentan con bajos niveles de maltrato familiar tienden a manifestar reacciones hacia la vida, no poseen pensamientos suicidas ni tratan de terminar con su historia; a diferencia de los jóvenes que, si reciben cualquier tipo de maltrato familiar, dichos cuentan con anhelos de intento suicida, no tienen reacciones hacia la vida. Los alumnos muestran ideaciones suicidas porque en algún momento sufrieron algún tipo de maltrato y precisamente por algún familiar, entre los que se cuenta maltrato físico, psicológico principalmente. Luego uno de cada diez alumnos tenía el antecedente de haber sufrido violencia familiar, también muestran altos niveles de maltrato del mismo modo físico y psicológico. Luego uno de cada diez alumnos evidenciaba ideación suicida o habían considerado quitarse la vida y lo habían intentado, y además 9 de cada 10 reaccionan positivamente hacia los deseos de vivir. En dichos alumnos se observa que son diversas las variables asociadas con la violencia familiar y, sin embargo, al compararla con el sexo, esta no guarda ningún tipo de interacción. Además, el sexo, edad o

la composición familiar no está relacionada con la ideación suicida. El estudio concluyó que existía una correlación directa y altamente significativa entre la violencia doméstica y la ideación suicida, con un coeficiente Rho de 0.59 y un nivel de significación de $p < 0.05$, es decir, los estudiantes de secundaria con menores niveles de violencia doméstica tendían a mostrar menos ideación suicida.(17)

Eguía Elias et al con el estudio “Ideación suicida y estilos parentales disfuncionales en adolescentes con o sin autolesiones en Lima Metropolitana” intenta establecer la relación entre la ideación suicida y los estilos parentales disfuncionales en adolescentes con y sin autolesiones. En el estudio de correlación, se aplicó una escala a 512 adolescentes, hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Los resultados mostraron que el 50% de los adolescentes tenían niveles moderados a altos de percepción sobre el estilo de crianza disfuncional y el abuso y la protección de su padre; la apatía y la sobreprotección fueron particularmente pronunciadas en el caso de las madres, con un 70% reportando el abuso de la madre. El 52% de los adolescentes exhibieron ideación suicida de forma moderada a severa. El 59,2% no se autolesionó, aunque el 40,8% respondió afirmativamente. Las conclusiones reportan una relación significativa y directa entre la ideación suicida y la crianza disfuncional, además de que los adolescentes que se autolesionan tienen mayores niveles de crianza disfuncional que los adolescentes que no se autolesionan. En la práctica dichos componentes son de particular trascendencia puesto que se trata de recursos considerados como “dinámicos” y que tienen la posibilidad de ser modificados por medio de intervenciones psicológicas tanto a grado personal, como familiar. No obstante, tener en cuenta el estudio de otros componentes particulares y parientes asociados, como la autoestima, los estilos de combate, la

depresión, la incidencia de maltrato familiar, entre otros, es aconsejable en futuros estudios para lograr entender esta problemática de forma más integral y ayudar a la prevención de la ideación suicida en los adolescentes.(18)

2.1.3 Locales

Flores Rosado, con el estudio titulado “Ideación Suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016” indaga en la interacción de la ideación suicida con la alexitimia en estudiantes del quinto de secundaria de los Colegios de Viñani, mediante un enfoque cuantitativo. El estudio se realizó en 206 alumnos, de 15 a 18 años, los dos sexos, grado de instrucción secundario. Las herramientas usadas fueron encuestas tipo examen: se usó el Inventario de BECK-HF y escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Se obtuvo como resultado, que la relación entre las variables es directa y que los niveles de ideación suicida son altos en riesgo del mismo modo la alexitimia presenta un nivel alto. Finalmente, el nivel de relación entre ideación suicida y alexitimia es alta y significativa. Como consecuencia, se observa un elevado grado de ideación suicida, la diferencia con nuestro estudio es que nosotros nos proponemos estudiar factores familiares. (19)

2.2 MARCO TEÓRICO:

2.2.1 LA ADOLESCENCIA

2.2.1.1 Adolescencia y Desarrollo

La adolescencia se inicia con la pubertad, y la pubertad es una época de cambios fisiológicos. Estos cambios se darían en un corto periodo por lo general se afecta de modo bio-psico-social. Esos cambios dependerán de tres

ejes hormonales: el eje hipotálamo-pituitario-gonadal, el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal y el eje relacionado con la hormona del crecimiento. Durante la adolescencia, el desarrollo psicosocial implica: lograr la independización de los padres, afianzar las relaciones sociales con jóvenes contemporáneos. Hay un mayor interés por la imagen corporal y e identidad personal. Aunque la adolescencia se define tradicionalmente como una etapa turbulenta e inestable, la mayoría de los adolescentes se desarrollan sin dificultad. La pubertad viene con los primeros signos de transición a la adolescencia. A partir de este período se producirán cambios hormonales que se traducirán en el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, aumento de longitud, cambios en la composición corporal y un cambio gradual en el desarrollo psicosocial. El orden cronológico de todos estos cambios no fue consistente en todos los individuos, y los varones fueron más tardíos que las mujeres(20).

2.2.1.2 Comunicación en la adolescencia

Las habilidades de comunicación de los adolescentes no son sobresalientes, principalmente con los progenitores y otros familiares que los aman, y empiezan a verlos como una autoridad a la que tienen que desafiar, y lo hacen rompiendo reglas siendo críticos y están en la disyuntiva en un tira y jale entre ser niño o ser adulto, lo que genera confusión y rebeldía entre los adolescentes que buscan personas de su misma edad que puedan hablar y expresar sus sentimientos y los cambios que experimentan, están pasando.

Los padres son importantes modelos a seguir por los adolescentes. Moldeando su forma de comportarse a través

de la primera práctica de autoridad y disciplina. Las creencias y los sistemas de valores, las normas establecidas y la gestión del poder juegan un papel en el desarrollo de las habilidades de comunicación, los modelos de recompensa y castigo. Durante la convivencia en familia, el joven aprenderá de las reglas de comunicación que le permiten actuar de manera adecuada o inadecuada en el entorno familiar y social, según el patrón parental (21).

Y es precisamente la pubertad una de las puertas claves de la comunicación familiar. El adolescente suele fácilmente alterarse por diversos motivos, uno de ellos se debe a que necesita de su independencia, privacidad y ser autónomo en la familia, período durante el cual los adolescentes quieren alejarse de ser protegidos y de la autoridad que representan los padres, aunque no se dan cuenta que aún los necesitan ya que dependen de ellos. Y es precisamente que esta cuestión ambivalente crea diferentes niveles de conflicto familiar. Otro conflicto se da cuando descubren cuando consideran que las imágenes de autoridad de los padres no se corresponden con la realidad. Pues ya se dan cuenta que los adultos también cometen errores y que sus acciones a veces son inconsistentes con sus palabras. Necesitan que sus padres reconozcan y critiquen sus errores al mismo tiempo (22).

La excitación sexual adolescente es también causa de falta de comunicación y falta de fluidez en las relaciones familiares. Puede ser difícil para los padres hablar sobre sexo con sus hijos. Puede haber sido durante su niñez y/o adolescencia que nadie les había aclarado adecuadamente sus dudas e inquietudes. El crecimiento de un niño es un factor importante para cambiar las reglas de la familia (21).

2.2.1.3 Una etapa crítica en nuestros hijos

Aquél que se dirige a un joven sabe que la adolescencia, es una etapa crítica. No se les debe recordar a los padres y maestros de niños de 15 años la frustración y la impotencia que pueden experimentar como resultado de los ajustes y problemas de los adolescentes en esta etapa (23).

Cuando un niño ingresa en la pubertad, cargará con la mayoría de los sentimientos, actitudes, habilidades y el ser dependientes como de niños, pues como adultos esperamos que el adolescente logre completar su preparación y actuar con responsabilidad en el mundo adulto que le espera, lo cual es normal. Pero lo cierto es que esa preparación muchas veces es inadecuada. La mayoría de los adultos jóvenes en la veintena luchan por llenar los vacíos en las habilidades, la confianza y la autoconciencia que no pudieron llenar en su adolescencia. (24)

La adolescencia es la etapa final en la que los padres y educadores pueden involucrarse activamente y ayudar a los niños a establecer su camino en la vida; la etapa final en la que podemos ser modelos a seguir diariamente, brindar consejos, organizar actividades familiares, brindar oportunidades y mantenernos conectados con el proceso educativo.(25) Después de la pubertad, la mayoría de los jóvenes van a trabajar, van a la universidad o se casan; o de manera similar, él entra en un mundo completamente propio. Debemos estar dispuestos a dejarlos jugar, dejar que vivan su vida lo mejor posible, amarlos a la distancia y ayudarlos (26)

2.2.1.4 La relación padre e hijo adolescente

Los padres de hoy rara vez salen ilesos de la adolescencia de sus hijos. Mientras que los adolescentes atraviesan muchas etapas (crecimiento, estrés social, emociones, caprichos, etc.) a la velocidad de un huracán, los padres a menudo sienten que están haciendo todo lo posible para perseverar(27). Están muy preocupados por el bienestar del hijo joven. Antes, mientras los niños eran más pequeños, las relaciones eran más llevaderas y ahora, con la adolescencia, los problemas parecen crecer (28)

El desarrollo y los problemas de los adolescentes nos amenazan de muchas maneras. Debemos aprender a aceptar las amenazas y tratar con honestidad nuestros sentimientos para resolver los problemas de manera más efectiva a medida que surjan(29).

Sabiendo lo que piensas y lo que sientes por él, puedes ayudarlo a desarrollar comportamientos que son la base del respeto mutuo(23). Si puede verse a sí mismo primero como persona y luego como padre, es posible que pueda criar a sus hijos de manera más plena. Por otro lado, los adolescentes tienen una actitud de aceptación y respeto, ya que esto facilita la buena comunicación familiar; y la existencia de un principio de autoridad en la relación con sus padres no debe impedirles buscar orientación, información, expresión a través de relaciones francas y afectivas. La buena comunicación con los padres beneficiará a los adolescentes ya que podrán recibir un mayor apoyo (30).

2.2.1.5 Independencia familiar

Durante la fase temprana de la adolescencia, se vive un vacío emocional que podría llevar al adolescente a tener

problemas de conducta, pues no muestra interés por las actividades paternas y por ende son muy críticos a sus consejos, algunas veces se observa bajo rendimiento escolar. Sin embargo, despierta interés por manifestar su amor a otras personas. La conducta y el estado anímico son inestables. Ya en la adolescencia media, crecen los conflictos familiares y vuelcan su atención y tiempo a los amigos. Pero en la parte final del adolescente, el joven se vuelve a integrar a la familia y puede apreciar de mejor modo el mensaje de los padres asimila los consejos y valores familiares. Pero, no todos los frutos maduran al mismo tiempo, pues algunos de ellos aun muestran dudas al momento de aceptar las responsabilidades de la madurez, tienen dificultades para conseguir la independencia económica y continúan dependiendo de su familia y amigos (31).

2.2.1.6 Desarrollo de las nuevas formaciones psicológicas

Se considera que existen tres aspectos muy vinculados que si afecta por un lado inevitablemente repercutirá en otro (32)

a) Cambios físicos y sus problemas

Estos cambios se refieren a cambios en la pubertad, por lo que no se discutirán aspectos biológicos. Sin embargo, tenemos que tener en cuenta que pueden existir algunas situaciones que pueden afectar a los adolescentes. Aquí es donde la pubertad es la segunda etapa de la vida y vuelve a crecer como lo hizo después del nacimiento. Hay un crecimiento acelerado, pero desproporcionado, primero de la nariz, luego de las extremidades y finalmente del torso. Los crecimientos con estas características pueden ser torpes

e incómodos. Los adolescentes de etapas de coordinación difíciles como la infancia ahora no tienen control sobre sus extremidades: pueden dejar caer cosas o chocar con diferentes objetos al pasar, tienden a agacharse, doblan la columna y encuentran posiciones cómodas para sus cuerpos. Todavía no puedo controlarlo muy bien. El organismo en crecimiento aumenta sus requerimientos nutricionales, produciéndose un característico exceso de apetito. Pero ser muchas veces selectivos, es decir, comen lo que les gusta según las necesidades nutricionales recomendadas por su edad, en lugar de lo que deberían, puede desencadenar diversos trastornos nutricionales como obesidad, anemia, bocio y deficiencias vitamínicas. Por otro lado, este organismo en desarrollo presenta una necesidad de liberar energía, lo que puede conducir a una hiperactividad, que alterna con debilidad (pereza, cansancio). Por eso, de forma aparentemente inexplicable, unos días están en constante movimiento, y otros días se despiertan cansados de "no hacer nada" y de crecer. No es raro que esta necesidad de liberar energía se convierta en un problema ya que suelen optar por actividades de riesgo para hacerlo, recordando que las principales causas de muerte en este grupo de edad son los accidentes y la violencia (25, 28).

