

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



TESIS

**“ANSIEDAD E IDEACIÓN SUICIDA : FACTORES
SOCIODEMOGRAFICOS Y FAMILIARES ASOCIADOS EN NIÑOS Y
NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE
SALUD METROPOLITANO DE TACNA- MINSA EN EL AÑO 2019”.**

Presentado por:

Bach.Anny Del Rocío Catacora Pilares.

Asesor: Med. Jorge Alberto Del Carpio Medina.

Para optar por el título profesional de Médico Cirujano

TACNA – PERÚ

2019

DEDICATORIA:

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi mamá Cornelia, quien me cuidó desde que nací y sigue tratándome como su bebé eterna.

A mi tío David por comportarse como un padre para mí.

A todos mis bebes perrunos que estuvieron en toda mi vida universitaria dándome su amor incondicional y su dulce lealtad indiscutible.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTOS:

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal del Centro de Salud Metropolitano de Tacna, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo .

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento al Dr.Juan Mendoza Laredo ,Dr.Jorge Revilla Urquizo y Psic.Edda Berrios Salas principales colaboradores durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

RESUMEN

Objetivo: se buscó determinar el perfil de ansiedad e ideación suicida y su relación a las características sociodemográficas y familiares de niños de 8 a 11 años de la jurisdicción del centro de salud Metropolitano de Tacna en el año 2019

Material y métodos: mediante una investigación observacional, de corte transversal para ello se muestreó a un total de 187 por conglomerados polietápicos, donde la manzana (cuadra) fue identificada como la unidad básica para el conglomerado.

Resultados: lo más frecuente en la muestra estudiada se encontró que el 31.6% de los niños tenía 11 años, el 55.6% fueron mujeres. El 37.4% cursaba quinto grado, el 36.4% tenía 2 hermanos. El 55.1% vive con ambos padres. Un 19.8% tiene un tipo de cohesión familiar separada. En el 45.5% de los niños tenían un nivel de ansiedad entre leve a moderada y 19.8% con un nivel de ansiedad considerado como severo. El 87.2% de los niños no presentaban ideación suicida, pero un 12.8% sí presentaban esta característica.

Conclusión: La ideación suicida estuvo asociada a Edad ($p:0.00$), sexo($p:0.00$), grado instrucción($p:0.00$), número de hermanos($p:0.00$), y convivencia($p:0.00$). Los niveles de ansiedad no tengan una relación directa con las probabilidades de ideación suicida ($p:00$).

Palabras clave: ideación suicida, disfunción familiar, cohesión familiar, suicidio infantil.

ABSTRACT

Objective: we sought to determine the profile of anxiety and suicidal ideation and its relationship to the sociodemographic and family characteristics of children aged 8 to 11 years in the jurisdiction of the Metropolitan Health Center of Tacna in 2019

Material and methods: through an observational, cross-sectional investigation, a total of 187 were sampled by multi-stage conglomerates, where the block was identified as the basic unit for the conglomerate.

Results: the most frequent in the sample studied was that 31.6% of the children were 11 years old, 55.6% were women. 37.4% were in fifth grade, 36.4% had 2 siblings. 55.1% live with both parents. 19.8% have a separate type of family cohesion. In 45.5% of the children they had a level of anxiety between mild to moderate and 19.8% with an anxiety level considered as severe. 87.2% of the children did not present suicidal ideation, but 12.8% did have this characteristic.

Conclusion: Suicidal ideation was associated with Age (p: 0.00), sex (p: 0.00), degree of instruction (p: 0.00), number of siblings (p: 0.00), and cohabitation (p: 0.00). The levels of anxiety do not have a direct relationship with the probabilities of suicidal ideation (p: 00).

Keywords: suicidal ideation, family dysfunction, family cohesion, child suicide.

ÍNDICE

Tabla de contenido

1	EL PROBLEMA	10
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2	FORMULACION DEL PROBLEMA.....	11
1.3	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.3.1	OBJETIVO GENERAL	12
1.3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.4	JUSTIFICACIÓN	13
2	REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
2.1	ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	14
2.1.1	INTERNACIONALES	14
2.1.2	NACIONALES	18
2.1.3	LOCALES.....	19
2.2	MARCO TEÓRICO.....	20
2.2.1	LA ANSIEDAD.....	20
2.2.2	TRASTORNOS DE ANSIEDAD INFANTIL	31
2.2.3	LA IDEACIÓN SUICIDA.....	49
2.2.4	ANSIEDAD E IDEACIÓN SUICIDA	63
3	HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES 67	
3.1	HIPÓTESIS.....	67
3.2	VARIABLES	67
3.2.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	67
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	70

4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	70
4.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	70
4.3	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	70
4.4	ÁMBITO DE ESTUDIO.....	70
4.5	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	70
4.5.1	Unidad de estudio.....	70
4.5.2	Población.....	71
4.5.3	Muestra.....	71
4.6	TECNICA Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	72
4.6.1	TECNICA	72
4.6.2	INSTRUMENTOS.....	73
5	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	77
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS	77
5.2	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	77
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS	78
6	RESULTADOS.....	79
7	DISCUSION	103
8	CONCLUSIONES	107
9	RECOMENDACIONES	109
10	BIBLIOGRAFÍA	110
	ANEXOS.....	116

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y depresión son problemas médicos de notable importancia en el planeta. Las atenciones en salud mental vienen incrementándose notablemente, de acuerdo a datos y cifras del 24 de agosto del 2018. A nivel mundial se han registrado un aproximado de 800 000 suicidios por año, en ese mismo informe la OMS “reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública” haciendo hincapié que el mayor porcentaje se encuentra en la etapa adolescente. En los últimos tiempos se han desarrollado estudios a nivel del territorio nacional a fin de evaluar la depresión del niño y adolescente, donde la tasa más elevada de problemas ocurre entre la pubertad y la juventud, esto hace suponer que si es en la adolescencia donde hubo la mayor cantidad de suicidios, entonces la vivencia de problemas sea tal vez en la etapa previa, he ahí el interés por estudiar la depresión e ideación suicida en el grupo de niños entre los 8 a 11 años de edad.

La ansiedad es un trastorno emocional que influye en el individuo como un ser bio-psico-social, entrometiéndose en todas las perspectivas físicas, subjetivas, anímicas y sociales. Y lo que, es más, es un desorden que puede traer resultados críticos y negativos en la remota posibilidad de que no sean distinguidos y tratados a tiempo. Entonces, nuevamente, es esencial darse cuenta de que la ansiedad puede traer consigo algunos acompañantes: ideación suicida, peligro o señal de suicidio, suicidio intencionado y suicidio culminado. Entre las prácticas suicidas, la ideación suicida es la más común.

El objetivo fundamental de esta investigación es descubrir si existe un perfil de ansiedad e ideación suicida en los niños de la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de Tacna y su asociación a los factores sociodemográficos y familiares en niños y niñas de 8 a 11 años en el año 2019.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad y la depresión son actualmente los trastornos más frecuentes en el mundo, y en realidad la padecen las personas en todas las etapas de la vida. Los problemas que suele padecer las personas suelen desencadenarlos, en los adultos es muy frecuente encontrar factores como lo económico o financiero y las demandas sociales para mantenerse al día con la vida “actual”; sin embargo, en la etapa adolescente este problema se han atribuido a cuestiones de orden emocional principalmente. Siendo la tasa de predominio de enfermedades psicológicas en niños y jóvenes entre 15 a 20% de la población pre-adulta. Es notable a partir de los exámenes lógicos que el 80% de los problemas mentales de los adultos comenzaron antes de los 18 años (2).

El 22,1% de los niños en algún lugar en el rango de 4 y 15 años de edad presentan un peligro de enfermedad psicológico (Visión general del bienestar nacional, Servicio Español de Bienestar). El 24% de los adolescentes y los jóvenes padecerán un problema psicológico (3)

Según lo indicado por la OMS, en 20 años, la depresión se convertirá en la enfermedad que soportará a la mayoría de los individuos, por sobre otras muchas enfermedades e incluso los relacionados a nivel cardiovascular (4).

En el año 2020, la mitad de la población pre-adulta sufrirá un problema psicológico en todo el mundo (5)

De acuerdo a lo que informa el MINSA en el Perú se reportan unos mil suicidios cada año solo hasta julio del 2018, hubo 1384 intentos de suicidio que fueron atendidos en los hospitales nacionales del Perú. De estos más del 21% son menores. (6)

La ideación suicida son las consideraciones sobre la voluntad de terminar con la vida comunicada en pensamientos, por ejemplo, "no tener ningún deseo de seguir viviendo". Estas articulaciones posiblemente podrían contener un arreglo suicida, que alude a cómo, cuándo y dónde hacer la conducta insensata (7).

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

- a) ¿Cuál es el perfil de ansiedad e ideación suicida y su relación a las características sociodemográficas y familiares de los niños y niñas de 8 a 11 años que residen en la jurisdicción del centro de salud Metropolitano de Tacna en el año 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil de ansiedad e ideación suicida y su relación a las características sociodemográficas y familiares de los niños y niñas de 8 a 11 años que residen en la jurisdicción del centro de salud Metropolitano de Tacna en el año 2019.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conocer el perfil familiar (cohesión familiar) y características sociodemográficas de los niños de 8 a 11 años que residen en la jurisdicción del centro de salud Metropolitano de Tacna en el año 2019.
- b) Identificar la frecuencia y nivel de ansiedad en niños y niñas de 8 a 11 años que residen en la jurisdicción del centro de salud Metropolitano de Tacna en el año 2019.
- c) Identificar la existencia de ideación suicida en niños y niñas de 8 a 11 años que residen en la jurisdicción del centro de salud Metropolitano de Tacna en el año 2019.
- d) Identificar el nivel de asociación de la ansiedad e ideación suicida según tipo de cohesión familiar y factores sociodemográficos de los niños y niñas de 8 a 11 años que residen en la jurisdicción del centro de salud Metropolitano de Tacna en el año 2019.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La ansiedad en la etapa de la adolescencia ha estado en aumento en estos años. Es aparentemente obvio que muchos de estos problemas pueden iniciarse en edades más tempranas. La importancia de este estudio se apoya en el hecho de que proporcionará una mejor comprensión de la ansiedad y como esta se relaciona con la ideación suicida en la niñez y además animará a que otras personas relacionadas con la investigación y la salud pública puedan realizar actividades clave de prevención y se logre disminuir la tasa de riesgo futuro de suicidios. Igualmente se distinguirán su recurrencia y los componentes fundamentales del peligro. Hoy se comprende que hay un número más prominente de casos en niños que presentan ansiedad con pensamientos suicidas, este estudio es la razón para futuras investigaciones que se identifican con el tema. En primer lugar, la ansiedad, para tratar de combatirla a tiempo se debe identificar en edades tempranas y así evitar el riesgo de la ideación suicida, finalmente. La importancia de abordar este tema en los niños es que se tiene el convencimiento que las dificultades empezaron antes de llegar a la adolescencia, la dificultad o problema determinante no fue de un día para otro, sino que hubo un proceso de maduración en la que el niño no pudo sobrellevar el problema y sintiéndose desconsolado y ansioso finalmente llegan a su mente pensamientos fatalistas.

1. CAPÍTULO II

2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

2.1.1 INTERNACIONALES

Covarrubias de la Torre MG et al.(8) en el año 2017 publica un estudio al que titula “Pensamientos de muerte e ideación suicida en niños y niñas mexicanos de 6 a 11 años”: Ellos se propusieron primero identificar los pensamientos de muertes como son las ideas o deseos de morir para luego revisar si esos pensamientos evolucionan en ideación suicida. El trabajo lo realizaron con una muestra de 123 niños y niñas de educación básica, los hallazgos muestran que efectivamente las ideaciones siguen un proceso gradual el cual es influenciado por las creencias sociales, culturales y religiosas. El 8.9% de los infantes tenían ideas y pensamientos de muerte, y que esos pensamientos e ideas surgían por inquietud o malestar emocional, desencadenado por una situación desastrosa como la muerte de un familiar, cuando los padres pelean, cuando le regañaban sentir que los padres no lo quieren y que además los niños poseían conocimiento sobre las formas de quitarse la vida como ahorcándose, cortándose las venas, lanzándose al vacío y atribuían ese deseo a la excesiva tristeza, dolor angustia y ansiedad que sentían que solo buscaban con eso encontrar descanso y paz, estar hartos de esta vida y que no tenían esperanza. Siete niños pensaron quitarse la vida, 5 confirmaron querer suicidarse, cuatro de ellos lo

comunicaron verbalmente, pero quienes los escucharon no les hicieron caso o intentaron minimizarlos.

Chávez-Hernández et al. (9) estudiaron la “Sintomatología depresiva, la ideación suicida y el auto concepto en una muestra de niños mexicanos”, buscando describir la relación de esas tres variables. Para ese estudio se tuvo la participación de 217 niños de 9 a 13 años, donde el criterio de selección fue en primer lugar que supieran leer y que estuvieran en los tres últimos grados de educación primaria. A quienes se les aplicó luego el cuestionario de depresión infantil de Kovacs adaptado por Barrio Carrasco para lengua española. Y los resultados mostraron que una depresión de leve a moderada mientras que la ideación suicida era severa y un muy bajo autoconcepto. En primer, 88.5% de los niños no presentaron sintomatología depresiva pero un 11.5% sí. El 52% con sintomatología depresiva fueron mujeres, el instrumento ayudó a determinar que un 17,1% tenían sentimientos de tristeza y un 17,2% percibe que las cosas malas le suceden solo a él. Un 51.1% muestra preocupación por vivir situaciones negativas, y que no tienen la culpa de esas situaciones negativas. El 24.3% manifiesta ser culpable de las cosas negativas que le ocurren.

Xin Feng et al.(10) hicieron el estudio “Suicidal ideation in a community-based sample of elementary school children: A multilevel and spatial analysis” con el fin de examinar si la victimización por acoso escolar, el estado psicológico, las relaciones entre padres e hijos y otros factores de riesgo están asociados con la ideación suicida e identificar vecindarios de alto riesgo para la ideación suicida entre los niños de escuelas primarias en la Región de Salud de Saskatoon. Para lo que trabajaron son una muestra de 5340 estudiantes de quinto al octavo grado; comprendido entre los 9 a 14 años de edad, de un total de 109 escuelas primarias en la Región

de Salud de Saskatoon, Saskatchewan completó la Encuesta de Salud Estudiantil en 2010–2011. Se usó un modelo de regresión logística multinivel para investigar la estructura jerárquica de datos en los niveles de alumnos, grado y escuela. Se realizó un análisis espacial bayesiano para examinar la disparidad espacial en el riesgo de ideación suicida entre barrios residenciales. Encontrando que, de 5,340 niños, 340 (6.4%) indicaron que habían considerado suicidio al menos una vez en los 12 meses anteriores. Sus hallazgos indicaron que los niños escolares que fueron acosados con frecuencia de manera verbal o electrónica tenían más probabilidades de informar pensamientos suicidas que aquellos que no fueron acosados. Los estudiantes que estaban más ansiosos, y aquellos con menos autoestima y relaciones más pobres con sus padres también tenían más probabilidades de reportar ideas suicidas. Los estudiantes aborígenes de la escuela primaria y los del lado oeste de la ciudad corrían un mayor riesgo de tener una ideación suicida. Esos hallazgos sugieren la necesidad de estrategias de intervención dirigidas sobre la ideación suicida entre los niños de la escuela primaria en la Región de Salud de Saskatoon, antes de que lleguen a la escuela secundaria.

Palencia Gualdrón, B. (11) en su estudio de maestría diseñó un “modelo de intervención del suicidio en niños y adolescentes” previo a su diseño evaluó a un total de 72 niños procedentes de un colegio público y el otro privado en la ciudad de Bogotá, mediante el cuestionario CDI de Kovacs, la escala de desesperanza de Beck y la escala de ansiedad de Spence, para identificar el riesgo suicida de los niños, finalmente entrega un modelo que detalla diversas acciones a trabajar con los niños dependiendo los resultados del primer análisis de evaluación de riesgos de suicidio. Esa primera evaluación determinó que existía un bajo grado de depresión en el 88,9% de la muestra solo un estudiante tuvo depresión medio y el 9,7% mostró

depresión alta. Y en ellos la intencionalidad suicida el riesgo es alto. Siendo la depresión más alta en varones que en mujeres. En cuanto a la diferencia por colegios, el colegio privado mostró los mayores porcentajes de depresión, desesperanza y ansiedad.

Ortega López, J.P. (12) realiza un estudio en Quetzaltenango México, acerca de las “Ideas suicidas en niños víctimas de bullying”, para conocer si había pensamientos suicidas en los niños víctima de bullying se trabajó con un total de 105 niños, de los cuales solo 45 niños entre los 8 a 14 años, fueron los que mostraron evidencias de bullying, siendo su nivel de acoso muy alto así el 42.86% son lo que sufren bullying. De este grupo no hubo ninguno con riesgo de ideación suicida, pero hubo un 4.44% con tendencia al riesgo de ideación suicida, mientras que el 95.56% no evidenciaba riesgos de ideación suicida.

Ortiz Morales, G.I.(13) en Guatemala, estudió la “Incidencia de la ideación suicida en estudiantes de quinto y sexto de primaria, de la escuela Dr. Víctor Manuel Asturias Castañeda” la muestra estuvo conformada por 189 niños entre 10 a 16 años, se utilizó la escala de ideación suicida de Aaron Beck, y se demostró que existe ideación suicida en el quinto y sexto grado de primaria, no se encontró diferencias significativa entre el grado de ideación suicida según sexo, la mayor prevalencia de ideación suicida estuvo en los niños de 11 y 12 años de edad, el grado de ideación suicida más frecuente fue de riesgo leve, solo un niño de sexto grado mostró severo riesgo de ideación suicida. En tanto que en la sección C de la jornada vespertina de sexto de primaria el 100% padecían ideación suicida.

Miranda de la Torre, I. et al. (14) titulan su estudio como “Ideación suicida en una población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados” toman en cuenta a 631 niños entre los 10 a 13 años de edad de ambos sexos que cursaban el quinto y sexto grado de

primaria, la metodología implicó primero aplicar una primera parte del cuestionario de CDI, CMAS-R y el cuestionario de autoestima de Coopersmith y luego se trabajó con una submuestra en dos grupos iguales. El primer grupo identificado como con ideación y el segundo sin ideación suicida. (174) y a quienes se les aplicó la segunda parte del cuestionario. Los hallazgos fueron los siguientes: el grupo de niños que mostraban ideación suicida mostró los mayores niveles de depresión ($p < 0.00$) los niños con depresión grave mostraban un riesgo de 8.8 veces mayor ideación suicida, siendo más frecuente en los niños que niñas.