b) Características psicológicas e intelectuales

Se mencionarán varios aspectos del desarrollo psicológico adolescente en términos generales. No serán analizados bajo ningún método psicológico especial, sino que describirán lo que perciben los adolescentes, lo que ayuda a profundizar su comprensión en la práctica. Entre los

adolescentes, la imagen que tienen de sí mismos es inestable y a menudo negativa, no son felices y pueden sentir que no valen nada. Se vuelven impulsivos, actúan antes de pensar. A menudo se arrepienten de lo que dijeron, especialmente cuando lastimaron a otra persona (generalmente un padre). Tienen un fuerte espíritu de desaprobación. Se oponen a la propuesta de sus padres, entendida en el contexto de la búsqueda de su propia identidad, reprimiendo la imagen adulta que les es más cercana y de la que deben ser separados. Otras posibles características son la inestabilidad emocional o los cambios de humor repentinos, el llanto y las quejas repentinos; también creen que son omniscientes, omnipotentes y, en última instancia, el egocentrismo. Hay una sensación repetida de soledad. Se sienten únicos y especiales, y nadie puede entender lo que le pasó. Luego viene la necesidad de un amigo cercano (compañero), que casi siempre es del mismo sexo entre los jóvenes adolescentes, el único que puede escucharlo, entenderlo y tomar consejos. Los adolescentes mayores son más estables emocionalmente, los cambios de humor repentinos desaparecen y él es más predecible. Se vuelven más extrovertidos, hablan espontáneamente de sus experiencias, no hay necesidad de preguntarles: ¿dónde has estado? ¿Con quién estás? Conoce sus actividades. Superan la soledad y el deseo de trascender y hacer algo positivo por la sociedad. Luego fueron agrupados en un grupo de pares con problemas políticos, religiosos, ecológicos o filosóficos similares basados en el parentesco. Posteriormente, a medida que se avanza en esta etapa, se presenta desorientación y angustia ante las decisiones importantes, como las decisiones profesionales

y las relacionadas con la elección de pareja. Desde un punto de vista intelectual, lo más importante que sucedió fue un cambio de mentalidad. La capacidad de abstracción emerge para tratar con conceptos más complejos, para analizar y criticar lógicamente la información presentada. La transición del pensamiento concreto al abstracto o hipotético deductivo en adultos se produce a los 11 años. También pueden juzgar y criticar los comportamientos y valores de los adultos y defender enérgicamente sus posiciones. Requieren razones y argumentos aceptables para cada una de las posiciones de los adultos. Este es un cambio fundamental en el individuo, y ni él mismo muchas veces percibe y que es el responsable del enfrentamiento crítico con el mundo que los adultos representan y para el cual se está preparando a ingresar.

c) Características sociales

Lo de más grande relevancia que le ocurre a un joven, a partir de la perspectiva social, es la magnitud de su interacción con su conjunto de equivalentes. El conjunto al que pertenecen, usando lenguaje, vestimenta y ornamentación distinto a la de los adultos, son primordiales para asegurar su imagen y conseguir las capacidades sociales y de estabilidad correctas para el futuro. Además, hay un fundamental examen de los valores morales y religiosos que se aprenden en el núcleo familiar o en el colegio. Esta es una comprobación esencial para integrar dichos valores como propios y no impuestos por otros. Los jóvenes poseen un enorme sentido de la justicia, la defienden tanto personalmente como en los hechos que están afectando a la raza humana. Permiten el castigo si

sienten que vale la pena; Empero si creen que es algo injusto, van a ser incitados a una incesante revolución hasta que se enmiende el error anterior. En tal situación, la imagen de los adultos ejerciendo el poder pierde respeto y credibilidad. El entorno familiar está en una contienda entre el rechazo y la dependencia. Los jóvenes anhelan ser más independientes, sin embargo, las interacciones parietales, en especial las emocionales, son relevantes. No cometas el error de arrojar una competencia entre parientes y amigos. El núcleo familiar y el núcleo familiar subsiguiente son fundamentales para el incremento de un joven. El núcleo familiar por la ayuda afectiva incondicional durante la vida y los amigos, como observaremos, en la compra de capacidades sociales que les permitan integrarse plenamente con el planeta exterior, el núcleo familiar es un sistema defensor que no aporta los conocimientos suficientes en este entorno. Al final, el debate entre derechos y obligaciones es de enorme trascendencia. Mientras crece se cumplen obligaciones y no se consigue la compra de nuevos derechos; Esto quiere decir que la maduración constantemente se aspira con poco enardecimiento. Se quejan de que los adultos poseen reacciones conflictivas respecto a cómo son tratados, y lo argumentan con la sentencia: "*Eres lo suficientemente mayor para comprender esto, sin embargo todavía eres bastante chico para realizarlo*" (32).

2.2.1.7 Marco legal (constitución política y adolescencia)

Decreto Ley N° 26102 que aprueba el código en los niños y adolescentes (33) Vigencia: 28/06/93

“TITULO PRELIMINAR

Artículo I.- Definición. - Se considera niño a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los 12 años de edad y adolescente desde los 12 hasta cumplir los 18 años de edad.

Si existiera duda acerca de la edad de una persona, se le considerará niño o adolescente mientras no se pruebe lo contrario.

Artículo II.- Sujetos de derechos. - El niño y el adolescente son sujetos de derechos, libertades y de protección específica. Deben cumplir las obligaciones consagradas en la presente norma.

Artículo III.- Derechos.- El niño y el adolescente gozan de todos los derechos inherentes a la persona humana y de los derechos específicos relacionados con su proceso de desarrollo” (33).

2.2.1.8 Políticas de salud

La política de salud Adolescentes debería, integrar, un enfoque, holístico adaptable que integre, la comprensión íntegra de la magnitud social, económica, institucional, política y cultural. El estudio persistente, que posibiliten la habituación de la política a diversas acciones. Así las preferencias públicas surgen socialmente en el núcleo familiar, entre amigos y en el debate público. Entonces se crea un valor público, cuando la comunidad reconoce un bien o servicio como contestación a una necesidad o preferencia, y aprecia la calidad del bien o servicio. Para lograr este objetivo es indispensable la colaboración poblacional de jóvenes y adolescentes, a partir de su género, y conseguir este objetivo (34). El objetivo de la política de salud pública es contribuir al mayor al desarrollo y bienestar de la población adolescente principalmente en a salud y considerando que el bienestar en salud contempla la salud integral del ser humano, por medio de procesos participativos de formación, de políticas que generen, valor

público (35). Así las políticas tienen el reto de incluir a los adolescentes en el modelo de desarrollo de políticas y programas inclusivos para generar oportunidades de real colaboración (36)

2.2.1.9 El rol del pediatra en el desarrollo integral del adolescente

Realizar un examen físico completo y una buena historia clínica se requiere para identificar si el desarrollo del púber es adecuado, el análisis integral implica la evaluación psicológica y social también. Ya que es de gran ayuda al entorno en el que se desenvuelve el joven(37).

En la anamnesis, el profesional realizará las entrevistas necesarias al adolescente tomando en consideración ética la confidencialidad de la información, así como de su privacidad. Porque dependerá en gran medida que el joven acucioso pueda ganar confianza y se pueda dar una buena relación empática entre el profesional y el adolescente. Es también importante evaluar el entorno familiar y escolar, así como la razón de la consulta. El acrónimo FACTORES (Familia, Amigos, Colegio, Tóxicos, Objetivos, Riesgos, Estima y Sexualidad) nos permitirá recordar los puntos a averiguar. Preguntar sobre su desarrollo psicosocial: independencia/imagen corporal/amigos/y su identidad sexual, vocacional, moral y del yo. Libertad de los papás: interrelaciones en el hogar, inconvenientes, confianza. Sobre su imagen del cuerpo: cómo se ve, si le preocupa alguna parte de su cuerpo humano, si toma alguna medicación o hace algo raro con la ingesta de alimentos. Amigos: si es sociable, complejidad para tener relación, que tal en la escuela (estudios, relaciones) si tiene pareja.

Identidad: sentimientos, ánimo, valores, inconvenientes y conductas de peligro (drogas, sexo, tecnologías de la información y comunicación). Precedentes individuales: embarazo, parto, datos antropométricos al nacer. Si hay antes de RN PEG, cómo ha sido el aumento, si precisó procedimiento con hormona de incremento. Si es adoptado, si hubo fertilización in vitro, etnia. Si existe enfermedad crónica. Valoración nutricional, actividad física, si hay distorsión de la imagen del cuerpo. Precedentes parientes: apreciar consanguinidad, etnia. Talla de los papás. Datos del desarrollo de los papás (menarquia mamá, afeitado del padre). Si hay precedente en damas de ovario poliquístico o de hirsutismo.(38)

2.2.2 EL SUICIDIO

El término suicidio deriva del latín nuevo *sui* (de sí mismo) y *cidium* (matar), Para la RAE(39) el suicidio “*es un acto intencional de quitarse voluntariamente la vida*”. Por otro lado, la OMS lo define como “*un acto con resultado mortal*”. De acuerdo con el “Protocolo para la detección y funcionamiento inicial de la ideación suicida”, se estima que el suicidio en adolescentes pertenece a los inconvenientes más relevantes actualmente. La OMS enlista al suicidio como una de las 10 primeras causales de muerte en todo el mundo, “al año fallecen en el planeta cerca de un millón de individuos”(40).

Con relación a las causas que conducen a que se quite la vida una persona, estarían: la depresión, conflicto familiar, conflicto económico, situación social, cultural y alcoholismo principalmente. Por situaciones de enfermedad orgánica, situaciones de patología de

la mente. Por agresividad (del individuo contra sí mismo; del individuo contra el medio).

A partir de una visión criminológica: El individuo que aspira al suicidio o que se quite la vida, es porque muestra una marcada condición vulnerable (4)

2.2.2.1 Signos de alarma

El estado emocional de desesperación y angustia incontrolable que muestran las personas representan un riesgo de suicidio. La sintomatología de los individuos en peligro es la siguiente:

- Perder el interés por las personas del entorno llámese familia, amigos
- Perder interés por el estudio o cosas vinculadas con la ocupación.
- Interés atractivo por el deceso y de temas referentes a la muerte y el suicidio.
- Planeamiento o inquietud por conocer y preparar el deceso, etcétera.(5)

2.2.2.2 Prevención

Atender y prevenir la suicidalidad en personas en riesgo está ligado al desafío de “ser escuchado”. En consecuencia, los métodos que se han utilizado tienen que ver con escuchar a la persona deprimida o establecer e diálogo con los jóvenes que muestran una inclinación autodestructiva. La asistencia debe ser incluso por vía telefónica con la persona que se encuentra cursando un periodo depresivo donde el tema de conversación sería acerca de sus ideas o pensamientos, si piensa en la muerte, lo importante es guardar absoluto anonimato para que el joven pueda empatizar con el profesional (41).

Actualmente los programas de atención integral al adolescente se focalizan según el momento de la intervención. Las hospitalizaciones, las medidas de seguridad, el trato individual y familiar están respaldados por intervenciones de apoyo. Dicho de otro modo, si bien a participación cuando el paciente está cursando por una crisis es importante, pero también lo es el trabajo preventivo (42).

El proceso de ayuda debe comprender al mismo tiempo al menos tres etapas:

- 1) Antes de la crisis (durante los actos preparativos) están los pensamientos negativos, que giran en torno a la muerte van marcando una personalidad angustiante y que crece conforme se producen los cambios generales del adolescente, estructurando de tal manera su personalidad.
- 2) Durante la crisis. Llegan pensamientos creativos, pero para planificar el suicidio los comportamientos y actos preparatorios de la acción, por ejemplo, comprar veneno, armas, escribir cartas, preparar funeral, despedirse de los familiares.
- 3) Después de la crisis, para evitar las recaídas. Se produce ya el acto de matarse, tiene como consecuencia la muerte, o a duras penas sobrevive por los esfuerzos de los profesionales de la salud.

En estos tres momentos, el cuidado significa intervención en situaciones de crisis, urgencias reales y, por tanto, decisiones sobre identificación del perfil de riesgo suicida y la terapia que corresponda. Si la intervención viene precedida de una crisis, se debe iniciar la psicoterapia en la situación de crisis, con la intervención adecuada de

profesionales que ayuden y cuiden al paciente (incluidos familiares y amigos) que confíen en superar con ellos la idea de la muerte. Cuando el paciente actúa, el tipo de intervención debe ser rápida y segura (la indecisión o la demora ponen al paciente en riesgo de perder la vida). La comunicación con el paciente es fundamental y la atención se centra en dejar ir la decisión de acabar con la propia vida.(43)

El tercer y más común momento de intervención es después de un intento de suicidio. Los programas de psicoterapia individual y familiar son los más efectivos en este contexto. Se juzgue necesario en la asistencia; reiterando la necesidad del oído y la moderación de un profesional en el contexto de la psicoterapia de urgencia y crisis. Y reiterar la importancia de las personas vulnerables y del nivel de riesgo que cargan; muchos suicidios se llevan a cabo por circunstanciales que pueden ser previsibles y se puede intervenir adecuadamente para rescatar al joven adolescente. Dice que el suicidio es una manera de comunicarse debido a que de otra forma no pudo, podría ser un pedido de auxilio frente a anteriores intentos de comunicación que resultaron fallidos. Varias medidas a tener en cuenta en la prevención del suicidio, pues en aquellos que de alguna manera manifiestan una amenaza, de inmediato debería tomarse en serio, y no pensar que se trata de una broma del adolescente, por el contrario, se debe prestar mucha atención, en todo caso este conocimiento debería extrapolarse a los padres quienes se encuentran muy cerca de ellos, pero muchas veces no suelen prestarle la atención que amerita. Esta es la primera regla en la

prevención del suicidio. Los intentos de suicidio involucran que la persona ya ha llevado a cabo actos delictivos y puede volver a realizarlo. Además, el nuevo intento puede volverse cada vez más perjudicial, con secuelas potencialmente letales. Se necesita estar alerta y equipado con las medidas de emergencia y procedimiento correctas. La comunicación telefónica es radicalmente beneficiosa para los pacientes que permanecen pasando por una crisis o que permanecen esperando que inicie un episodio. Los intentos de suicidio involucran que el individuo ha cometido antes actos delictivos y puede volver a realizarlo. Además, el nuevo intento puede volverse cada vez más malo, con secuelas potencialmente letales. Otras medidas de prevención general podrían ser informar y especializar a doctores, psicólogos, trabajadores sociales y toda persona que esté en contacto (44).