2.1.2 NACIONALES

Panzerá Duarte, DE (15) realizó un trabajo de investigación en “pacientes mayores de 12 años que fueron atendidos en el servicio de emergencia del hospital Nacional Víctor Larco Herrera, Magdalena del Mar- Lima, Perú” mediante un enfoque cuantitativo retrospectivo, analítico se logró estudiar a 176 pacientes, donde 125 fueron mujeres entre los 15 a 30 años de edad, donde el factor de riesgo más prevalente fue el emocional de tipo directo, el riesgo de daño físico directo y factores de riesgo psiquiátrico. Donde se reconoce como factor emocional de daño directo a los conflictos familiares, con amigos, episodios familiares de intento de suicidio, problemas sentimentales y víctimas de violencia psicológica, mientras que el daño físico directo sería la forma violenta de actuar, en el centro laboral, víctimas de abuso sexual, maltrato físico, padres consumidores de drogas y el tercer grupo son los de tipo psiquiátrico, alucinaciones, pensamientos negativos, oír voces, sentimientos de culpa, el deseo de desaparecer o estar muertos.

2.1.3 LOCALES

A nivel local, se ha realizado trabajos sobre ideación suicida, pero en adolescentes, en pacientes de emergencia ya como intento suicida y solo se ha encontrado un trabajo de ansiedad en niños de 7 a 11 años, pero en relación al tiempo de hospitalización. Mas no se ha encontrado estudios de ideación suicida en niños, a nivel local.

“Factores psicosociales relacionados a la idea de intento de suicidio en los adolescentes de la I. E. Jorge Chavez del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna- 2009. Tesis Presentada por: Bach. Raúl Marcelo Calderón Sosa”

“Factores psicosociales que se relacionan en la incidencia de intento suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue de Tacna, julio del 2011 a junio del 2012 tesis Presentada por: Lic. Maritza Amones Ticona”

“Ideación suicida y alexitimia en alumnos de quinto de secundaria de las instituciones educativas de Viñani, Tacna 2016” tesis presentada por: bach. Cristina Beatriz Flores Rosado”

“Riesgo Suicida Y Tipo De Familia En Estudiantes De La Escuela Superior Técnica Profesional De La Policía Nacional Del Perú Tacna 2016” por Figueroa Martínez, Josmara Mitsuko de los Milagros”

“Bullying escolar e ideación suicida en los estudiantes del tercer año de secundaria de instituciones educativas públicas, Tacna, 2015. Quenta Condori, Lourdes”

“Nivel de ansiedad en niños de 7 a 11 años y su relación con el tiempo de hospitalización en el servicio de pediatría del hospital Hipólito Unanue-Tacna 2014 tesis Presentada por: Bach. Condori Siles Lisseth Regina”

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 LA ANSIEDAD

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Es sinónimo de congoja, preocupación, desasosiego ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre. Es la anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero o de síntomas físicos ubicados en cualquier región de la geografía corporal. Implica el presentimiento de que algo grave le va a ocurrir al sujeto.

En psiquiatría ansiedad se define como un estado emocional desagradable en las que hay sensación subjetiva de un peligro, malestar, tensión o aprensión, acompañado de una descarga neurovegetativa y cuya causa no está claramente reconocida para la persona.

La ansiedad, es la reacción desproporcionada de tensión y preocupación excesiva. Para Asociación de Psiquiatras Americanos (APA) la ansiedad es "una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos preocupados y cambios físicos como un aumento de la presión arterial"(16).

Si bien la ansiedad puede causar pesar, generalmente no es una condición terapéutica. Conocer la distinción entre sentimientos típicos de ansiedad y un problema de ansiedad que requiere una consideración restaurativa puede permitirle a una persona distinguir y tratar la condición (17). En el momento en que un individuo se enfrenta a desencadenantes posiblemente hirientes o perturbadores, los sentimientos de ansiedad son típicos y esenciales para la supervivencia. Desde los largos tramos primarios de la

humanidad, la metodología de los depredadores y el peligro que se aproxima, activa las precauciones en el cuerpo y permite una actividad astuta. Estas alertas se señalan como latido cardíaco alto, transpiración y afectación. El riesgo causa una inundación de adrenalina, una hormona y un compuesto delegado en el cerebro, lo que causa estas respuestas de ansiedad en un procedimiento llamado "batalla o huida". Esto prepara a las personas para enfrentar físicamente o escapar de cualquier riesgo potencial para la seguridad. Para algunos, los individuos, las criaturas más grandes y la amenaza inminente eran una preocupación menos apremiante de lo que hubiera sido para otras personas. En la actualidad, los nervios giran en torno al trabajo, el dinero, la vida familiar, el bienestar y otros temas esenciales que requieren la consideración de un individuo sin requerir fundamentalmente la respuesta de "batalla o huida"(18). La inclinación ansiosa ante una ocasión crítica a lo largo de la vida cotidiana o en medio de una circunstancia problemática es un sonido característico de la primera respuesta de "batalla o huida". En cualquier caso, puede ser básico para la supervivencia. La ansiedad de ser atropellado por un vehículo que cruza la carretera, por ejemplo, implica que un individuo buscará instintivamente ambos enfoques para mantener una distancia estratégica del riesgo.

En la semiología psiquiátrica la ansiedad se conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad:

ANSIEDAD Y ANGUSTIA: Vocablos sinónimos.

ESTRES Y ANSIEDAD: El estrés es siempre la respuesta a un estresor, en tanto que ansiedad puede ser parte del estrés o ser un trastorno independiente.

ANSIEDAD Y MIEDO: Ansiedad es la sensación de un peligro amenazador en que la causa no está totalmente reconocida por la persona y en el miedo se reconoce el peligro real.

ANSIEDAD COMO SENTIMIENTO: Experiencia subjetiva normal.

ANSIEDAD COMO SINTOMA: La ansiedad es un síntoma psicológico que aparece en diferentes enfermedades psiquiátricas.

ANSIEDAD COMO SINDROME: Conjunto de síntomas mentales, físicos y conductuales asociado a distintas etiologías.

ANSIEDAD COMO ENFERMEDAD: Es un trastorno primario, con su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento.

2.2.1.1 Desórdenes de ansiedad

La ansiedad a veces se puede desviar hacia el primer desencadenante o el factor estresante. Las indicaciones físicas también pueden crecer, por ejemplo, la tensión circulatoria expandida y la enfermedad. Estas respuestas pasan de la ansiedad a un problema de severidad. La APA describe a una persona con un problema de ansiedad como "contemplaciones o tensiones intermitentes". Una vez que la ansiedad alcanza la fase de confusión, puede interferir con el trabajo diario (19).

2.2.1.2 *Los síntomas*

Síntomas comunes del trastorno de ansiedad generalizada para niños en la escuela. Según el Child Mind Institute, la ansiedad del niño puede manifestarse en la escuela de varias maneras:

- Micción frecuente
- Rehusarse a ir a la escuela o tener dificultades para dejar a la escuela.
- Dificultad para participar en clase e interactuar con compañeros.
- Preocupación excesiva por las cosas cotidianas.
- Dificultad para contestar preguntas cuando es llamado por el maestro
- Comportamiento perturbador
- Retorciéndose
- Viajes frecuentes a la enfermera (con síntomas de dolores de cabeza, náuseas, dolores de estómago o incluso vómitos)
- Evitar la socialización o el trabajo en grupo.
- No entregar las tareas

Y entre los síntomas somáticos están:

- Dolor de cabeza de predominio occipital
- Dolor y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo.
- Molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitations y taquicardia.

- Molestias digestivas: Sensación de estorbo al tragar, náuseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales.
- Mareos y sudoración

2.2.1.3 Los tipos de ansiedad

El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos de salud mental: los trastornos de ansiedad incluían el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), así como el trastorno de estrés agudo. Sin embargo, el manual ahora ya no agrupa estas dificultades de salud mental con ansiedad(21). Clasifica los trastornos de ansiedad en varios tipos principales (22).

Los trastornos de ansiedad ahora incluyen los siguientes diagnósticos (23).

a) Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Si el niño tiene un trastorno de ansiedad generalizada, o TAG, se preocupará excesivamente por una variedad de cosas como calificaciones, problemas familiares, relaciones con compañeros y rendimiento en los deportes. Los niños con TAG suelen ser muy exigentes con ellos mismos y se luchan por lograr la perfección. También pueden buscar la aprobación constante o la tranquilidad de los demás.

b) Trastorno de pánico.

Se diagnostica si el niño sufre al menos dos ataques de pánico o ansiedad inesperados, lo que significa que aparecen repentinamente y sin motivo, seguido de al menos un mes de preocupación por tener otro ataque, perder el control o "volverse loco". También es común que el niño llore cuando lo dejen por primera vez en una guardería o preescolar, y el llanto generalmente desaparece después de involucrarse en el nuevo entorno.

c) Fobia específica.

Este es un miedo irracional y la evitación de un objeto o situación en particular. Las fobias no son como otros trastornos de ansiedad, ya que se relacionan con una causa específica. Las fobias específicas involucran temores persistentes y exagerados sobre un objeto o situación que está más allá del control del niño y afecta significativamente la vida. Las fobias comunes incluyen insectos, alturas, perros y ruidos fuertes.

d) El trastorno por estrés postraumático.