2.2.3 LA IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida es la aparición de pensamientos cuyo contenido está referente con terminar con nuestra vida. Además, se integran esos pensamientos sobre la carencia de razón de vida, los anhelos de terminar con nuestra vida, la organización del suicidio y las fantasías sobre el deceso. El autor señala que hay que distinguir entre lo que se denominan ideas suicidas y el acto mismo del suicidio, porque este último tiene como resultado final la abolición de la propia vida, mientras que el primero se refiere a un intento deliberado de autolesionarse o autoeliminarlo que no resulte en la muerte(3). La ideación suicida involucra todos los pensamientos repetitivos y constantes sobre terminar con nuestra vida o cometer suicidio, como una solución a eso que se vive. Se basa en un comportamiento

frecuente que puede inclusive pasar de manera sutil por la mente de los individuos. Aunque la mayor parte de los individuos que experimentan ideaciones suicidas no acostumbran realizar el hecho, dichos pensamientos se piensan como un componente de peligro, más que nada por el mal que podrían provocarse a sí mismos.

2.2.3.1 Características de la ideación suicida

Los individuos que se hallan en peligro suicida, muestran los próximos signos o señales de alerta comunes:

- Verbaliza de forma directa la iniciativa o probabilidad de suicidarse, con frases como “quiero quitarme de en medio”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir tal lo mejor es estar muerto”. Indispensable seguir estando atentos a frases sutiles como “esto no durará mucho”, “pronto aliviaré mi sufrimiento”, “dejaré de ser una carga”; también las que se dirigen a uno mismo, “no valgo para nada”, “las cosas no van a mejorar nunca”.

- Las amenazas o el comentario con otra persona, lo que se podría comprender como una demanda de ayuda. Es recurrente que expresen su insatisfacción y escasos deseos de vivir junto con lagunas personas, El personal de Salud al momento de atender a un adolescente debe estar atento a las expresiones del joven, a su estado anímico, por lo cual podría ser de enorme utilidad obtener información adicional del núcleo familiar e interrelaciones íntimas constantemente que sea viable.

- Realiza determinados preparativos involucrados con su desaparición, tales como, componer documentos, cerrar asuntos, elaborar el testamento, regalar objetos o bienes y llamar a otras personas para despedirse(5).

2.2.3.2 Etapas de la ideación suicida

- a) Ideación suicida pasiva: Esto se da cuando quieres morir, pero no intenta hacerlo. Por otro lado, la ideación suicida activa implica no solo pensar en ello, sino también tener la intención de suicidarse, incluso planificar cómo hacerlo.
- b) Contemplación activa suicida: La contemplación activa suicida difiere de persona a persona dependiendo de sus características. Se sabe que causa sentimientos de pavor, impotencia y miedo.
- c) Planificación suicida: El individuo que quiere suicidarse, ha escogido un procedimiento usualmente mortal, un espacio donde lo realizará, el instante conveniente para no ser descubierto, y los motivos que sustentan esa elección que ha de hacer destinados a fallecer.
- d) Ejecución de un intento de suicidio: También conocido como para suicidio, intento de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencional. Es aquel acto, que no produce la muerte, en el que una persona se hace daño intencionalmente a sí misma con el fin de acabar con su vida. Es importante identificar las circunstancias de que el acto de suicidarse haya sido fallido.
- e) El suicidio consumado: Es un acto deliberado cometido por una persona que tiene como consecuencia el deceso. Hay 2 métodos primordiales que tienen la posibilidad de exponer: El suicidio accidental: El llevado a cabo con un procedimiento del cual se ignoraba su verdadero impacto o con un procedimiento conocido, sin embargo, que no se pensó que el final fuera el deceso, no anhelado por el individuo al realizar el acto. Suicidio intencional: Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente

elaborada por el individuo destinados a fallecer y cuya consecuencia es el deceso. Principalmente la ideación suicida se estima como una entidad de naturaleza interna a la que, según los cánones tradicionalistas en psicología se le atribuye una interacción causal reduccionista-determinista. El suicidio involuntario: El llevado a cabo con un procedimiento del cual no se conoce el verdadero impacto, o con un procedimiento conocido, sin embargo, que no se pensó que el final fuera del deceso, que el individuo no deseaba al realizar el acto. (45).

2.2.3.3 Afrontamiento familiar

Generalmente, los papás no poseen conciencia del nivel en que sus hijos/as sufren de un dolor psíquico y son las conductas más llamativas, como las autolesiones y/o los intentos de suicidio, los que logran llamar su atención y ponerlos a cargo del problema. Los/las hijos/as, generalmente, buscan manifestar su dolor, su miedo, su ira, por medio de diferentes indicios o signos, conducentes a convertirse en alarmas, como para el núcleo familiar como para el ámbito que circunda al muchacho.

El/la joven puede sentirse abandonado/a y carecer de interrelaciones positivas y convalidantes con sus progenitores. Tenemos la posibilidad de comprender la depresión y los intentos de suicidio entonces como una forma que busca el/la chico/a de auto agredirse, en lugar de embestir a sus papás. El joven quiere protegerlos, tanto de cualquier problema que puede estar presente al interior del núcleo familiar, como de las emociones de malestar que podrían tener si él/ella les revelara su dolor. No obstante, la evacuación dramática que muestra el/la joven ante sus

progenitores y a su entorno social, causa paradójicamente, en los primeros, el malestar que trata de evitarles.

Al entrevistar a familias de jóvenes que han cometido un intento de suicidio, tenemos la posibilidad de mirar que esta vivencia causa una secuencia de cambios dramáticos en el entorno familiar, con la clara experiencia de un “antes” y un “después” del intento de suicidio: “...ya no es el núcleo familiar de anteriormente, hemos aprendido a cuidarnos y a decirnos las cosas...” dice uno de los entrevistados

De esta forma, además, se pudo valorar qué anterior al intento de suicidio en sí, el/la púber participa de una dinámica familiar singular que, al igual que en toda familia, está conformada por recursos protectores, como por ejemplo atención, cuidado y afecto suficiente; y recursos desestabilizadores, como luchas comunes entre los progenitores, negligencia, poca comunicación emocional, o inclusive componentes más graves como violencia física y/o psicológico. La mayor parte de las familias con un hijo/a con intentos de suicidio concuerdan en que hablamos de una vivencia traumática para todos sus miembros(46).

El afrontamiento se define como un proceso dinámico, el que sujeto usa como un conjunto de recursos para resolver situaciones problemáticas, reducir las tensiones que las situaciones generan y para mejorar. En estas estrategias de afrontamiento externo fue bastante importante el apoyo social de parientes y de amigos. Potencialmente el afrontamiento familiar puede mantener los recursos del núcleo familiar, con la intención de protegerla de las situaciones estresantes y garantizar un desempeño correcto de su dinámica. La cual se puede manifestar mediante los vínculos, la comunicación y promoción de una autoestima

positiva entre sus miembros. La funcionalidad del afrontamiento es conservar o recobrar la estabilidad entre solicitudes y recursos. Es fundamental recordar, que, dependiendo del estresor, la severidad, el alcance, la pluralidad, la acumulación de solicitudes, la proporción de perturbaciones del sistema familiar, la utilización de recursos intrafamiliares y comunitarios el afrontamiento cambia. Por lo que las tácticas de afrontamiento familiar se convierten y se modifican con la época, no sean en un momento. La comunicación que se desarrolla de manera positiva y eficaz en un ambiente apropiado del núcleo familiar, redundará de manera positiva en los jóvenes debido a que les posibilita producir sus opiniones y, hacerse cuestionamientos sobre la base de producir y proporcionar a los jóvenes en el momento de proponer proyectos que después tienen la posibilidad de ser socializados abiertamente en un entorno que refleje la función de sentido del púber en incremento. Por otro lado, una vez que la disfuncionalidad y el violencia está presente en el núcleo familiar puede producir una disfuncionalidad psicológica en el infante y joven (47).

2.2.3.4 Trabajo Social

La Fuerza de Trabajo Social debe desempeñar un papel importante en la epidemia de suicidios. Nuestra ética profesional demuestra que una de nuestras misiones más importantes es proteger la vida de las personas. Si tomamos como modelo un Centro de Servicios Sociales Comunitarios, que es la personificación de un Trabajador Social, encontraremos un entorno privilegiado y complejo donde podemos identificar síntomas, signos y

actuaciones desde una perspectiva preventiva. Encontraríamos un entorno complejo y exclusivo en el que identificar síntomas, signos y actuaciones desde la perspectiva de la prevención si tuviéramos como modelo un centro comunitario de servicios sociales. Trabajando para desarrollar un procedimiento de detección y prevención del riesgo de suicidio en el contexto de los servicios sociales con el objetivo de dotar de más herramientas a los intervencionistas sociales. Sí es posible reducir los riesgos, pero para ello necesitamos tener no solo la formación sino los ojos bien abiertos, comprometidos, convencidos de que entre todos podemos cambiar la suerte de otros. En la actualidad, continúo profundizando en el estudio de la conducta suicida, divulgando su impacto y la magnitud, pero sobre todo la necesidad de prevenirlo (48).

2.2.4 FACTORES DE RIESGO

La ideación suicida como precursora del suicidio es un fenómeno multidimensional , complejo e interconectado en el que juegan un papel los factores psiquiátricos , sociales (contextuales) y biológicos. Además, es importante recordar que estos factores de riesgo suicida interactúan entre sí , por lo que la identificación de estos factores y su relación con la conducta suicida, tanto mortal como no mortal, son elementos esenciales en la prevención del suicidio (49).

a) Ideación suicida y factores psicológicos

El factor personal o psicológico hace referencia a un conjunto de elementos que tienen un fuerte vínculo con la ideación suicida. De acuerdo con la literatura especializada, cuestiones como la depresión,

la baja autoestima, el consumo de drogas (tanto legales como ilegales), e incluso la privación de alimentos, así como otras formas de violencia, son variables que comúnmente se vinculan con esta condición. Como resultado, creemos que es fundamental hacer un análisis rápido de cada uno de estos factores de riesgo.

Las variables psicológicas se consideran como una descripción del comportamiento psicológico como organización funcional y no se preocupa en buscar supuestos determinantes internos o externos que lo producen. (50).

b) Ideación Suicida y Factores Sociales (Contextuales)

Otro conjunto de factores vinculados a la ideación suicida tiene que ver con diversos contextos sociales de interacción, particularmente cuando se trata de adolescentes, como el ámbito familiar y escolar. El entorno social cambia durante esta etapa de la vida de una persona, y las amistades y los grupos de personas afines cobran mayor importancia. En consecuencia, es necesario examinar la relación que existe entre el adolescente y los contextos más significativos (familia, escuela) en la que pasa la mayor parte de su tiempo. Siendo la familia y la escuela los principales referentes de desarrollo para el adolescente, es prioritario el análisis de la influencia que directa e indirectamente tienen estos contextos en la ideación suicida (3).

2.2.5 FACTORES PARENTALES

La ideación suicida es provocada por distintos factores a tener en cuenta. Entre los más comunes están los problemas familiares graves como situaciones de violencia o agresividad, abuso sexual, los problemas en la escuela, tanto en relación con las bajas calificaciones como el rechazo por parte del grupo de compañeros que, en algunos casos, se convierte en bullying o acoso escolar a

través de burlas y agresiones. Las dificultades con la identificación sexual y el miedo a las represalias familiares también pueden ser factores de riesgo. Y, en particular, intentos de suicidio previos. Además, hay algunos síntomas a los que se debe prestar especial atención: Desgano y desinterés, tristeza y soledad, por ejemplo, pueden asociarse con la depresión. En algunos casos, los síntomas depresivos del adolescente se manifiestan por un alto nivel de excitabilidad. Hay algunos más que son más visibles, como los cambios en los hábitos alimenticios o las alteraciones del sueño (13).

2.2.5.1 La familia

La familia es un conjunto personas que viven juntas, con una interacción de vínculo, así sea consanguinidad o afinidad, que comparten una identidad moral y simbólica, que posibilita se perciban o sean notados por los demás como familia, además tienen la posibilidad de vivir o no juntas. Para que la vida familiar se desarrolle de manera armónica es imprescindible que cada miembro del núcleo familiar conozca y se apropie de su papel al interior del núcleo familiar, tal cual se permite la habituación a la dinámica interna de su conjunto(51).

2.2.5.2 Estructura familiar

- Composición nuclear: Familia conformada por los papás y madres convivientes con hijos a su cargo y cuyo proceso de formación se halla en el matrimonio o en las novedosas maneras de cohabitación.

- Composición monoparental: Familia conformada por uno o diversos hijos que poseen a su cabeza un solo progenitor y cuyo proceso de formación se sitúa en situaciones de desestructuración familiar.

- Composición compleja: Familia resultante de la convivencia de por lo menos 3 generaciones en sentido vertical, papás y/o madres con hijos a su cargo
- Composición binuclear: Familia conformada por 2 adultos y los hijos convivientes a su cargo, derivada del nuevo matrimonio o emparejamiento de los progenitores (52).

2.2.5.3 Tipos de padres

El estilo democrático se relaciona con elevados niveles de autoestima, capacidades sociales, logro académico, libertad y madurez.