Es un trastorno de ansiedad que puede desarrollarse después de la participación o la exposición a un evento traumático aterrador. Los síntomas incluyen recuerdos perturbadores continuos, pesadillas, flashbacks, sentirse demasiado nervioso o irritable, y evitar los recordatorios del incidente.

e) El trastorno de ansiedad social

Hace que los niños y adolescentes teman las situaciones sociales y/o de rendimiento porque se preocupan por hacer algo vergonzoso o ser juzgados negativamente por otros. La manifestación extrema de esto es la rara condición de mutismo selectivo.

f) El trastorno de ansiedad por separación

Hace que los niños se preocupen excesivamente por estar separados de los cuidadores primarios o del hogar. A muchos padres les preocupa que el estrés y la ansiedad sean cada vez más frecuentes y nocivos en la vida de sus hijos. Esto puede ser cierto, sin embargo, también es cierto que la ansiedad moderada ayuda a los niños a esforzarse para tener éxito en el hogar y en la escuela. Es normal sentirse ansioso cuando se realiza una prueba o se realiza en una obra escolar. Esperamos que los niños estén nerviosos en el consultorio del médico o cuando se enfrenten a una nueva situación. Pero cuando los niños están preocupados todo el tiempo o cuando su ansiedad es desproporcionada con la situación, puede haber un problema mayor: un trastorno de ansiedad.(23).

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes: DSM-IV-TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA).

CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS). La DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos (Tabla1).

Tabla 1. Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR y la CIE-10: equivalencias

DSM-IV-TR	CIE-10
	Trastorno de ansiedad fóbica
Fobia social	Fobias sociales
Fobia simple	Fobias específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobia
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de angustia con agorafobia	Trastorno de angustia
Trastorno de angustia sin agorafobia	
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Reacciones de estrés y trastornos de adaptación
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica	

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastornos somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado	Otros trastornos neuróticos

2.2.1.4 Etiopatogenia de los trastornos de ansiedad

Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

1. FACTORES BIOLÓGICOS

PREDISPOSICIÓN GENÉTICA

Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de

presentar el trastorno. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno (DSM- IV).

2. FACTORES PSICOSOCIALES

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicas y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

3. FACTORES TRAUMÁTICOS

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

4. FACTORES PSICODINÁMICOS

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo compulsivos (Kaplan). Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia (Vásquez-Barquero).

5. FACTORES COGNITIVOS Y CONDUCTUALES

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio. También, por estímulos externos y por mecanismos de

condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. En un caso concreto tenemos a una niña que con frecuencia observa a su madre que experimenta miedo subirse al ascensor (a raíz de haberse quedado encerrada al faltar el fluido eléctrico) y prefiere utilizar las gradas, aprende a tener fobia a los ascensores(Vásquez-Barquero).

2.2.2 TRASTORNOS DE ANSIEDAD INFANTIL

Como les sucede a los adultos, los niños también sufren de ansiedad. Pero si la ansiedad del niño comienza a afectar su bienestar, es posible que necesiten ayuda para superarla. Los niños tienden a sentirse ansiosos por diversas cosas a diferentes edades. Preocupaciones que son muy normal en la etapa del crecimiento. Como cuando se tiene 8 meses o tres años, es muy común que los niños pequeños tengan algo que se llama ansiedad de separación. Pueden volverse pegajosos y llorar cuando están separados de sus padres o cuidadores. Esta es una etapa normal en el desarrollo de los niños y tiende a disminuir alrededor de los dos o tres años. También es común que los niños en edad preescolar desarrollen miedos o fobias específicas. Los temores comunes en la primera infancia incluyen animales, insectos, tormentas, alturas, agua, sangre y la oscuridad. Estos temores generalmente desaparecen gradualmente por sí solos (26). A lo largo de la vida de un niño, habrá otros momentos en que se sientan ansiosos. Muchos niños se sienten ansiosos cuando van a una nueva escuela, por ejemplo, antes de los exámenes. Algunos niños se sienten tímidos en situaciones sociales

y pueden necesitar apoyo con esto. La ansiedad se convierte en un problema para los niños cuando comienza a interferir en su vida cotidiana (27).

"Todos nos ponemos ansiosos a veces, pero algunos niños parecen vivir una vida de ansiedad, donde no es a corto plazo y no es solo una cosa ocasional", dice Paul Stallard, profesor de Salud Mental Infantil y Familiar de la Universidad de Bath (28). "Por ejemplo, si ingresa a una escuela a la hora del examen, todos los niños estarán ansiosos, pero algunos estarán tan ansiosos que no ingresarán a la escuela esa mañana", dice el profesor Stallard (28).

Una ansiedad severa como esta puede dañar el bienestar mental y emocional de los niños, afectando su autoestima y confianza. Pueden volverse retraídos y hacer todo lo posible para evitar cosas o situaciones que los hagan sentir ansiosos (27). Cuando los niños pequeños se sienten ansiosos, no siempre pueden entender o expresar lo que están sintiendo.

- Volverse irritable, lloroso o pegajoso
- Tiene dificultad para dormir
- Despertar en la noche
- Empieza a mojar la cama
- Tener malos sueños

En los niños mayores se puede notar:

- Falta de confianza para probar cosas nuevas o parece incapaz de enfrentar desafíos simples y cotidianos
- Encuentra difícil concentrarse

- Tener problemas para dormir o comer
- Son propensos a arrebatos enojados
- Tener pensamientos negativos dando vueltas y vueltas en su cabeza, o seguir pensando que van a suceder cosas malas
- Comenzar a evitar las actividades cotidianas, como ver amigos, salir en público o asistir a la escuela.

2.2.2.1 Ansiedad no reconocida

No es sencillo identificar la ansiedad en los niños. La ansiedad se manifiesta en una sorprendente variedad de formas, en parte porque se basa en una respuesta fisiológica a una amenaza en el medio ambiente, una respuesta que maximiza la capacidad del cuerpo para enfrentar el peligro o escapar del peligro. Entonces, mientras que algunos niños muestran ansiedad al encogerse ante situaciones u objetos que desencadenan temores, otros reaccionan con una abrumadora necesidad de salir de una situación incómoda. Ese comportamiento, que puede ser inmanejable, a menudo se interpreta erróneamente como ira u oposición. Es difícil evidenciar la ansiedad en los niños, particularmente con los niños que pueden no tener palabras para expresar sus sentimientos, o porque nadie los está escuchando, pueden manifestar su ansiedad con la desregulación del comportamiento (30).

Los síntomas de ansiedad más comúnmente reconocidos en un niño son cosas como problemas para dormir en su propia habitación o para separarse de sus padres, evitar ciertas actividades, un temperamento inhibido de la conducta. Pero en otros casos la ansiedad puede ocultarse.

"Cuando la queja principal es rabietas, interrupciones en la escuela, o tirarse al piso mientras compran en el centro comercial, es difícil saber qué significa", explica. "Pero no es raro, cuando niños como esos llegan a la sala de emergencias, para que el diagnóstico termine siendo un trastorno de ansiedad bastante profundo"(30).

No es infrecuente los problemas en la escuela, que los niños con ansiedad grave no diagnosticada sean perturbadores en la escuela, donde las exigencias y expectativas los presionan para que no puedan manejarlos. Y puede ser muy confuso para los maestros y otros miembros del personal "leer" ese comportamiento, que puede parecer salir de la nada.

Cuando un maestro es capaz de construir una relación con un niño, para descubrir qué está pasando realmente con él, está dando a los niños herramientas para manejar la ansiedad, provocando el comportamiento, a menudo puede darle herramientas para manejar la ansiedad y prevenir el colapso (30).

2.2.2.2 Hallazgo de la ansiedad

Los diagnósticos de ansiedad en la infancia deben sustentarse en una completa entrevista clínica, realizada por profesionales cualificados, que comprendan la anamnesis en la que se incluya :valoración clínica psicopatológica del cuadro actual ,observación comportamental, evaluación de la dinámica y estructura familiar, análisis evolutivo del desarrollo psicológico del niño, detallando el nivel de desarrollo en las áreas de motricidad, lenguaje ,capacidad

intelectual y relación social, para permitir la integración del estudio psicopatológico en un contexto cognitivo adecuado, y el análisis socio ambiental del entorno del niño y sus posibles condicionamientos en la adaptación de aquel.

2.2.2.3 Tratamiento

El tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes incorpora mediaciones psicoterapéuticas, socio familiar y farmacológico. El arreglo útil se realizará en función del hallazgo, la edad y las cualidades clínicas y socio-familiares del paciente. La intercesión construye su valor cuando se unen diferentes tipos de tratamiento. Una proposición modelo decente incorporaría metodologías de intercesión que influyen en los ajustes de sentimientos, intelectuales, sociales y naturales, pero también en la familia y en la escuela. Se sugiere la hospitalización cuando existe el peligro de suicidio o cuando hay una gran lucha familiar.

2.2.2.4 La depresión en niños

La depresión (del latín depressus, que significa "abatido", "abajo") es un sentimiento que se muestra como una condición de melancolía, abatimiento e infelicidad que puede ser transitoria o perpetua. El término depresión alude a un trastorno o conjunto de manifestaciones que influyen

principalmente en el aspecto emocional: el decaimiento, problemas obsesivos, profunda tristeza, mal humor o un problema de estado mental que puede disminuir la ejecución del trabajo o limitar la acción estándar de la vida, libremente que su motivación es conocida u oscura. La depresión también puede manifestarse a través de condiciones subjetivas, volitivas o incluso físicas (35). Estado físico-mental, que se debe a la identidad interna con el yo externo, de modo que influye en la vida cotidiana de una persona, en su superación personal, a la que se unen sentimientos de amargura, vacilación e indicaciones de cambio en la identidad. La depresión es una condición básica del individuo en el que está decepcionado con la vida y todo lo que lo rodea. Es no poder ser optimista y se siente una impotencia de no saber qué hacer (36).