- Papás permisivos: Dichos papás intentan impulsar la soberanía del hijo. El estilo permisivo se relaciona con elevados niveles de autoestima y capacidades sociales, sin embargo, la carencia de parámetros se han referente con más grandes puntuaciones en inmadurez y dependencia.
- Padres democráticos: Se relaciona con altos niveles de autoestima, habilidades sociales, logro académico, independencia y madurez.
- Papás autoritarios: Dichos papás exigen obediencia, restringen la soberanía del hijo e intentan mantener el control del comportamiento(53).

2.2.5.4 Función familiar

Asimismo, una de las funcionalidades del núcleo familiar es la educativa, además intentar la individualización y socialización de sus miembros, la primera, trata sobre la manera de acercarse y de notar el planeta, en la segunda, el núcleo familiar muestra valores, reglas, reacciones, así como métodos de actuar, que tipifican después el conjunto

social al que se pertenece. El núcleo familiar además tiene la capacidad de apoyo y custodia psicosocial, ésta trata sobre el soporte que ofrece, en situaciones de crisis o situaciones novedosas, donde los miembros de la misma, tratarán en lo viable de facilitar la habituación, como lo es en los cambios evolutivos por los que pasan sus miembros, las crisis del periodo fundamental familiar, o por los seguidos movimientos sociales, que surgen a partir del exterior y que exigen en el núcleo familiar, un proceso de constante ajuste. O sea, determinan las condiciones de vida, la comunicación positiva y el afrontamiento de problemas, ya que el núcleo familiar se considera la fuente de la cual se van a obtener algunas herramientas emocionales para la vida. De allí que se tendrá que considerar y hacer énfasis en el valor que tiene la igualdad, así como el correcto manejo del sistema familiar, para poder hacer un buen desarrollo de todos sus miembros.

El funcionamiento familiar adecuado es aquel que le facilita a la familia alcanzar los objetivos y cumplir con las funciones establecidas por la sociedad, como son: La satisfacción de las necesidades afecto-emocionales, la transmisión de valores éticos y culturales, de sus miembros, el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio, que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital(54).

2.2.5.5 Problemas familiares

- a) Historia familiar de suicidio, las probabilidades son mayores con ese antecedente familiar (55).
- b) Interacciones familiares

El propósito principal de los estilos de interacción familiar es establecer límites internos en torno a una identidad compartida que distinga a cada miembro de los demás. La segunda función de los estilos de interacción familiar es organizar la información que llega desde el exterior del sistema familiar y darle un abanico de significados que refuercen la homeostasis de dicho sistema. La tercera función es la de orientar las motivaciones y, en buena medida, la conducta de sus miembros en lo que se refiere a la interacción con otros sistemas. Los miembros de sistemas que comparten un mismo estilo de interacción pueden tener características de personalidad muy diversas, así como valores y formas de entender la vida. (56).

c) Violencia entre padres

- Maltrato Psicológico: si su cónyuge controla todo lo que hace, con quién convives, te impide ver a tu familia o realizar diferentes actividades, te insulta como "tonta, no sirves para nada ", critica tu forma de vestir, tu apariencia física , o todo lo que haces, haciéndolo parecer incorrecto y haciéndote sentir menospreciado , estás experimentando abuso psicológico .
- Maltrato físico: Otro modo de menoscabo es la arbitrariedad física, que abarca cada una de las conductas dirigidas a llevar cualquier daño en el cuerpo humano. Ejemplificando, si su pareja la ha empujado, dado cachetadas, golpes de puño, patadas, ha intentado ahorcarla, la ha agredido con algún objeto, usted está viviendo maltrato físico(55).
- Maltrato sexual: La violencia sexual en la pareja ocurre cuando un miembro de la pareja fuerza al otro a un acto sexual en oposición a su voluntad. Si la pareja te ha obligado a tener relaciones sexuales, te ha presionado para

que hagas actos sexuales que no quieres o que consideras humillantes, te está abusando sexualmente (56).

- Maltrato económico: En estos casos, si la pareja o esposo a pesar de tener dinero no da lo suficiente para cubrir las necesidades mínimas de la familia o lo controla a través del dinero, controla todo lo que gastas o ganas, prohíbe trabajar o prohíbe tener opciones sobre cómo se gastará el dinero de la vivienda, está experimentando abuso económico(57)

d) Problemas entre hermanos

Por mucho o poco que los hermanos se agredan, habitualmente no hay una razón específica. Después, se proponen varias causas más frecuentes por las cuales los hermanos pelean. Varios hermanos pelean por la atención de sus papás, por sus pertenencias o amigos.

e) Conflicto con los padres

Claro que sólo algunas de las familias van a padecer este “deterioro” de la interacción entre papás y jóvenes, pero sí la más grande parte. Inclusive esas familias que habían tenido una interacción armónica a lo largo de la infancia, van a atravesar a lo largo de la juventud temprana un tiempo de un cierto desajuste y de una mayor conflictividad. El problema de la interacción puede darse en la juventud temprana, y señalan que van a ser más comunes solamente en esas familias en las que los jóvenes experimentan los cambios bastante rápido o bastante tarde.

Con interacción a los temas que ocasionan discusiones y riñas entre parientes, los conflictos más comunes acostumbran estar involucrados con asuntos diarios como la hora de llegada, la manera de vestir o la carencia de compromiso con el análisis. Temas como sexualidad, política, religión o drogas no

acostumbran aparecer a menudo en las discusiones entre papás e hijos, aunque una vez que lo elaboran, producen conflictos más intensos. La comunicación entre papás e hijos suele deteriorarse alguna vez entre la niñez y la juventud gracias a ciertos cambios claros en los patrones con los que interactuamos con los propios hijos (58).

f) Falta de comprensión

Esta es la misma interrogante que a diario se pregunta todo papá de familia, pero es la misma que no van a poder contestar jamás, y la razón, es bastante sencilla: por bastante buen o mal papá de familia que sea, se está olvidando que una vez ha sido además joven, y es ahí donde va la enorme pregunta que se hace todo púber: ¿A caso en algún momento no ha sido como yo?

Estas dos preguntas son la clave primordial para comenzar a pensar y a saber diferenciar varios componentes, y para ser más explícitos, hablemos generalmente: no es lo mismo ser preciso que inflexible, puesto que se debería rememorar que todo tiene su límite. Es cierto que una vez que no se entiende a la buena, puesto que entonces va a ser a la mala, pero aquello no tenemos la posibilidad de combinarlo con un acto de embestida psicológica, ni mucho menos como un acto de rebeldía.

Todos poseemos un hasta aquí, sin embargo, para lograr manifestar lo cual sentimos, debemos primero: aprender a mencionar las cosas, saber entender a una persona y, al final, saber tener paciencia y comprensión.

Actualmente, aún se sigue dando esta clase de inconvenientes en todo hogar, no obstante, varios equipos de capacitaciones para adolescentes y papás, permanecen combatiendo dichos incidentes, sin embargo, se debe tener algo bien en claro: no es lo mismo escuchar, que oír, y quizás sea eso lo cual no deja que todo lo aconsejado se ponga en práctica, de esta forma que por

muchas charlas que se den, nada va a servir, sino se consigue concientizar tanto como a los jóvenes como a sus papás. (12)

g) Falta de comunicación

La carencia de comunicación trata sobre los varios malentendidos que se otorgan en las familias. Por consiguiente, si no existe conexión entre los miembros del núcleo familiar se crean inconvenientes de comunicación.

Los inconvenientes en la comunicación empiezan con la aparición de ciertos componentes resultado del desmesurado 'individualismo' de los miembros o de los estilos educativos que usan los papás.

La carencia de tiempo para estar unidos en familia es un componente clave para la carencia de comunicación.

La disciplina, el ser autoritario y no dejar manifestar al infante sus necesidades podría ser dañino.

Darle herramientas para que busquen soluciones a sus inconvenientes es mejor que decirles a los chicos lo que tienen que hacer.

Platicar de todos los temas de forma abierta, con naturalidad y sin prejuicios previene que el infante tenga que buscar las respuestas que requiere 'fuera' del núcleo familiar.

h) Sentimientos de culpa

El sentimiento de culpa es un símbolo de empatía, o sea, necesita la función de ponerse en el sitio del que sufre, sentir su dolor y arrepentirse y/o intentar de componer los males. Sin embargo, mal gestionado la emoción de culpa puede elaborar mucho dolor, en ocasiones el mal no puede repararse pues el individuo en teoría agraviada ha fallecido y entonces se hace insoportable el sufrimiento. Varias personas intentan borrar su culpa por medio de penitencias, sacrificios, autocastigos. Una vez que somos asaltados por la emoción de culpa y nos quedamos

enganchados dándole vueltas a los mismos pensamientos, de nada sirve continuar analizando ya que llegaremos constantemente a las mismas conclusiones y no puede haber cambiado nada. (59)

i) Disfunción familiar

Una familia disfuncional es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y frecuentemente el abuso por los miembros personales se generan continua y regularmente, lo cual lleva a otros miembros a acoplarse a tales actividades. Las familias disfuncionales son primordialmente el resultado de adultos codependientes, y además tienen la posibilidad de verse dañados por las adicciones, como el abuso de sustancias (alcohol, drogas, etcétera.). Otros inicios son las patologías mentales no tratadas. Comúnmente se crea por situaciones donde los papás permanecen al borde de la división y el divorcio. Si bien, en otros términos, el parentesco matrimonial es bastante profundo debido a que las faltas de los papás en verdad se complementan entre sí. (60)

j) Conflictos interpersonales

El conflicto personal es una situación en la que hay desacuerdo entre varias personas, cada una con una opinión o posición diferente. El conflicto es bastante común y frecuente en las relaciones sociales, incluso con personas con las que nos llevamos bien y en las que confiamos. Podría decirse que son cosas inevitables en nuestras vidas (siempre tendremos diferentes puntos de vista o perspectivas), pero algunas personas las evitan o reaccionan ante ellas de manera inapropiada/inhibida. El principal problema de no lidiar con el conflicto o hacer algo mal son las emociones negativas, la

incompetencia o la ira que sentimos por no hacer lo que queremos, además de no resolver el conflicto en sí (3, 56).

k) Emociones negativas

Las emociones negativas tienden a hacerte sentir mal o peor contigo mismo, sin olvidar que reducen tu autoestima y la confianza propia. Si bien es natural sentir estas emociones, el malestar que ocasionan puede afectar otros ámbitos de la vida diaria. Es importante trabajar en ellas con prácticas como la meditación o hacer algunos ejercicios para afrontar el sufrimiento (4).

l) Eventos estresantes

Se pueden dar por pérdidas familiares, muerte o pérdidas económicas en el lugar de trabajo. A veces, la ansiedad dura solo unos momentos, como cuando tienes una audición para una obra de teatro escolar o cuando disparas el tiro que podría ganar el juego. Pero la vida a veces puede arrojarnos a situaciones que nos dejan estresados por unos días, semanas o meses (61) (55).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

La Ideación Suicida se asocia significativamente a factores parentales en los adolescentes de la Jurisdicción de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, año 2022.

3.2 VARIABLES

- a) Ideación Suicida
- b) Factores Parentales

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Establecimiento de Salud	Establecimiento de salud MINSA de la jurisdicción de la Microrred Metropolitana	<ul style="list-style-type: none"> - C.S. Metropolitano - C.S. Leoncio Prado - C.S. Bolognesi - C.S. A.B. Leguía - C.S. Natividad - P.S. Jesús María - P.S. Hábitat. 	Nominal
Edad	Edad en años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> - 12 años - 13 años - 14 años - 15 años - 16 años - 17 años 	Ordinal
Sexo	Género por fenotipo	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 	Nominal
Nivel de escolaridad	Último grado alcanzado	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria - 1° secundaria - 2° secundaria - 3° Secundaria - 4° secundaria - 5° secundaria 	Nominal

Estresores Familiares	Se considerará factores de riesgo del entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de alcohol de padre - Consumo de alcohol de la madre - Abuso sexual - Muerte de familiar - Intento suicida de familiar - Violencia Psicológica - Violencia Físico - Trastorno psiquiátrico de un familiar 	Nominal
Ideación suicida	Test de Beck	<ul style="list-style-type: none"> - Con ideación Suicida - Sin ideación suicida - Nivel: - Riesgo leve - Riesgo Moderado - Alto riesgo 	Ordinal
Estructura familiar		<ul style="list-style-type: none"> - Familia integrada - Familia desintegrada 	Nominal
Funcionalidad Familiar	Apgar familiar y características de integración	<ul style="list-style-type: none"> - Funcional: 20-17 puntos - Disfuncional leve: 16-13 puntos - Disfunción moderada: 12-10 puntos - Disfunción severa: ≤ 9 	Nominal

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico, debido a que no se manipularon variables y se recolectaron los datos en un solo momento.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio fue la jurisdicción de la Microred Metropolitana de la Red de Salud de Tacna, la cual está conformada por los siguientes establecimientos:

- a. C.S. Metropolitano
- b. C.S. Leoncio Prado
- c. C.S. Bolognesi
- d. C.S. A.B. Leguía
- e. C.S. Natividad
- f. P.S. Jesús María
- g. P.S. Hábitat.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población

Se consideró como marco muestral la población de adolescentes de la jurisdicción de la Microred Metropolitana de la Red de Salud Tacna del Ministerio de Salud.