La depresión infantil es acuñada por primera vez como desorden mental en el IV Congreso Europeo de Psiquiatría, ocurrido en el año 1971, lo cual inicia la aceptación progresiva de esta asociación. Entre 1978 y 1980 surge la polémica entre Lefkowitz & Burton y Costello. Por un lado, Lefkowitz & Burton (1978), referían que la definición de la depresión infantil es inconsistente e insustancial debido a que, con respecto a su revisión de literatura clínica, los síntomas que se consideran propios de esta patología son transitorios y remiten de forma espontánea; asimismo, aparecen con elevada frecuencia en la niñez, por ello lo consideraban un síntoma normal del crecimiento y no psicopatológico. Sin embargo, Costello (1980) rechaza esta postura, estableciendo la diferencia entre síntoma y síndrome; siendo la depresión un síndrome, dado que no es transitorio ni remite

espontáneamente, como sí suele pasar si se tratara de algunos síntomas. Finalmente, en 1980, con la publicación del DSM III de la APA, se logra un acuerdo de las diferentes posiciones teóricas con respecto a la existencia de la depresión infantil, siendo formalmente reconocida (Kaslow et al., 1999). Gracias a este acuerdo de los criterios, se pudo crear y refinar instrumentos diagnósticos con el fin de investigar más adecuadamente esta entidad, lo cual trajo consigo , mejoras en su definición y progresos en su comprensión (Waslick, Kandel y Kakourous, 2003). Actualmente se puede ver que el interés que ha suscitado la depresión infantil ha aumentado en forma muy clara en las dos últimas décadas (Kaslow et al.; Wicks-Nelson e Israel, 1997), convirtiéndose en uno de los temas de mayor interés de la psiquiatría y la psicología infantil, lo cual está probado por el creciente aumento de la bibliografía presente sobre este tema en los últimos años, como lo demuestra una reciente investigación bibliométrica hecha por Diez (2003) en España.

La depresión-síntoma, se entiende como un estado de ánimo disfórico (identificada por el sujeto como sentirse desgraciado, triste, melancólico, pesimista, etc.), que se experimenta en cualquier momento del ciclo vital, como consecuencia de vivencias que pueden resultar negativas o dolorosas para el sujeto; dicho estado tiene una naturaleza temporal (Cuevas y Teva, 2006). Wicks-Nelson e Israel (1997) refieren además, que éste es el sentido más coloquial del término depresión y que no implica enfermedad. La depresión-síndrome, se refiere a un conjunto de síntomas concomitantes con el estado

dísfórico, asociados a problemas somáticos (trastornos vegetativos), conductuales (cambios psicomotores), cognitivos y motivacionales (Cuevas y Teva 2006; Wicks-Nelson e Israel, 1997). Cuevas y Teva precisan que si el síndrome es producto de antecedentes previos de tipo psicológico, psiquiátrico, médico o ambiental, éste pasaría a ser un problema secundario. La depresión-trastorno, tiene connotaciones más amplias que lo que representa la depresión como síndrome; pues, además, se presenta de forma persistente y repercute de manera negativa en diversas áreas de la vida del niño o del adolescente; adicionalmente se reconocen ciertos elementos que promueven y que mantienen la presencia del trastorno; como son, la historia familiar, el contexto, los aspectos biológicos, cognitivos, etc. (Cuevas y Teva, 2006; Wicks-Nelson e Israel, 1997). Entonces lo que se entiende por depresión infantil es lo que corresponde al trastorno. En la actualidad, nadie duda de la existencia de este trastorno; sin embargo, existen desajustes en los investigadores frente a la pregunta de si los niños o los adolescentes pueden experimentar la gran variedad de aspectos afectivos, somáticos, cognitivos y conductuales que experimentan los adultos con depresión mayor (Wicks-Nelson e Israel, 1997). Algunos autores estiman que los síntomas de los niños y adolescentes pueden ser equivalentes a los del adulto, mientras que otros piensan que es necesaria una evaluación de los síntomas considerando los diferentes niveles del desarrollo.

2.2.2.5 Descripción clínica de la depresión:

En la línea teórica que considera que la depresión infantil presenta características equivalentes con la depresión en adultos, se encuentran las clasificaciones internacionales de trastornos mentales como el DSM-IV y el CIE-10. Otros autores como Waslick et al. (2003) refieren que los síntomas de la depresión infantil son muy similares a lo largo del espectro evolutivo y que sólo una pequeña cantidad de niños y adolescentes presentan diferencias por lo que no proponen un enfoque evolutivo.

La clasificación propuesta en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) considera para niños y adultos los mismos criterios diagnósticos (Ver Tabla 2), salvo dos características que lo diferencian:

- (a) El consentimiento de que, en niños y adolescentes, la irritabilidad puede reemplazar el estado de ánimo depresivo; y
- (b) que los niños o adolescentes no solo subirán o bajarán de peso; sino que, al estar en proceso de crecimiento, se considera que la inapetencia y la falta de un peso adecuado para su edad es un indicador importante a tomar en cuenta. Los autores del CIE-10 (Organización Mundial de la salud [OMS], 2007) no reconocen ningún criterio específico en función de la edad. Sin embargo, los criterios diagnósticos del CIE-10 se diferencia del DSM-IV-TR, pues consideran que la pérdida de la autoestima es un síntoma separado del criterio de sentimiento inapropiado de inutilidad y culpa excesivas e

inapropiadas; así como también, se diferencian en el número de síntomas utilizados para los criterios diagnósticos, por lo menos seis aparte de los síntomas generales.

Tabla 2. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (APA, 2002)

<p>A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) ó (2).</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</p> <p>(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día.</p> <p>(3) Pérdida importante del peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.</p> <p>(4) Insomnio e hipersomnia casi cada día.</p> <p>(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.</p> <p>(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.</p> <p>(9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.</p> <p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p> <p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>D. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.</p>

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

La segunda línea teórica, considera que la depresión infantil debe conceptualizarse a partir de un criterio evolutivo. Postula que es necesario una evaluación de los síntomas a través de los niveles del desarrollo, planteando que a pesar de que la depresión infantil posee similitud con la depresión adulta, tiene características que la diferencian, las cuales están originadas básicamente en la naturaleza evolutiva del niño y del adolescente. Al respecto, Del Barrio (2005) y Kowatch, Emslie y Kennard (1996), refieren que esta influencia se manifiesta en los desencadenantes, en la forma en que se expresan los síntomas, en el curso y en el pronóstico del trastorno. Los autores que comparten esta línea teórica, critican el hecho de que las clasificaciones internacionales no toman en cuenta las características propias de la niñez y la adolescencia. Kowatch et al. (1996), refieren que las clasificaciones propuestas específicamente para los niños y adolescentes limitan y describen más adecuadamente, para este grupo etáreo, las características de esta patología. Entre las clasificaciones de carácter exclusivo para la infancia tenemos: la de Weinberg et al. (1973) (Tabla 3), que es la más citada; la de Spizer, Endicott y Robins (1978) y la de Poznanski (1982) (citados en Cuevas y Teva, 2006).

Tabla 3: Criterios diagnósticos de Weinberg et al. (1973, Citados en Del Barrio, 2005)

<p>A. Disforia o ideas de autoimpresión (atribución a uno mismo de cualidades o rasgos negativos).</p> <p>B. Al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Agresión.2. Problemas de sueño.3. Descenso en el rendimiento escolar.4. Socialización disminuida.5. Cambio de actitud hacia la escuela.6. Quejas somáticas.7. Falta de energía.8. Cambios en el apetito.9. Cambios de peso. <p>C. Estos síntomas representarían un cambio en la conducta habitual del niño.</p> <p>D. Los síntomas durarán al menos un mes.</p>
--

Del Barrio (2005) hace un resumen de lo que varios autores toman como síntomas habituales de la depresión infantil y los clasifica en seis categorías:

Emocionales: Sentimientos de tristeza, pérdida del goce, falta de sentido de humor, cambios bruscos de humor, irritabilidad; ausencia de interés y llanto excesivo.

Motores: Hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor y atonía; y también encontramos la hiperactividad e inquietud.

Cognitivos: Falta de concentración, pérdida de memoria y descenso en el rendimiento académico; pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideas de suicidio.

Sociales: Aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.

Conductuales: Síntomas referidos propiamente a la depresión infantil, a diferencia a la adulta por ejemplo: protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas y piromanía.

Los síntomas que se presentan de manera frecuente en función de la edad, según los autores revisados, se describen a continuación:

Desde bebés hasta la edad preescolar (0-2 años). En este periodo de edad, la depresión está relacionada a la depresión anaclítica producida en niños institucionalizados que no reciben estímulos emocionales adecuados y que se caracterizan por llanto constante, inexpresividad, disminución del peso, vulnerabilidad a las infecciones, retardo en el desarrollo psicológico (Spitz, 1958/1973). En esta etapa, además, son evidentes los síntomas de tipo motor como la inexpresión facial y los movimientos corporales que indican retraimiento y rechazo (Del Barrio, 2005).

Preescolares (2-5 años). Los síntomas afectan el área social: no participa en actividades propias de su edad

(puede negarse ir al colegio y participar en juegos con sus pares); puede manifestar ciertas conductas desadaptativas: irritación y agresión (hacia sí mismo, objetos y personas); además de problemas físicos: enuresis, encopresis, dificultades alimenticias, insomnio, dolores y molestias (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005; Tomàs et al., 1996).