Unidad de Análisis: Adolescentes (ciclo de vida de 12 a 17 años 11 meses)

4.3.2 Muestra

El muestreo fue por conglomerados bietapico donde cada jurisdicción se comportó como un conglomerado, del cual se seleccionó la muestra representativa por afijación proporcional. El tamaño de la muestra se determinó mediante:

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

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z_{α} = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con complicaciones (9%)

q = 1-p

E = Error de estimación

- N= 7864
- Z= 1.96
- p= 0.5
- q=0.5
- e= 5%

$$n = 366$$

El muestreo fue por afijación proporcional llegando a ser:

Establecimiento	Población de adolescentes (Fuente MINSA 2022)		Proporción (%)		Muestra	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
C.S. Metropolitano	953	974	24	25	44	42
C.S. Leoncio Prado	720	738	18	19	33	35
C.S. Bolognesi	751	767	19	20	35	37
C.S. A.B. Leguía	835	660	21	17	39	31
C.S. Natividad	421	432	11	11	20	21
P.S. Jesús María	131	138	3	4	6	7
P.S. Hábitat.	172	172	4	4	8	8
Total	3983	3881	100	100	185	181

En el hogar se seleccionó al adolescente de mayor edad en caso sea más de uno mediante los siguientes criterios:

4.3.2.1 Criterios de inclusión

- a. Adolescentes de 12 a 17 años
- b. Nacionalidad peruana
- c. De ambos sexos
- d. Residente en Tacna mayor a 6 meses

4.3.2.2 Criterios de exclusión

- a. Familias que no deseen participar
- b. Procedentes de nacionalidad extranjera
- c. Adolescentes de hogares de protección o albergues
- d. Adolescentes con discapacidad mental o física

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 Técnicas

Encuesta personalizada individual e intrafamiliar estructurada (visita domiciliaria), de manera aleatoria.

4.4.2 Instrumentos

a) Ficha sociodemográfica y familiar (Anexo 01)

Se trata del instrumento que indagó los antecedentes personales de la muestra estudiada, características familiares, económicas, educación e información de caracteres vinculadas a factores probablemente asociados (62).

b) Instrumento de medición de Ideación Suicida de Beck (Anexo 02)

La escala de Ideación Suicida de Beck (Scalefor Suicide Ideacion, SSI) fue creada por A. T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman en 1978 y vigente actualmente. Fue validada y estandarizada para el Perú por Eugenio y Zelada en el 2011. (63) El instrumento evalúa la ideación de suicidio o si el adolescente está pensando hacerlo por alguna circunstancia. Es un instrumento que cuenta con 19 reactivos donde el adolescente, con ayuda del encuestador, marca la opción que considere o se asemeje a sus pensamientos. La escala contempla 0=ausente y 2=máxima intensidad.

Asimismo, el instrumento evalúa las siguientes características:

- a. Características de las actitudes hacia la vida y la muerte
- b. Características de pensamientos suicidas
- c. Características de intento suicida
- d. Actualización del intento proyectado

En el presente trabajo se exploró el mayor momento de crisis el cual puede coincidir con el momento actual o referirse a un momento en el pasado.

Cálculo de puntuaciones:

- a. En caso de que las puntuaciones de reactivo 4 y 5 sean de 0 para ambos se considera inexistencia de ideación suicida.
- b. Los ítems se calificarán de 0 a 2 dando un total del reactivo 1 al 19.
- c. El rango de puntuación es de 0 a 38
- d. Una puntuación ≥ 1 es indicativo de riesgo suicida

c) Instrumento de APGAR familiar (Anexo 03) (64)

El instrumento determina si la familia del adolescente es funcional o disfuncional. Consta de cinco reactivos y cuenta con validación nacional. El instrumento muestra un nivel promedio

de Alfa de Cronbach superior a 0.8 en estudios nacionales. Cada respuesta tiene un puntaje que va entre los 0 a 4 puntos, donde:

0= Nunca

1= Casi nunca

2= Algunas veces

3= Casi siempre

4= Siempre

Categorización:

1. Funcionalidad normal: 20-17 puntos
2. Disfunción familiar leve: 16-13 puntos
3. Disfunción familiar moderada: 12-10 puntos
4. Disfunción familiar severa: ≤ 9

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

La aplicación del instrumento de recolección de datos fue de tipo cuantitativo adaptado y validado por estudios nacionales e informes oficiales del Ministerio de Salud del Perú. Se considera su validación en la referida institución, así como por la sustentada en publicaciones existentes.

El instrumento y su aplicación contemplaban:

- Se realizó un mapeo de la jurisdicción de la Microred Metropolitana con asistencia técnica estadística para la elección de los domicilios de los adolescentes a los cuales se aplicaría la encuesta, la cual se realizó de manera aleatoria.
- El instrumento de recolección de datos se ajustó al orden de los objetivos del estudio, estableciéndose en primer lugar la recolección de características sociodemográficas, posteriormente el Test de ideación suicida de Beck y terminando con el Apgar familiar.
- Participación de un equipo formado en entrevista personalizada previamente formado en los objetivos del estudio
- Formato de registro estructurado a través de archivo validado.
- Administrado de forma personalizada por el equipo de encuesta bajo la supervisión del investigador.
- La información fue recolectada a través de una visita domiciliaria con el consentimiento informado de los padres o tutores (Anexo 04)

5.2 PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los resultados se presentan en tablas y gráficos de doble entrada. Los datos fueron codificados en EXCEL, estructurados en formato numérico para exportación múltiple. Los datos se analizaron en SPSS 21 y se utilizaron pruebas univariadas para determinar las principales variables relacionadas

(medidas de tendencia central y dispersión). Una vez seleccionados estos, se utilizó el análisis bivariado con ajuste de muestra mediante pruebas de chi-cuadrado para determinar variables asociadas a la ideación suicida. Se determinó la razón de prevalencia intramuestra para determinar la fuerza de la asociación, como el valor más cercano a la medida de riesgo. Se utilizaron pruebas t independientes para contrastar las variables cuantitativas de las pruebas representadas en barras de error con un intervalo de confianza del 95%. Se consideró un valor de p significativo inferior a 0,05.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue aprobado por el revisor institucional correspondiente de la Universidad.

Todos los padres y/o tutores fueron informados sobre la importancia del estudio, solicitando su participación voluntaria y se les solicitó la firma del respectivo consentimiento informado (Anexo 4). Se mantuvo absoluta confidencialidad de la identidad de las personas abordadas, a quienes se les asignó un código de proceso. Para ello, el recojo de información fue completamente anónimo.

Los resultados fueron absolutamente científicos, cuidando la confidencialidad de los participantes.

RESULTADOS

TABLA 01
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE
SALUD, EDAD, SEXO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS
ADOLESCENTES DE LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD DE TACNA, 2022

		n	%
Establecimiento de salud	C.S. Metropolitano	86	23.5%
	C.S. Leoncio Prado	68	18.6%
	C.S. Bolognesi	72	19.7%
	C.S. A.B. Leguía	70	19.1%
	C.S. Natividad	41	11.2%
	P.S. Jesús María	13	3.6%
	P.S. Hábitat	16	4.4%
	Total	366	100.0%
Edad	12 años	4	1.1%
	13 años	71	19.4%
	14 años	71	19.4%
	15 años	87	23.8%
	16 años	78	21.3%
	17 años	55	15.0%
	Total	366	100.0%
	Sexo	Femenino	181
Masculino		185	50.5%
Total		366	100.0%
Nivel de escolaridad	1ro. secundaria	92	25.1%
	2do. secundaria	66	18.0%
	3ro. secundaria	88	24.0%
	4to. secundaria	77	21.0%
	5to. secundaria	43	11.7%
	Total	366	100.0%

En la tabla 01 se puede observar la distribución de frecuencia de la muestra en estudio según establecimiento de salud, edad, sexo y nivel de escolaridad. Podemos observar que el mayor porcentaje de adolescentes (23.5%) pertenece al C.S. Metropolitano, seguido del C.S. Leoncio Prado con un 18.6%, con valores similares se encuentran el C.S. Bolognesi y el C.S. A.B. Leguía, con un 19.7% y 19.1%, respectivamente. Con respecto a la edad de la muestra de adolescente, el 23.8% tenía 15 años, seguido del 21.3% correspondiente al grupo de 16 años y el 19.4% de 13 y 14 años, respectivamente. El 50.5% era de sexo masculino y el 49.5% de sexo femenino, pudiendo observar que tenemos muestras similares de ambos sexos para realizar un contraste adecuado, disminuyendo así la posibilidad de sesgo. Según nivel de escolaridad se observó que la mayor parte de la muestra (25.1%) cursaba el 1ro. de secundaria seguido de un 24% de 3ro y un 21% de 4to. de secundaria, principalmente.

TABLA 02

**PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES DE
LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA DE LA
RED DE SALUD DE TACNA, 2022**

		n	%
	Ideación Suicida	107	29.2%
Ideación suicida	Sin ideación suicida	259	70.8%
	Total	366	100.0%

En la tabla 02 se observa la prevalencia de ideación suicida, una vez aplicado el Test de tamizaje seleccionado de Beck. Podemos observar que el 29.2% manifiesta una intencionalidad suicida en algún momento de su vida y el 70.8% no refiere esta ideación.

TABLA 03

**CLASIFICACIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES
(N=107) DE LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA
DE LA RED DE SALUD DE TACNA, 2022**

		n	%
Clasificación de intencionalidad suicida	Bajo	36	33.6%
	Mediano	41	38.3%
	Alto	30	28.0%
	Total	107	100.0%

En la tabla 03 se observa el grupo en los que el test tamizó a los adolescentes con ideación suicida (n=107). En ellos se realizó la categorización del riesgo según los baremos determinados, encontrándose que el 28% del grupo que tuvo ideación suicida cursa actualmente con un riesgo alto de esta intencionalidad, el 38.3% con un riesgo mediano y un 33.6% con riesgo bajo.

TABLA 04**FRECUENCIA DE ESTRESORES FAMILIARES DE LOS
ADOLESCENTES DE LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD DE TACNA, 2022**

		n	%
Consumo de alcohol del padre	No	251	68.6%
	Sí	115	31.4%
	Total	366	100.0%
Consumo de alcohol de la madre	No	346	94.5%
	Sí	20	5.5%
	Total	366	100.0%
Abuso sexual	No	366	100.0%
	Sí	0	0.0%
	Total	366	100.0%
Muerte de un familiar	No	314	85.8%
	Sí	52	14.2%
	Total	366	100.0%
Intento suicida de un familiar	No	330	90.2%
	Sí	36	9.8%
	Total	366	100.0%
Violencia psicológica	No	110	30.1%
	Sí	256	69.9%
	Total	366	100.0%
Violencia física	No	260	71.0%
	Sí	106	29.0%
	Total	366	100.0%
Trastorno psiquiátrico de un familiar	No	341	93.2%
	Sí	25	6.8%
	Total	366	100.0%

En la tabla 04, se puede observar la distribución de frecuencia de los principales estresores familiares explorados en la investigación. Se puede identificar que en todo el grupo de adolescentes se identifican situaciones que consideran “estresantes” dentro del núcleo familiar. Destaca principalmente la presencia violencia psicológica en mas de la mitad de los participantes con un 69.90%, seguido del consumo de alcohol por parte del padre con un 31.40%, lo cual va en contraste con el consumo de alcohol por parte de la madre, que corresponde solo a un 5.5%. Con un 29.00% se encuentra la violencia física, con un tercer lugar en frecuencia de estresores familiares, seguido de la muerte de algún familiar con un 14.20%. Además, es importante mencionar que, en toda la muestra de adolescentes, negaron la presencia de abuso sexual como estresor familiar.

TABLA 05

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR
DE LOS ADOLESCENTES DE LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD DE TACNA, 2022**

		n	%
	Familia integrada	250	68.3%
Estructura familiar	Familia desintegrada	116	31.7%
	Total	366	100.0%

En la tabla 05 se observa la distribución de frecuencia de la estructura familiar de la muestra en estudio. El 68.3% del total de adolescentes manifiesta una estructura familiar integrada y el 31.7% una estructura desintegrada.

TABLA 06

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL APGAR FAMILIAR SEGÚN SU PUNTAJE EN LOS ADOLESCENTES DE LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD DE TACNA, 2022

		n	%
Apgar familiar	Funcionalidad normal	25	6.8%
	Disfunción leve	93	25.4%
	Disfunción moderada	87	23.8%
	Disfunción severa	161	44.0%
	Total	366	100.0%

En la Tabla 06 podemos identificar el Apgar familiar clasificado según el puntaje obtenido por los participantes del estudio, donde podemos observar que la mayoría de los adolescentes obtuvo un puntaje correspondiente a disfunción familiar severa con un 44,0%. La disfunción familiar leve y moderada, obtuvieron porcentajes similares, con un 25,4% y 23,8%, respectivamente. Teniendo la menor cantidad de participantes con una funcionalidad familiar normal, contando con solo 6.8%.