Escolares (6-12 años). Los síntomas se empiezan a mostrar sobre todo en la escuela y en su relación con los pares, que son las actividades que caracterizan esta edad. En este período, se puede observar rechazo a las actividades escolares, irritación (peleas y discusiones constantes con sus pares), ansiedad, dificultades en el aprendizaje, entre otros. Relacionado con su desarrollo cognitivo, se empiezan a presentar los primeros pensamientos negativos, se muestra autocrítico e inseguro de sus capacidades, con poca motivación y con temores nocturnos. Se puede evidenciar problemas de conducta estrechamente relacionados con la depresión infantil, como la crisis de llanto, gritos, peleas, conductas autodestructivas, etc.; también problemas de encopresis, enuresis y onicofagia (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005; Tomàs et al., 1996).

Adolescentes (12-18 años). En este período los episodios depresivos se muestran con mayor frecuencia y más intensamente; asimismo, los aspectos cognitivos y afectivos se tornan más importantes, mientras que los aspectos motores de las edades anteriores disminuyen (Cuevas y Teva, 2006; Weiss et al., 1992 citados en Del Barrio 2005). Relacionados

con estos cambios, encontramos que se hacen evidentes: el disgusto con la imagen corporal y con el desempeño, sentimientos de inferioridad, pesimismo, ideación suicida, el comportamiento aislado, agresivo (desafiante y opositor); así como los problemas de anorexia, bulimia e hipersomnia (Cuevas y Teva; Del Barrio; Tomàs et al., 1996).

En conclusión, según refiere Rodríguez (2000), al ser la depresión infantil una entidad de naturaleza compleja por ser polimorfa, florida y frecuentemente comórbida con otras patologías, debe ser abordada de manera multiaxial; es decir, tomando en cuenta los múltiples factores que la configuran para tener una buena comprensión clínica del problema. Estas características hacen que sea común que la depresión infantil no encaje fácilmente con las Clasificaciones Internacionales (DSM-IV y CIE-X). Sin embargo, no descarta su utilidad por los fines administrativos y su uso en la salud pública.

La forma en que se pueden clasificar la depresión es muy variada, debido sobre todo a su complejidad. Tomaremos como base la clasificación hecha por Del Barrio (2005), dado que es la que abarca de manera más amplia y actual las depresiones infantiles. Esta autora las clasifica de acuerdo a su curso, su severidad, su causalidad, su modo y frecuencia, su carácter evolutivo, su sintomatología y su duración.

Por el curso, se pueden clasificar en depresión unipolar, que solo manifiesta un episodio depresivo y su pronóstico es bueno; y en depresión bipolar, donde se

alternan los episodios depresivos con los maniacos y tiene mal pronóstico (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005).

Por la severidad, se pueden encontrar los tipos de depresión considerados en el DSM-IV-TR (APA, 2002). La depresión mayor, la cual cumple con los criterios mencionados en la Tabla 2, presentándose con numerosos e intensos síntomas; y la distimia, que presenta sintomatología menos severa y numerosa, pero persistente por varios años. Por las causas que las generan, pueden ser: exógena, la cual se debe etiológicamente a causas externas (eventos psicosociales negativos) que están relacionadas con su aparición; y endógenas, que se generan de manera inexplicable y tienen una etiología interna, por ejemplo un déficit tiroideo (Cuevas y Teva, 2006; Del Barrio, 2005).

Por su modo y su frecuencia, encontramos las depresiones agudas, las que solo presentan un único episodio y que se asocia a algún acontecimiento negativo que ha impactado a la persona; y las depresiones crónicas, que presentan varios episodios recurrentes sin la presencia de factores de riesgo que la desencadenen (Del Barrio, 2005).

Por su carácter evolutivo. Son, la depresión sensoriomotriz, pre-escolar, escolar, y adolescente.

Por su sintomatología, podemos encontrar la depresión pura, que es similar a las depresiones descrita en el DSM-IV-TR, más asociada con las depresiones adultas; y la

depresión enmascarada o mixta, que es la depresión que muchas veces se oculta, se confunde o se entremezcla con problemas distintos, algunos autores la consideran más características de las depresiones infantiles (Del Barrio, 2005).

Por su duración, podrían clasificarse en transitorias y duraderas, Nolen-Hoeksema, et al., (1992, citados en Del Barrio, 2005) señalan que, según sus estudios longitudinales, las depresiones infantiles no suelen ser transitorias (como se había dicho en un inicio para negar la existencia de la depresión infantil) pues se observa que existe una alta presencia de sintomatología depresiva a lo largo del tiempo, además de existir elevado índice de recurrencia.

2.2.2.6 Epidemiología

En estudios realizados en el Perú, en el año 2003, se ha encontrado que, en la población general, la depresión y los trastornos de ansiedad son los problemas más frecuentes de salud mental (Saavedra, s. f.). En la sierra, estudios realizados en las zona urbanas de los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, han encontrado que el trastorno depresivo es el más prevalente en la población adulta y adolescente con 16.2% y 5.7% respectivamente. Los adolescentes presentan una mayor tasa de indicadores suicidas, en ellos se observa que un 29,6% alguna vez en su vida ha presentado deseo suicida (Instituto Especializado de Salud

Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” [IESM “HD-HN”], 2003). En un estudio realizado por Salazar (2004) en Huancayo con 240 escolares entre 12 y 16 años, se encontró una prevalencia de depresión mayor de 12.08%, utilizándose para el diagnóstico la entrevista Clínica Estructurada para el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, y una prevalencia de síntomas de 34.5% con el Inventario de Depresión Infantil (CDI). También se encontró una mayor prevalencia en las mujeres y en el rango de edad entre 15 a 16 años. Más específicamente, en un estudio epidemiológico realizado en Cajamarca en el 2003, con una muestra de 463 adolescentes varones y mujeres, se encuentra que el trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo, con una tasa de 4.4 %; por otro lado, en relación a la prevalencia de estados de ánimo, entre el 8.2 y el 19.0% de los adolescentes manifiestan un predominio de sentimientos disfóricos relacionados con la depresión (sentimientos de pena, tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, aburrimiento y preocupación). Respecto a la ideación suicida, en este estudio el 26.2% ha presentado deseos suicidas alguna vez en su vida, el 13.9 % en el último año y 5.8% en el último mes. Adicionalmente, el 2.2 % ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, mientras que el 1.8% lo ha intentado en el último año, presentándose cifras más elevadas en el grupo de edades entre 15 y 17 años. A partir de estos datos se deduce que la depresión mayor es el trastorno clínico más frecuente, dado que uno de cada 20 adolescentes reuniría los criterios clínicos para ser diagnosticado (IESM “HD-HN”, 2005). En los estudios

realizados últimamente a nivel nacional no se incluyó a la población infantil; por lo que no contamos con datos precisos acerca de las condiciones de salud mental en los niños.

2.2.3 LA IDEACIÓN SUICIDA

2.2.3.1 Consideraciones generales

Según lo indicado por Durkheim, el suicidio es cualquier muerte como resultado de un acto lesivo antagónico realizado por un individuo. Literalmente se demuestra que hay un suicidio cuando la persona en cuestión, en ese momento en que realiza la actividad, sabe con seguridad lo que resultará con él o ella (37).

La incidencia de intentos de suicidio alcanza su punto máximo en la adolescencia de 15 a 19 años de edad (2011). Se estima que por cada suicidio completado hay hasta 20 intentos de suicidio. Los varones tienen más probabilidades de morir por suicidio; sin embargo, las mujeres tienen tres o cuatro veces más probabilidades de intentar suicidarse. Los adolescentes de las Primeras Naciones, los Métis y los Inuit tienen un riesgo particular de suicidio, con índices de suicidio cuatro a cinco veces mayores en estas poblaciones en comparación con los jóvenes no aborígenes (38,39).

El suicidio entre los niños pre púberes es raro, aunque ocurren pensamientos e intentos suicidas. Los médicos pueden desempeñar un papel importante en la evaluación y

el manejo de los adolescentes suicidas, como asesores familiares de confianza con respecto a los problemas de salud infantil y como médicos de primera línea en entornos de cuidados intensivos. Como tales, los pediatras y los médicos de atención primaria deben saber cómo evaluar la ideación y el comportamiento suicidas en niños y adolescentes, e identificar a los que tienen mayor riesgo de suicidio. La evaluación de la persona suicida requiere la examinación de la conducta suicida, el historial de salud mental y el contexto en el que se ha producido, y la evaluación de los factores subyacentes de precipitación, promoción y protección en el entorno del adolescente (40).

La ideación suicida es un fenómeno complejo en donde intervienen factores tanto personales, como familiares y escolares. Además del contexto familiar, la escuela representa para el adolescente un contexto interactivo crucial en su desarrollo psicosocial.

Pérez et al. (2010) constataron que los adolescentes con poco reconocimiento escolar son más proclives a manifestar ideación suicida, y, en la misma línea conceptual, Bonanno y Hymel (2010) observaron mediante un análisis de regresión que la victimización escolar es un factor predictivo de la ideación suicida.

Junto con los contextos familiar y escolar el factor personal o psicológico representa el otro escenario en donde las variables que lo representan tienen una mayor relación con la ideación suicida que las variables que representan los escenarios familiar y escolar- Por ejemplo, se ha observado en numerosas investigaciones que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida.