TABLA 07
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN LOS
ADOLESCENTES DE LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORRED
METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD DE TACNA, 2022

		Ideación Suicida						p
		Con ideación Suicida		Sin ideación suicida		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Establecimiento de salud	C.S. Metropolitano	27	31.4%	59	68.6%	86	100.0%	0.005
	C.S. Leoncio Prado	23	33.8%	45	66.2%	68	100.0%	
	C.S. Bolognesi	11	15.3%	61	84.7%	72	100.0%	
	C.S. A.B. Leguía	27	38.6%	43	61.4%	70	100.0%	
	C.S. Natividad	16	39.0%	25	61.0%	41	100.0%	
	P.S. Jesús María	0	0.0%	13	100.0%	13	100.0%	
	P.S. Hábitat	3	18.8%	13	81.3%	16	100.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	
Edad	12 años	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%	0.00
	13 años	18	25.4%	53	74.6%	71	100.0%	
	14 años	32	45.1%	39	54.9%	71	100.0%	
	15 años	33	37.9%	54	62.1%	87	100.0%	
	16 años	14	17.9%	64	82.1%	78	100.0%	
	17 años	6	10.9%	49	89.1%	55	100.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	
Sexo	Femenino	74	40.9%	107	59.1%	181	100.0%	0.00
	Masculino	33	17.8%	152	82.2%	185	100.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	
Nivel de escolaridad	1ro. secundaria	36	39.1%	56	60.9%	92	100.0%	0.00
	2do. secundaria	25	37.9%	41	62.1%	66	100.0%	
	3ro. secundaria	33	37.5%	55	62.5%	88	100.0%	
	4to. secundaria	10	13.0%	67	87.0%	77	100.0%	
	5to. secundaria	3	7.0%	40	93.0%	43	100.0%	
Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%		
Consumo de alcohol del padre	No	43	17.1%	208	82.9%	251	100.0%	0.00
	Sí	64	55.7%	51	44.3%	115	100.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	
Consumo de alcohol de la madre	No	87	25.1%	259	74.9%	346	100.0%	0.00
	Sí	20	100.0%	0	0.0%	20	100.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	
Abuso sexual	No	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	n.s
	Sí	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	
Muerte de un familiar	No	82	26.1%	232	73.9%	314	100.0%	0.001
	Sí	25	48.1%	27	51.9%	52	100.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	
Intento suicida de un familiar	No	87	26.4%	243	73.6%	330	100.0%	0.00
	Sí	20	55.6%	16	44.4%	36	100.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	
Violencia psicológica	No	0	0.0%	110	100.0%	110	100.0%	0.00
	Sí	107	41.8%	149	58.2%	256	100.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	
Violencia Física	No	24	9.2%	236	90.8%	260	100.0%	0.00
	Sí	83	78.3%	23	21.7%	106	100.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	
Trastorno psiquiátrico de un familiar	No	98	28.7%	243	71.3%	341	100.0%	0.44
	Sí	9	36.0%	16	64.0%	25	100.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	

En la tabla 07 se contrastan los factores asociados a ideación suicida en todo el grupo de estudio. Se comparó ambos grupos, los que referían esta intencionalidad vs. los que no lo tenían. Las variables identificadas se valoraron con un intervalo de confianza del 95%.

Se pudo observar que, a excepción de tener un familiar con trastorno psiquiátrico o el antecedente de abuso sexual, todas las demás variables mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Tal es así que, la ideación suicida se pudo observar relacionada al establecimiento de salud al que pertenecía el adolescente, teniendo una mayor frecuencia de asociación con ideación suicida el C.S. Natividad con un 39,0%, seguido del C.S. A.B. Leguía con una frecuencia de asociación de 38,6%. También podemos identificar que la ideación suicida está mas asociada a adolescentes de menor edad (principalmente en menores de 14 años) con nivel de escolaridad menor (generalmente de 3ro. de secundaria o menos). Según sexo, la frecuencia fue mayor en mujeres (40.9%). El factor “consumo de alcohol del padre” tuvo una frecuencia de asociación del 55.7% a ideación suicida y era mucho mayor estadísticamente cuando es la madre quien consume el alcohol, en cuyo grupo el 100% de los adolescentes con esta condición estaban en el grupo con ideación suicida.

El antecedente de “muerte de un familiar”, “intento de suicidio de un familiar”, “violencia psicológica”, “violencia física” tuvieron una frecuencia de 48.1%, 55.6%, 41.8%, 78.3% en el grupo con ideación suicida. Ésta diferencia fue significativa respecto al grupo sin la presencia del factor.

TABLA 08

**ESTRUCTURA FAMILIAR ASOCIADA A IDEACIÓN SUICIDA EN LOS
 ADOLESCENTES DE LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
 METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD DE TACNA, 2022**

			Ideación suicida			<i>p</i>	OR (IC 95%)
			Con ideación suicida	Sin ideación suicida	Total		
Estructura familiar	Familia desintegrada	n	70	46	116	0.00	8.76 (5.26-14.59)
		%	65.40%	17.80%	31.70%		
	Familia integrada	n	37	213	250		
		%	34.60%	82.20%	68.30%		
	Total	n	107	259	366		
		%	100.00%	100.00%	100.00%		

En la Tabla 08 podemos observar que se realizó la asociación entre la estructura familiar de los participantes y si tienen o no ideación suicida, las variables también se valoraron con un intervalo de confianza de 95%.

Se pudo obtener como resultado que los adolescentes que pertenecen al grupo con ideación suicida, el 65.40% presentaba una estructura familiar desintegrada. A diferencia del grupo que no presentó ideación suicida donde el 82.20% se asociaba a una familia integrada, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, con un valor $p:0.00$. Además, se calculó el Odds ratio, el cual dio como resultado que los adolescentes que pertenecen a una estructura familiar desintegrada tienen 8.76 veces más riesgo de presentar ideación suicida que los adolescentes con una estructura familiar integrada.

TABLA 09
APGAR FAMILIAR ASOCIADO A IDEACIÓN SUICIDA EN LOS
ADOLESCENTES DE LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED
METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD DE TACNA, 2022

		Ideación Suicida						<i>p</i>
		Con ideación Suicida		Sin ideación suicida		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Apgar familiar	Funcionalidad normal	0	0.0%	25	100.0%	25	100.0%	0.00*
	Disfunción leve	0	0.0%	93	100.0%	93	100.0%	
	Disfunción moderada	3	3.4%	84	96.6%	87	100.0%	
	Disfunción severa	104	64.6%	57	35.4%	161	100.0%	
	Total	107	29.2%	259	70.8%	366	100.0%	

*A pesar de los valores 0 presentados en la tabla, menos del 20% de las casillas de esta subtabla habían previsto recuentos de valores esperados <5, por lo cual el valor de chi cuadrado es válido.

En la Tabla 09 se puede observar que siendo la estructura familiar un componente muy relacionado a ideación suicida, se aplicó el test de APGAR familiar para corroborar la relación de la funcionalidad familiar en sus cuatro categorías. Se pudo observar que existe una influencia significativa entre funcionalidad familiar e ideación suicida ($p:0.00$). Tal es así que, en el grupo “disfunción severa” mas de la mitad de los adolescentes (64.6%) estaba asociado con ideación suicida. En el caso de disfunción familiar moderada se observó que el 96.6% no presentaba ideación suicida. En contraparte, aquellos adolescentes con funcionalidad familiar normal, el 100,0% no presentó ideación suicida, presentándose la misma situación con el grupo de disfunción familiar leve, de los cuales ninguno presentó ideación suicida. Esta diferencia fue altamente significativa ($p:0.000$).

TABLA 10
FACTORES ASOCIADOS A RIESGO SUICIDA EN LOS
ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA (N=107) DE LA
JURISDICCIÓN DE LA MICRORRED METROPOLITANA DE LA RED
DE SALUD DE TACNA, 2022

		Riesgo de ideación suicida								p
		Bajo		Mediano		Alto		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad	12 años	0	0.0%	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%	0.000*
	13 años	0	0.0%	8	44.4%	10	55.6%	18	100.0%	
	14 años	12	37.5%	7	21.9%	13	40.6%	32	100.0%	
	15 años	11	33.3%	15	45.5%	7	21.2%	33	100.0%	
	16 años	7	50.0%	7	50.0%	0	0.0%	14	100.0%	
	17 años	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	Total	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	
Sexo	Femenino	25	33.8%	25	33.8%	24	32.4%	74	100.0%	0.230
	Masculino	11	33.3%	16	48.5%	6	18.2%	33	100.0%	
	Total	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	
Nivel de escolaridad	1ro. secundaria	8	22.2%	13	36.1%	15	41.7%	36	100.0%	0.001*
	2do. secundaria	4	16.0%	10	40.0%	11	44.0%	25	100.0%	
	3ro. secundaria	14	42.4%	15	45.5%	4	12.1%	33	100.0%	
	4to. secundaria	7	70.0%	3	30.0%	0	0.0%	10	100.0%	
	5to. secundaria	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	
Consumo de alcohol del padre	Total	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	0.002
	No	22	51.2%	9	20.9%	12	27.9%	43	100.0%	
	Sí	14	21.9%	32	50.0%	18	28.1%	64	100.0%	
Consumo de alcohol de la madre	Total	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	0.000
	No	32	36.8%	29	33.3%	26	29.9%	87	100.0%	
	Sí	4	20.0%	12	60.0%	4	20.0%	20	100.0%	
Abuso sexual	Total	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	n.s.
	No	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	
Muerte familiar	Total	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	0.009
	No	25	30.5%	28	34.1%	29	35.4%	82	100.0%	
	Sí	11	44.0%	13	52.0%	1	4.0%	25	100.0%	
Intento suicida de un familiar	Total	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	0.204
	No	26	29.9%	36	41.4%	25	28.7%	87	100.0%	
	Sí	10	50.0%	5	25.0%	5	25.0%	20	100.0%	
Violencia psicológica	Total	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	ns
	No	10	41.7%	14	58.3%	0	0.0%	24	100.0%	
Violencia Física	Total	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	0.002
	No	10	41.7%	14	58.3%	0	0.0%	24	100.0%	
	Sí	26	31.3%	27	32.5%	30	36.1%	83	100.0%	
Trastorno psiquiátrico de un familiar	Total	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	0.440*
	No	33	33.7%	35	35.7%	30	30.6%	98	100.0%	
	Sí	3	33.3%	6	66.7%	0	0.0%	9	100.0%	
Estructura familiar	Familia integrada	16	43.2%	16	43.2%	5	13.5%	37	100.0%	0.046
	Familia desintegrada	20	28.6%	25	35.7%	25	35.7%	70	100.0%	
	Total	36	33.6%	41	38.3%	30	28.0%	107	100.0%	

*Mas del 20% de las casillas de esta subtabla habían previsto recuentos de valores esperados <5, por lo cual el valor de chi cuadrado no es consistente.

En la tabla 10 se muestra los factores de riesgo que se encuentran relacionados a riesgo de ideación suicida en el grupo de adolescentes que manifestaron una intencionalidad suicida. Podemos ver que, a excepción del sexo, abuso sexual, intento suicida de un familiar, trastorno psiquiátrico de familiar, las demás variables presentaron un valor p significativo ($p < 0.05$). Pero es importante aclarar que en la variable de edad a pesar del valor $p:0.00$, al momento del análisis al tener $>20\%$ (44%) de los valores esperados <5 , este resultado no es consistente como para llegar a una conclusión, de igual manera sucede con la variable de nivel de escolaridad con un 40% de los valores esperados, y la variable de trastorno psiquiátrico de un familiar con un 50% de los valores esperados <5 .

Podemos observar que en el grupo de 13 y 14 años la proporción de riesgo alto fue mayor que en el grupo de 15 a más donde predominó el riesgo leve. Esta diferencia fue significativa ($p:0.00$). Según escolaridad la tendencia fue muy similar ($p:0.000$). En el grupo con consumo de alcohol del padre el 50% tuvo riesgo mediano y el grupo que el padre no consumía alcohol el riesgo suicida del menor fue de 20.9%, esta diferencia fue significativa ($p:0.002$). En el grupo en que la madre consumía alcohol, el 60% de los adolescentes presentaban un riesgo mediano. En el grupo en el que la madre no consumía alcohol el 30% tenía riesgo mediano, esta diferencia fue significativa ($p:0.00$).

En el grupo con familiar fallecido, el 52% presentó riesgo mediano y en el grupo sin familiar fallecido el 34.1% presentaba riesgo mediano, principalmente. Esta diferencia fue significativa ($p:0.00$).

El 100% de los adolescentes del grupo ($n=107$) presentó violencia psicológica con proporciones similares de ideación suicida.

En el grupo con violencia física, el 36.1% presentó riesgo alto de ideación suicida en comparación a un 0% en el grupo que no tenía el antecedente de violencia física. Según estructura familiar, aquellos adolescentes que procedían de familias desintegradas, el 35.7% manifestaba riesgo alto de ideación suicida y solo el 13.5% del grupo que procedía de familia integrada refería riesgo alto. Esta diferencia fue significativa ($p:0.04$)

DISCUSIÓN

En el Perú, nuestro marco legal establece que “El niño y el adolescente gozan de todos los derechos inherentes a la persona humana y de los derechos específicos relacionados con su proceso de desarrollo” (29). Esto se refiere a identificar problemas vinculados a su propia persona como aquellos de su entorno familiar y social. La vigilancia y seguimiento de los adolescentes es una tarea pendiente en el sistema sanitario donde las estrategias de desarrollo deben potenciarse periódicamente. La Organización Mundial de la salud (OMS), ubica al suicidio en las 10 primeras razones de muerte en todo el mundo. “Al año fallecen en el planeta, cerca de un millón de individuos (36) en todos los grupos de edad donde los adolescentes ocupan una parte importante en la casuística mundial. Actualmente es visto como un problema de salud pública a ser abordado por todos los gobiernos.

En nuestro estudio se evaluó una muestra de adolescentes de una población jurisdiccional de una Microred en la ciudad de Tacna. El 23.8% tenía 15 años, seguido del 21.3% del grupo de 16 años y el 19.4% de 13 y 14 años, respectivamente. El 50.5% era de sexo masculino y el 49.5% de sexo femenino. Según nivel de escolaridad se observó que el 25.1% cursaba el 1ro. de secundaria seguido de un 24% de 3ro y un 21% de 4to de secundaria, principalmente.