En este sentido, se concluye en un interesante trabajo que un estado de ánimo depresivo se debe considerar como una condición previa necesaria para que surja la ideación suicida.

Entre las variables psicológicas, se ha demostrado que la autoestima es una variable particularmente importante para explicar la ideación suicida. En este sentido, Miranda, Cubillas, Román y Valdez (2009) encontraron que el grupo con ideación suicida presentaba una autoestima significativamente más baja que el grupo sin ideación.

2.2.3.2 Factores de riesgo

Los médicos deben evaluar la presencia de los siguientes factores de riesgo, que se sabe que están asociados con un mayor riesgo de suicidio:

a) Enfermedad mental

La enfermedad mental es un factor de riesgo importante para el suicidio en adolescentes. Un historial de enfermedades mentales está presente en hasta el 90% de los adolescentes que murieron por suicidio. La depresión está más fuertemente asociada con la ideación y el comportamiento suicida; sin embargo, otros trastornos mentales, incluidos los trastornos por uso de sustancias, trastornos de la conducta y otros trastornos menos

comunes (por ejemplo, trastorno bipolar, trastornos psicóticos) también confieren un mayor riesgo de suicidio. El riesgo potencial de conductas suicidas entre los adolescentes tratados actualmente con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina puede ser considerado (40). El lector está dirigido a la declaración de posición de la Canadian Pediatric Society, "Uso de medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para el tratamiento de enfermedades mentales en niños y adolescentes", para una discusión más detallada sobre este tema. Aunque el inicio de la enfermedad mental ocurre con frecuencia en la adolescencia, puede ser ≥ 10 años antes de la identificación y el inicio del tratamiento. Los médicos deben evaluar a los adolescentes suicidas para detectar enfermedades mentales y consultar un historial de trastornos psiquiátricos. Los profesionales de la salud deben considerar remitir a los adolescentes con enfermedades mentales confirmadas o potenciales para una evaluación psiquiátrica (41).

b) Autolesión deliberada previa o intento de suicidio.

Un intento de suicidio previo es uno de los factores de predicción más fuertes del suicidio durante la adolescencia y de toda la vida. La presencia de conductas deliberadas de autolesión (por ejemplo, cortes, quemaduras) también se ha asociado con mayor riesgo de suicidio. Sin embargo, los

comportamientos de autolesión pueden o no estar asociados con la intención suicida. Los clínicos deben preguntar a los adolescentes si sus conductas de autolesión se hacen con la intención de enfrentar el dolor emocional o la intención suicida. Además, los clínicos deben preguntar sobre un historial de autolesiones y comportamientos suicidas anteriores (42).

c) Impulsividad

Los adolescentes que actúan impulsivamente corren un mayor riesgo de actuar con pensamientos suicidas y usar medios más letales para intentar suicidarse. Los médicos deben evaluar a los adolescentes suicidas para detectar antecedentes de comportamiento impulsivo (por ejemplo, agresión física, comportamientos de riesgo)(42).

d) Factores precipitantes

Es importante entender los factores que precipitaron los pensamientos suicidas o tratar de poder abordar estos factores estresantes, o la reacción del adolescente a ellos, directamente. Estresores que conducen a sentimientos de rechazo, inadecuación, humildad (43).

2.2.3.3 *Características del suicidio*

En la gran mayoría de estudios, se contempla la discusión sobre el suicidio, las dimensiones distintivas y/o las fases del procedimiento de transformación de este fenómeno, que posiblemente podría estar disponible en los seres humanos.

Del considerable número de componentes de la conducta suicida, las más continuas son las ideaciones suicidas, el intento suicida y el suicidio final, independientemente de si es deliberada o accidental. La conducta suicida es un proceso que va desde la ideación en sus diversas manifestaciones, a través de amenazas de peligro, señales, esfuerzos o intentos, hasta el suicidio.

La proximidad de cualquiera de estos marcadores (pensamientos, peligros, gestos e intentos) debe considerarse como una indicación de alto riesgo en la persona que los presenta (49)

- Deseo de morir

Habla de la decepción y la incomodidad de la persona con su vida en este momento y se puede comunicar con expresiones, por ejemplo, "la vida no merece vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir así, lo mejor es estar muerto" y otros comparativos.

- Representación suicida

Compuesta por imágenes mentales del suicidio de la propia persona, que también pueden comunicarse expresando que se ha visto ahorcado o que se ha imaginado ahorcándose.

- Ideación suicida

Se presenta excepcionalmente en la juventud, sin que se trate de una amenaza a la vida que se aproxima rápidamente, si no están organizados o conectados con diferentes componentes, llamados de riesgo, en cuyo caso adquiere un carácter sombrío y pueden provocar el reconocimiento de una manifestación de suicidio (50). Forman parte de reflexiones sobre la presencia de una consumación y que pueden abarcar los siguientes tipos:

- El pensamiento suicida sin una estrategia explícita a la luz del hecho de que el sujeto quiere ejecutarse a sí mismo aun cuando se le pregunta cómo lo completará, reacciona: "No sé cómo, pero sí lo haré" (51).
- Pensamiento suicida con una estrategia vaga o no explícita, en la

que el individuo abre su ansia de suicidarse y cuando se le pregunta cómo debería hacerlo, reacciona normalmente: "En cualquier caso, ahorcándome, lanzándome, cortándome" (51).

- Pensamiento suicida con una técnica explícita espontánea, en la que el sujeto desea someterse a un suicidio y ha elegido una estrategia explícita para hacerlo, pero aún no ha concebido cuándo ejecutarlo, en qué lugar exacto, ni ha reflexionado sobre las debidas medidas de precaución. que deben tomarse para no ser encontrados y satisfacer sus propósitos imprudentes(51).
- El plan suicida o idea suicida arreglado, en el cual el individuo desea someterse a suicidio, acaba de elegir una estrategia que generalmente es fatal, un lugar donde se hará, el momento de la suerte que no se encontrará, las razones que apoyan la elección que debe hacerse con el objetivo de morir (51).
- Amenaza o riesgo de suicidio: Comprende en la implicación o confirmación verbal de expectativas suicidas, generalmente comunicadas a individuos firmemente conectados con el sujeto y que harán todo lo

posible para anticiparlo. Debe ser considerado como una demanda de ayuda (51).

- Gesto suicida: es la señal de una manifestación suicida. Si bien el riesgo es verbal, la señal suicida incorpora la demostración, que en su mayor parte no provoca heridas de importancia para el sujeto, sin embargo, debe considerarse genuinamente. Las señales de suicidio se ven como esfuerzos menores (rascarse las muñecas, tragar algunos comprimidos de medicamentos para el dolor de cabeza) (52).

- Intento suicida: adicionalmente llamado parasuicida, tentativa de suicidio, acto intencional o autolesión intencional. Es esa manifestación sin la consecuencia de la muerte en la que un individuo se lastima intencionalmente. El intento de suicidio es excepcionalmente básico entre los jóvenes con una inclinación por esta conducta y se considera que para cada joven que se suicida (53).

La escritura sobre parasuicidio en jóvenes y jóvenes demuestra que los jóvenes que intentan autolesionarse se originan constantemente desde un marco psicosocial alterado. Por lo general, hay un fondo marcado por la partición y las desgracias repetidas. Y de los padres con aptitudes inadecuadas o insuficientes, que

experimentan problemas al ordenar sus vidas y no conocen los problemas de sus hijos (54)

- Intentos genuinos de suicidio: estos no son actos de broma que podrían ser letales (uso de pistolas, cortarse las venas con profundidad, tomar dosis de pastillas para dormir, ingerir veneno, saltar de estaturas inseguras, colgarse, etc.) (52).
- La conducta suicida, en su mayor parte, tiene como etapa inicial la condición melancólica de la persona, ya que se relaciona con estados depresivos donde los individuos en su mayor parte se sienten inútiles, casi nulos o no estimados, ningún sentimiento de vida, ninguna influencia sobre sus problemas o vidas, deseando desaparecer de este mundo (53).

2.2.3.4 El intento de suicidio.

Suicidarse es una idea que representa una amplia gama que incorpora idea, intención y suicidio. Ante la vista de una conducta suicida puede considerarse a esas como tres dimensiones.

Se entiende a los intentos suicidas como cualquier conducta auto dañina, son diversos los motivos, letalidad y frecuencia. Entre los elementos más críticos relacionados con el suicidio se encuentran la cercanía de la inestabilidad psicológica (particularmente llena de enfermedades

emocionales, problemas de identidad y uso indebido de sustancias), antecedentes de suicidios familiares, notables ocasiones desagradables, enfermedades físicas dinámicas, accesibilidad de armas, circunstancias estresantes, etc. Las razones psiquiátricas más reconocidas para el intento de suicidio son la depresión, la identidad anormal, la esquizofrenia y el abuso de sustancias, etc. (55)

2.2.3.5 Valoración del paciente suicida.

No es sencilla la evaluación de un paciente suicida debido a las diversas emociones o sentimientos en juego y los resultados de anticipar con precisión si un individuo intentará o volverá a hacer el intento. Los factores relacionados y los marcadores de peligro mencionados anteriormente, a pesar del hecho de que sirven por lo general para detectar el peligro más leve al más sorprendente, no excluyen un margen de error. Buscar datos sobre parientes y compañeros y revelar una ideación suicida más adelante no debería ser un obstáculo para crear un aire de cercanía, no crítico y empático, concentrado en el suicidio (56).