Ayala et al. tuvieron el propósito de determinar la incidencia de la ideación suicida y los factores de crianza que predicen la ideación suicida en los adolescentes. Los hallazgos del estudio revelaron que el 14% de los participantes del estudio tenían pensamientos suicidas (15). En Perú, Pazos Trelles con respecto a la ideación suicida, observaron que 1 de cada 10 alumnos (10%) entrevistados han considerado intentar terminar con su historia (17). Pudiendo observar que en los dos estudios mencionados anteriormente la prevalencia de ideación suicida mantiene valores similares, a diferencia de nuestro estudio en el que se encontró valores superiores, ya que un 29.2% de los adolescentes de la muestra manifestaron una ideación suicida en algún momento de su vida. Es importante mencionar que este valor incrementado de nuestro estudio se puede explicar por haber sido realizado en tiempos de pandemia, donde somos testigos del incremento de casos de patologías

psiquiátricas como la depresión y ansiedad, a comparación de los otros estudios que fueron realizados pre-pandemia. Se midió el riesgo en el grupo con ideación suicida, donde el 28% del grupo cursa actualmente con un riesgo alto de ideación suicida. El 38.3% con un riesgo mediano y un 33.6% con riesgo bajo.

En nuestro estudio también se observó que edad, sexo y nivel de escolaridad se encontraban asociados significativamente ($p < 0.05$) con la ideación suicida, de tal manera que ésta se encontraba relacionada a niños de menor edad (principalmente en menores de 14 años) con nivel de escolaridad menor (generalmente de 3ro. de secundaria o menos) y según sexo, la frecuencia fue mayor en mujeres (40.9%), siendo ésta última similar al resultado observado por Viera et al, donde encontró que el 61% de los casos pertenecían al sexo femenino. Caso contrario sucedió con los hallazgos realizados por Pazos Trelles donde refiere que las variables sociodemográficas como por ejemplo sexo, edad o composición familiar no albergan interacción con la variable ideación suicida en su población de estudio.

(17)

En nuestro estudio se pudo observar que, a excepción de tener un familiar con trastorno psiquiátrico o el antecedente de abuso sexual, todas las demás variables mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.005$). El factor “consumo de alcohol del padre” tuvo una frecuencia de asociación del 55.7% a ideación suicida y era mucho mayor estadísticamente cuando es la madre quien consume el alcohol, en cuyo grupo el 100% de los adolescentes con esta condición estaban en el grupo con ideación suicida. El antecedente de muerte de un familiar, intento de suicidio de un familiar, violencia psicológica, violencia física tuvieron una frecuencia de 48.1%, 55.6%, 41.8%, 78.3%, respectivamente en el grupo con ideación suicida. Con respecto a los tipos de violencia, tanto psicológica como física, Pazos Trelles midió la relación entre la variable violencia intrafamiliar y la ideación suicida entre estudiantes de secundaria de tres instituciones educativas públicas, donde obtuvo resultados similares a nuestro estudio, ya que los alumnos que tienen ideaciones suicidas son aquellos que han sufrido cualquier tipo de maltrato a causa de cualquier familiar, así sea maltrato físico o psicológico.

En este estudio se pudo obtener que los adolescentes que pertenecen al grupo con ideación suicida, el 65.40% presentaba una estructura familiar desintegrada. A diferencia del grupo que no presentó ideación suicida donde el 82.20% se asociaba a una familia integrada, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, con un valor $p:0.00$. Al igual que Garza et al examinó la composición familiar y su interacción con la ideación suicida en jóvenes, los resultados mostraron que los hombres mostraron diferencias significativas ($p:0,009$) en los niveles informados de desesperanza: la interacción con los padres se asoció con el razonamiento suicida ($p<0,010$) y las interacciones con las madres vieron el suicidio como salida para los inconvenientes de los adolescentes ($p: 0,010$) (11).

En nuestro estudio se pudo observar que existe una influencia significativa entre funcionalidad familiar e ideación suicida ($p:0.00$). Tal es así que, en el grupo “disfunción severa”, mas de la mitad de los adolescentes (64.6%) estaba asociado con ideación suicida. En el caso de disfunción familiar moderada se observó que el 96.6% no presentaba ideación suicida. En contraparte, aquellos adolescentes con funcionalidad familiar normal, el 100,0% no presentó ideación suicida. De similar manera Eguia Elías et al mide la relación entre la ideación suicida y los estilos parentales disfuncionales en adolescentes donde el 50% de los adolescentes tenían niveles moderados a altos de percepción sobre el estilo de crianza disfuncional reportándose al igual que nuestro estudio una relación significativa y directa entre la ideación suicida y la crianza disfuncional (15).

Es necesario reforzar nuevas estrategias en el sistema sanitario para el real monitoreo de los problemas psicológicos y psiquiátricos de nuestros adolescentes, dentro de un marco de planificación estratégica de mediano y largo plazo.

Limitaciones.

Este estudio presentó ciertas limitaciones; en determinadas visitas domiciliarias los tutores o padres de familia se encontraban cerca al adolescente al momento de la encuesta, lo cual habría podido producir un sesgo en las respuestas de los adolescentes. Además, los resultados elevados de ideación suicida en el presente estudio pueden haberse debido por la situación de pandemia de COVID-19 que

estamos viviendo, por lo cual sería indicado realizar un estudio similar posterior a la pandemia. Al ser un estudio transversal, no se puede realizar la comparación de la prevalencia de ideación suicida previa a la pandemia y la encontrada durante la pandemia. Debido a que nuestro estudio no fue prospectivo no fue posible evaluar otras variables que podrían haber estado relacionadas con la ideación suicida.

CONCLUSIONES

- a) El 23.8% de los adolescentes en estudio tenía 15 años, seguido del 21.3% del grupo de 16 años y el 19.4% de 13 y 14 años, respectivamente. El 50.5% era de sexo masculino. Según nivel de escolaridad se observó que el 25.1% cursaba el 1ro. de secundaria seguido de un 24% de 3ro y un 21% de 4to de secundaria, principalmente.
- b) La prevalencia de ideación suicida en la muestra representativa fue del 29.2% y el 70.8% no refiere esta ideación.
- c) El 68.3% del total de adolescentes manifiesta una estructura familiar integrada y el 31.7% una estructura desintegrada.
- d) Los factores familiares asociados a ideación suicida fueron consumo de alcohol del padre, consumo de alcohol de la madre, muerte de un familiar, intento de suicidio de un familiar, violencia psicológica, violencia física y familia desintegrada, todos con un valor $p < 0.05$.
- e) Existe una influencia significativa entre funcionalidad familiar e ideación suicida ($p:0.00$). Dentro del grupo de “disfunción severa”, más de la mitad de los adolescentes (64.6%) estaba asociado con ideación suicida. En contraparte, aquellos adolescentes con funcionalidad familiar normal, el 100,0% no presentó ideación suicida.

RECOMENDACIONES

1. Identificar a los adolescentes tamizados para un seguimiento personalizado de su condición a través de un programa de seguimiento, fortalecido por el SIS que aglutina ese beneficio a toda la población adolescente.
2. Trabajar conjuntamente con los padres de familia, promocionando la salud mental, para enfatizar el rol importante de la familia como primer escalón para prevenir los pensamientos suicidas y suicidio consumado, además de hacer hincapié en la erradicación de violencia intrafamiliar, y promover un ambiente de comprensión hacia los hijos.
3. Trabajar en conjunto con las Instituciones Educativas, por medio de los profesores para poder identificar los casos de familias de riesgo que puedan llevar a los hijos a concebir ideas suicidas.
4. Realizar seguimiento a las referencias al Servicio de Psiquiatría, para asegurar que el paciente reciba el manejo terapéutico pertinente, y así disminuir los casos de suicidio consumado por falta de atención médica especializada.
5. Generar en el servicio de Psicología, Psiquiatría y con ayuda del Centro de Salud Mental de la región, un protocolo de identificación, seguimiento y manejo terapéutico (terapia psicológica y/o farmacológica) del adolescente con riesgo en su salud mental y conducta. De tal manera que también se pueda protocolizar el uso del Apgar familiar al momento de la consulta con el adolescente, para poder identificar casos de riesgo.
6. Realizar trabajos de investigación que exploren otros factores asociados como los relacionados al entorno social del adolescente, las condiciones de aislamiento en los 2 últimos años y las relacionadas a patologías emergentes como el antecedente de COVID 19.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista chilena de pediatría [Internet]. diciembre de 2015 [citado 27 de abril de 2022];86(6):436-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062015000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Papalia DianeE, Wendkos Olds S, Duskin Feldman R. Psicología del Desarrollo. De la infancia a la adolescencia [Internet]. Undécima edición. Mexico D.F.: McGraw-Hill Education; 2009 [citado 27 de abril de 2022]. 697 p. Disponible en: <https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Psicologia-del-Desarrollo-PAPALIA-2009.pdf>
3. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA, Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2018 [citado 27 de abril de 2022];20(80):387-97. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Castellvi-Obiols P, Piqueras Rodríguez JA. El suicidio en la adolescencia un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. Promoción de la Salud y bienestar emocional en los adolescentes: Panorama actual, recursos y propuestas [Internet]. 2020 [citado 27 de abril de 2022];(Documento 3):15. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
5. Departamento de Salud Mental, División de prevención y control de enfermedades y Secretaría de Salud Pública. Norma General Administrativa N°027. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su implementación [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 26 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
7. OPS. Prevención del suicidio - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2021 [citado 27 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
8. Román-Lazarte V, Moncada-Mapelli E, Huarcaya-Victoria J. Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019 - ScienceDirect. ACP [Internet]. 2021 [citado 26 de junio de 2022]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745021000743>
9. Rodríguez Molinero L. Cambios psicológicos y emocionales durante la adolescencia [Internet]. Recoletas Red Hospitalaria. 2021 [citado 27 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.gruporecoletas.com/noticias/cambios-psicologicos-durante-la-adolescencia/>
10. Dávila Cervantes CA, Luna Contreras M, Dávila Cervantes CA, Luna Contreras M. Suicide attempt in teenagers: Associated factors. Revista chilena de pediatría [Internet]. diciembre de 2019 [citado 26 de junio de 2022];90(6):606-16. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-

41062019000600606&lng=en&nrm=iso&tlng=en

11. Garza Sánchez RI, Castro Saucedo LK, Calderón García SA, Garza Sánchez RI, Castro Saucedo LK, Calderón García SA. Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. agosto de 2019 [citado 28 de abril de 2022];36(2):228-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-417X2019000200228&lng=en&nrm=iso&tlng=es
12. Viera I. Ideación suicida en adolescentes, elementos funcionales de la familia relacionado a factores de riesgos. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica* [Internet]. 13 de septiembre de 2020 [citado 28 de abril de 2022];3(5):550. Disponible en: <https://revistamedica.com/ideacion-suicida-adolescentes-familia-factores-de-riesgo/>
13. Román V, Abud C. Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas. Suicidio. [Internet]. primera edición. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF); 2017 [citado 29 de abril de 2022]. (Unicef para cada niño). Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
14. 494220200811-2899800-1s1nbfk.pdf [Internet]. [citado 22 de julio de 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1226897/494220200811-2899800-1s1nbfk.pdf>
15. Cortes Ayala L, Vega Cauich JI, Garma SD, Lopez Vadillo JA. Predicción de la ideación suicida desde la percepción de la crianza parental en adolescentes yucatecos. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México* [Internet]. 31 de octubre de 2020 [citado 29 de abril de 2022];9(18):31-53. Disponible en: <https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/15581>
16. Rey LV, Pérez-Serrano PC, Carrasco JÁG, Murugarren SR, Leal AF. Daño autoinducido e ideación suicida en adolescentes: Perfil de los pacientes y factores de riesgo. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*. 29 de noviembre de 2019;4(2):12-9.
17. Pazos Trelles MC. Violencia familiar e ideación suicida en estudiantes de educación secundaria de tres instituciones educativas públicas del distrito de Comas, 2017. Universidad César Vallejo [Internet]. 2017 [citado 29 de abril de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/11320>
18. Eguia Elias C, Raymundo Villalva O, Vasquez Abatte G. Ideación Suicida y Estilos Parentales Disfuncionales en Adolescentes con o sin Autolesiones en Lima Metropolitana. *Revista Liminales Escritos sobre Psicología y Sociedad* [Internet]. 28 de diciembre de 2020 [citado 29 de abril de 2022];9(18):67-91. Disponible en: <https://revistafacso.ucentral.cl/index.php/liminales/article/view/471>
19. Flores Rosado CB. Ideación Suicida y Alexitimia en Alumnos de Quinto de Secundaria de las Instituciones Educativas de Viñani, Tacna 2016 [Internet] [Tesis de Licenciatura]. [Tacna]: Universidad Privada de Tacna; 2016 [citado 29 de abril de 2022]. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2779355>
20. Iglesias Diz J. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria* [Internet]. 2013 [citado 2 de mayo de 2022];17(2):88-93.

- Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
21. Quiroga Zaruma MA, Rodríguez Peralta DV. Los padres en la comunicación adolescente [Internet] [Tesis]. [Ecuador]: Universidad del Cuenca; 2013 [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://1library.co/article/los-padres-en-la-comunicaci%C3%B3n-adolescente.y8r65xrq>
 22. Federación de Enseñanza de CC.OO de Andaucía. Factores que influyen en la autonomía del adolescente [Internet]. Andalucía; 2009 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd5546.pdf>
 23. Guerri M. La adolescencia: una etapa crítica para nuestros hijos [Internet]. PsicoActiva. 2021 [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.p psicoactiva.com/blog/la-adolescencia-una-etapa-critica-para-nuestros-hijos/>
 24. Mercado Dávila R. Ser Humano / LA ADOLESCENCIA [Internet]. www.elsiglodetorreon.com.mx. 2006 [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/2006/ser-humano-la-adolescencia.html>
 25. Esteves Villanueva AR, Paredes Mamani RP, Calcina Condori CR, Yapuchura Saico CR, Esteves Villanueva AR, Paredes Mamani RP, et al. Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comuni@cción*. enero de 2020;11(1):16-27.
 26. El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios [Internet]. [citado 2 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/el-adolescente-y-su-entorno-familia-amigos-escuela-y-medios/>
 27. Torreón ES de. Ser Humano / LA ADOLESCENCIA [Internet]. www.elsiglodetorreon.com.mx. 2006 [citado 22 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/2006/ser-humano-la-adolescencia.html>
 28. Marsellach Umbert G. La Adolescencia...Una Etapa De Cambios...: TEST...Para Los Padres De Adolescentes... [Internet]. 2006 [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://p-adolescencia.blogspot.com/2006/09/testpara-los-padres-de-adolescentes.html>
 29. Espinosa-Fernández L, García-López LJ, Muela Martínez JA. Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas [Internet]. Instituto de la juventud. Madrid España: injuve; 2018. 228 p. (Revistas de estudios de juventud). Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/injuve_121_web.pdf
 30. Rodríguez Molinero L. El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios. *Pediatría Integral Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria* [Internet]. 2017 [citado 2 de mayo de 2022];21(4):261-9. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/el-adolescente-y-su-entorno-familia-amigos-escuela-y-medios/>
 31. Güemes-Hidalgo M, González-Fierro MJC, Vicario MIH. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. :13.
 32. Programa de Educación Sexual. Desarrollo BIO-PSICO-SOCIAL de la

- adolescencia [Internet]. CESOLAA. Cuarta Versión del libro virtual de Cesolaa. 2018 [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/adolescencia/desarrollo-bio-psico-social-de-la-adolescencia>
33. Gobierno Peruano. Decreto Ley N° 26102 que aprueba el código de los Niños y Adolescentes. [Internet]. 26102 1992 p. 20. Disponible en: <https://docs.peru.justia.com/federales/decretos-leyes/26102-dec-28-1992.pdf>
34. Robledo Hoecker P. Políticas de Salud para Adolescentes y Jóvenes. En Argentina; 2010. p. 18. Disponible en: <http://www.adolescenciaalape.com/sites/www.adolescenciaalape.com/files/Politic as%20de%20Salud%20para%20J%C3%B3venes%20y%20Adolescentes%20Paz %20Robledo.pdf>
35. Secretaría Nacional de la Juventud, Gobierno del Perú. Política Nacional de la Juventud [Internet]. Perú; 2019 [citado 3 de mayo de 2022]. (Decreto Supremo 013-2019. MINEDU). Disponible en: <https://juventud.gob.pe/wp-content/uploads/2019/12/Politica-Nacional-de-la-Juventud.pdf>
36. Abegglen Verazi B, Benes R. La participación de niños y adolescentes en el contexto de la Convención sobre los derechos del niño: visiones y perspectivas [Internet]. Sec. Centr Internacional para el desarrollo del niño ICDC - UNICEF Colombia: UNICERF; 1988 p. 108. Disponible en: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Participacion%20de%20los%20ninos %20y%20adolescentes.pdf
37. Güemes-Hidalgo et al. - Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físic.pdf [Internet]. [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarr ollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
38. Hidalgo Vicario MI, Castellano Barca G. Entrevista clínica y examen físico del adolescente. En Medicina de la Adolescencia Atención integral- 3ra edición de Hidalgo MI, Rodríguez Molinero L y Muñoz MT , documentos para profesionales. [Internet]. 2020. 1470 p. Disponible en: <https://adolescenciasema.org/ficheros/articulosparaprofesionales/documentos/Med icinadelaadolescencia/2%20Entrevista%20y%20Ex.físico.pdf>
39. ASALE R, RAE. suicidarse | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/suicidarse>
40. Brunier A, Drysdale C. Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
41. Valdez Santiago R, Arenas Monreal L, editores. Simplemente quería desaparecer... Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México [Internet]. Primera edición. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2019 [citado 3 de mayo de 2022]. 200 p. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2019/Docs/190731_Conducta_suicida.pdf
42. Saxena S, Krug EG, Chestnov O, World Health Organization, editores.

Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 89 p.

43. De la Torre Martí M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM). 2013.

44. Universidad Industrial de Santander. Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida. Proceso de bienestar estudiantil. subproceso de atención en salud Universidad Industrial de Santander [Internet]. 2014. Disponible en:

https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf

45. INSPIRA: Salud Mental. El Suicidio: ¿Qué es la Ideación Suicida? Síntomas y Causas [Internet]. INSPIRA. 2021 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.inspirapr.com/post/que-es-la-ideacion-suicida>

46. Rodríguez JP. Cómo se vive el intento de suicidio de un adolescente en una familia [Internet]. CIPER Chile. 2021 [citado 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2021/04/17/como-se-vive-el-intento-de-suicidio-de-un-adolescente-en-una-familia/>

47. Macías MA, Orozco CM, Amarís MV, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. on line. 2013;30:24.

48. Huertas Mateo AI. Suicidio y trabajo social [Internet]. Fundadeps. 2017 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://fundadeps.org/opinion/Suicidio-y-trabajo-social/>

49. Sánchez JC, Villareal ME, Musitu G. Capítulo 12: Ideación Suicida. Grupo Lisis. 2014;24.

50. Chalco Rendon PD, Rojas Rojas KP. TESIS PRESENTADA POR LAS BACHILLERES: [Tesis]. [Arequipa]: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2018.

51. Marotta Méndez AC. Ficciones de familias: Adolescentes entre cuidados y tránsitos [Internet]. Montevideo; 2020. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/28596/1/Tesis%20Doctoral%20Cecilia%20Marotta%20%282015%29.pdf>

52. Reynoso Arcos N. Las familias ensambladas en el Perú: Fundamentos para el reconocimiento de la Figura del Padre afín o legal [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2020. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7858/reynoso_an.pdf?sequence=1&isAllowed=y

53. Márquez L. Tipos De Padres Que Existen? [Internet]. Zascandilerias - Nuestro tiempo con los más peques. 2022 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://zascandilerias.com/nin-o/tipos-de-padres-que-existen-2.html>

54. Delfin-Ruiz C, Cano-Guzmán R, Peña-Valencia EJ. Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. Revista de Ciencias Sociales (Ve) [Internet]. 2020 [citado 3 de mayo de 2022];XXVI(2):43-55. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/280/28063431006/html/>

55. Atienza, Ávila, Canedo, Avarez, CAstro, Combarro, et al. Guía de Práctica

Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. edición 2012. A Coruña: Agencia de evaluación de Tecnologías Sanoitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de la Sanidad; 2020 [citado 3 de mayo de 2022]. (Guías de práctica clínica en el SNS). Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf

56. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villarroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Revista médica de Chile [Internet]. febrero de 2009 [citado 3 de mayo de 2022];137(2):226-33. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872009000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

57. Valdebenito L, UNICEF, Fondo de Solidaridad e Inversión Social. La violencia le hace mal a la familia [Internet]. Primera edición. Santiago de Chile: UNICEF; 2015. 20 p. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/media/1321/file/la_violencia_le_hace_mal_a_la_familia.pdf

58. Departamento de emergencia, Ministerio de Salud Hosp. Delgado H. Noguchi. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la conducta suicida en emergencia. 2016.

59. De La Cruz Rodríguez, LN; Zúñiga Herrera, T. Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes del municipio de Soledad, Atlántico [Internet] [Tesis]. [Barranquilla]: Universidad de la Costa; 2017. Disponible en: <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/163/1143453477-1143158415.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

60. Mera R, Macías G, Bravo G. La disfunción familiar. Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. 6 de abril de 2018 [citado 3 de mayo de 2022];(abril). Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/04/disfuncion-familiar.html>

61. Baca García E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Salud mental [Internet]. octubre de 2014 [citado 10 de enero de 2019];37(5):373-80. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252014000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

62. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villarroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Revista médica de Chile. febrero de 2009;137(2):226-33.

63. Ministerio de Salud Peru. Guia de Práctica Clínica para el tratamiento de la conducta suicida en emergencia [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.inism.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2016/RD%20244-2016%20DG.pdf>

64. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCION FAMILIAR. Revista Médica La Paz. 2014;20(1):53-7.

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DEMOGRÁFICA

1. Establecimiento de salud:
 - a) C.S. Metropolitano
 - b) C.S. Leoncio Prado
 - c) C.S. Bolognesi
 - d) C.S. A.B. Leguía
 - e) C.S. Natividad
 - f) P.S. Jesús María
 - g) P.S. Hábitat.
2. Edad:
 - a. 12 años
 - b. 13 años
 - c. 14 años
 - d. 15 años
 - e. 16 años
 - f. 17 años
3. Sexo
 - a. Femenino
 - b. Masculino
4. Nivel de escolaridad:
 - a. Primaria
 - b. 1ro. secundaria
 - c. 2do. secundaria
 - d. 3ro. Secundaria
 - e. 4to. secundaria
 - f. 5to. secundaria
5. Estresores familiares
 - Consumo de alcohol de padre: Si () No ()
 - Consumo de alcohol de la madre: Si () No ()
 - Abuso sexual: Si () No ()
 - Muerte de familiar: Si () No ()
 - Intento suicida de familiar: Si () No ()
 - Violencia Psicológica: Si () No ()
 - Violencia Física: Si () No ()
 - Trastorno psiquiátrico de un familiar: Si () No ()
6. Estructura familiar:
 - a. Familia integrada
 - b. Familia desintegrada

ANEXO 02: ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

1. Su deseo de vivir es:
 0. Moderado a fuerte
 1. Mediano o poco (débil)
 2. No tengo deseo (inexistente)
2. Su deseo de morir es:
 0. No tengo deseos de morir
 1. Pocos deseos de morir
 2. Moderado a fuerte
3. Sus razones para vivir o morir son:
 0. La razones para vivir superan las de morir
 1. Iguales
 2. Las razones para morir superan las de vivir
4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:
 0. Ninguno (inexistente)
 1. Pocos (débil)
 2. Moderado a fuerte
5. Su deseo de realizar un intento de suicidio pasivo es:
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
 1. Dejaría su vida/muerte a la suerte
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

NOTA: Si la puntuación es 0 en la pregunta 4 y 5 deje de contestar el cuestionario

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS DE INTENTO DE SUICIDIO

6. Su duración de pensamientos/deseos son:
 0. Periodos breves o pasajeros
 1. Periodos mas largos
 2. Duran mucho tiempo

7. Su frecuencia de pensamientos/deseos son:

- 0. Rara vez, ocasional
- 1. Frecuentemente pienso en ello
- 2. Casi todo el tiempo pienso o deseo

8. Su actitud hacia los pensamientos/deseos son:

- 0. Rechazo los pensamientos
- 1. Soy indiferente a ellos
- 2. Los acepto

9. Su control sobre la acción o deseo de llevarlo a cabo:

- 0. Tiene capacidad de control
- 1. Inseguridad de control
- 2. No tiene capacidad de control

10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa de suicidio:

- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene
- 1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detiene
- 2. No tiene razón que lo detenga

11. Sus razones para pensar/desear el intento suicida:

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

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. Método: Especificación de planes

- 0. No los ha considerado
- 1. Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- 2. Los detalles están especificados/ tengo un plan elaborado

13. Método: Accesibilidad/Oportunidad

- 0. Método no disponible, no hay oportunidad
- 1. El método llevaría tiempo/esfuerzo. la oportunidad no es accesible fácilmente
- 2. Método y oportunidad disponible

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento

0. No tiene el valor o capacidad
1. No está seguro de tener valor
2. Está seguro de tener valor

15. La expectativa de anticipación de un intento real

0. No
1. Sin seguridad
2. Si

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. Preparación real

0. Ninguna
1. Alguna preparación (ej. empezar a guardar pastillas)
2. Completa (ej: tener las pastillas)

17. La nota suicida

0. No escribió ninguna nota
1. Solo pensada
2. Nota o carta escrita

18. Preparativos finales (ej. testamento, regalos)

0. No
1. Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
2. Planes realizados

19. Encubrimiento de la idea

0. Reveló estas ideas abiertamente
1. Evita o revela las ideas con reserva
2. Encubre, oculta, engaña o miente

ANEXO 03: APGAR FAMILIAR

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					

Fuente: (64)

ANEXO 04: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

“IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES PARENTALES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN DE LA MICRORED METROPOLITANA DE LA RED DE SALUD DE TACNA, AÑO 2022”

El presente consentimiento informado le dará una breve introducción y explicación acerca de los objetivos planteados para esta investigación, la cual es realizada por ALEJANDRA CAROLAY OSORIO ARENAS, con DNI: 70330156, estudiante de la UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA.

Si usted como padre o tutor del adolescente accede a participar de manera voluntaria en este estudio, se le solicitará su autorización para que el adolescente participante pueda responder una serie de preguntas pertenecientes a una serie de Test dirigidos al objetivo de la investigación. Toda la información recolectada será completamente confidencial y anónima y solo será utilizada con fines educativos y de investigación. La presente investigación ayudará a que podamos identificar los factores de riesgo parentales que se pueden encontrar en relación con que el adolescente llegue a presentar una ideación suicida, lo cual nos podría ayudar a realizar futuras intervenciones oportunas para evitar el acto de suicidio.

Desde ya, le agradecemos su participación en el estudio, y si hubiera alguna duda relacionada con éste, no dude en ponerse en comunicación con el autor de la presente investigación.

Alejandra Carolay Osorio Arenas

Celular: +51 947614127

Correo: aleosorio04@gmail.com

¿Autoriza la participación del adolescente en el estudio?

Sí ()

No ()