2.2.3.6 Ideación suicida

La ideación suicida puede verse como una expresión debilidad y abarca desde indicaciones poco claras de poca estimación de la vida hasta propósitos autodestructivos cada vez más caracterizados. Puede abarcar una calidad

constante y estar relacionado con diferentes factores mentales, por ejemplo, depresión, baja confianza, etc. Los ideosos del suicidio tienen una gran frecuencia de la patología mental, por ejemplo, el problema al dormir, el uso de licor/sustancia, la identidad y la conducta introvertida. Los pensamientos suicidas están relacionados con factores psicosociales y una mala condición familiar(57).

Los pensamientos suicidas son cada vez más frecuentes entre los individuos que se han intentado acabar con su vida, se relacionan con la gravedad y con una mayor probabilidad de reiteración. Como indicador de peligro esencial, los pensamientos suicidas deben investigarse con cautela. Debe considerarse que el 66% de las personas que se suicidan han comentado recientemente su motivación. Dichas articulaciones pueden ser verbales o no verbales (por ejemplo, arreglos, donaciones de objetos o productos) (58).

Agrupación de ideas suicidas (41) :

- Leve: simplemente tiene ganas de morir.
- Moderado: Ganas de morir con arreglos del entorno.
- Grave: Decisión de morir, con una preparación completa para su solidificación.

2.2.3.7 Componentes generales relacionados con el Suicidio.

Esfuerzo suicida en adolescentes: componentes casuales y protectores (59)

Factor de riesgo:

- Esfuerzo de suicidio pasado
- Demostraciones de salvajismo.
- Utilización de licor, drogas.
- Efectos secundarios sustanciales
- Esfuerzo de suicidio cercano
- Psicopatología
- Utilización de armas (en hombres)
- Homosexualidad (en hombres)

Variables protectoras:

- Conexión parental
- Prosperidad entusiasta
- Normal de notas
- Interfaz escolar

La proximidad de 3 variables defensivas disminuye el peligro de suicidio en un 70% a 85%, independientemente de si tienen elementos al azar.

2.2.3.7.1 *Evaluación del intento suicida*

El estado de ánimo abierto, compasivo y empático con el entrevistado es clave para lograr el cambio de destino.

El análisis de la conducta o el descubrimiento de fallas en la cuenta de tutores y adolescentes no deben ser evadidos.

- Objetivos de la evaluación subyacente:
 - Distinguir las variables plausibles que se sumaron a la presencia del esfuerzo suicida.
 - Conocer el contexto histórico de mejora y el trabajo actual del paciente en todo el mundo.
 - Decidir la presencia de una psicopatología esencial.
 - Reconocer posibles variables individuales, familiares o ecológicas que pueden impactar en la expansión o disminución de los desafíos.
 - Decidir si existe el peligro de que se vuelva a intentar un momento presente
 - Sugerir una interconsulta conveniente o como una crisis para la hospitalización y el tratamiento, fomentando el esfuerzo coordinado de la reunión familiar.

- Esquema de la mediación en emergencia (Serfaty 2000)(60)
 - Intercesión rápida, breve, seria, exhaustiva.
 - Consideración de familiares y acompañantes.
 - Forma rápida de lidiar con la circunstancia de activación.
 - Signo psicofarmacológico.
 - Coordinar la actividad psicoterapéutica.
 - Observación perpetua de la posibilidad de suicidio.
 - Valoración perpetua de la familia y pericia personal experta.
 - Intercesión del hogar.
 - Hospitalización

2.2.4 ANSIEDAD E IDEACIÓN SUICIDA

Los trastornos de ansiedad y el suicidio (ideación, planes, intentos y suicidio) son problemas de salud pública importantes en los jóvenes: los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos psicológicos infantiles más comunes y el suicidio Es una de las principales causas de muerte en niños y adolescentes (61). Hay un debate en curso con respecto a una asociación independiente entre la ansiedad y el suicidio. Más allá de las asociaciones con factores demográficos y depresión, ¿los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de suicidio en los jóvenes? (62)

La evidencia de los estudios epidemiológicos y comunitarios es mixta con respecto a una asociación independiente entre los trastornos de ansiedad y el suicidio en los niños, con algunos estudios que respaldan una asociación independiente más allá de los factores demográficos y la depresión y los hallazgos de otros estudios que no respaldan una relación independiente (Los hallazgos de varios estudios de adolescentes hospitalizados demuestran apoyo para una asociación independiente entre la ansiedad y el suicidio (63) Sin embargo, otros hallazgos de muestras referidas al tratamiento no apoyan una relación independiente entre la ansiedad y el suicidio (64) . Los hallazgos del número limitado de estudios de suicidio en muestras de jóvenes con trastornos de ansiedad que buscan tratamiento ambulatorio para su ansiedad respaldan una asociación independiente entre ansiedad e ideación suicida más allá de la depresión y diversos factores demográficos y clínicos e indican que las tasas de ideación suicida en jóvenes ansiosos que buscan tratamiento son tan altas como 41% (63). Sin embargo, la mayoría de las investigaciones sobre el suicidio en jóvenes con trastornos de ansiedad están limitadas por la confianza en un elemento de medida de ideación suicida. Los dos estudios previos de suicidio en jóvenes con trastornos de ansiedad que buscaban tratamiento ambulatorio para su ansiedad utilizaron el elemento de ideación suicida en el Inventario de Depresión Infantil como la única medida del suicidio. Por lo tanto, la relación entre los trastornos de ansiedad y el suicidio en los jóvenes que buscan tratamiento justifica una mayor exploración en los estudios que utilizan medidas integrales y continuas del suicidio. (65)

La investigación sobre la relación entre la ansiedad y el suicidio en los niños y jóvenes debe examinar las posibles explicaciones de los hallazgos discrepantes hasta la fecha. Las diferencias en la muestra pueden contribuir a la inconsistencia en los hallazgos; por ejemplo,

existe una variabilidad en la gravedad de la ansiedad y el entorno de tratamiento en todos los estudios, que van desde muestras comunitarias hasta jóvenes hospitalizados psiquiátricamente. La relación entre la ansiedad y el suicidio también puede variar según el subtipo de ansiedad, lo que explica algunos de los hallazgos inconsistentes hasta la fecha. Por ejemplo, varios estudios que no lograron encontrar apoyo para una asociación independiente entre la ansiedad y el suicidio(66) examinaron esta relación utilizando solo la severidad de la ansiedad generalizada o la sintomatología, mientras que muchos estudios que apoyan la asociación utilizó la gama de trastornos de ansiedad o medidas de síntomas de ansiedad más amplias (67) La posibilidad de que los trastornos de ansiedad específicos tengan diferentes relaciones con la ideación suicida justifica una investigación.

Otra posible explicación para los hallazgos discrepantes puede ser que la ansiedad tiene diferentes relaciones con los componentes específicos del amplio espectro de tendencias suicidas (por ejemplo, ideación suicida versus intentos de suicidio) y la investigación previa sobre la ansiedad y la suicidalidad no siempre ha considerado estos componentes por separado. Dados los hallazgos inconsistentes con respecto a la ansiedad y el suicidio en general, tal vez los trastornos de ansiedad sean específicamente predictivos de la ideación suicida o componente del deseo de suicidio (en lugar de la capacidad de participar en un comportamiento suicida). Dada esta posibilidad, el presente estudio examinó el componente de ideación suicida de suicidalidad. Puede ser que el alto nivel de ansiedad constante experimentado por los jóvenes con un trastorno de ansiedad no tratado lleve a una percepción de desesperanza acerca de la posibilidad de alivio de esta ansiedad, y luego a considerar el suicidio como una vía para el alivio de sus síntomas. Este camino

puede representar un vínculo entre la ansiedad y la ideación suicida que puede ocurrir independientemente de la depresión (68).

Sin embargo, a pesar de las altas tasas de ideación suicida en jóvenes con trastornos de ansiedad, la mayoría no respalda la ideación suicida (O'Neil et al., 2012). Más bien, puede haber otros predictores de ideación suicida en jóvenes con trastornos de ansiedad, como desregulación emocional o angustia (69)

2. CAPÍTULO III

3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no se considerará hipótesis.

3.2 VARIABLES

3.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Indicadores	Categorías	Escala de Medición
Edad	Años cumplidos	1. 8 años 2. 9 años 3. 10 años 4. 11 años	Ordinal
Sexo	Género y características fenotípicas externas	1. Femenino 2. Masculino	Nominal
Grado de instrucción	Último grado alcanzado a diciembre del 2018	1. 3er grado 2. 4to. grado 3. 5to. grado 4. 6to. grado	Nominal

Número de hermanos	Número de hermanos que viven en el mismo techo	<ul style="list-style-type: none"> - Hijo único - 1 a 2 hermanos - 3 a 4 hermanos - 5 a más 	Nominal
Convivencia	Personas que viven bajo el mismo techo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambos padres 2. Ambos padres y hermanos 3. Sólo Madre 4. Sólo Padre 5. Sólo Padre/madre y hermanos 6. Otro familiar: 	Nominal
Ansiedad	Test de Spence para niños y niñas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ataque de pánico/agorafobia: (ítems:13,21,28,30,32,34,36,37 y 39) 2. Ansiedad de separación: (ítems 5,8,12,15,16 y 44) 3. Fobia social (ítems: 6,7,9,10,29 y 35) 4. Miedo al daño físico (ítems 2,18,23,25 y 33) 5. Trastorno Obsesivo-Compulsivo (ítems 14,19,27,40,41 y 42) 6. Ansiedad generalizada (ítems: 1,3,4,20,22 y 24) 	Nominal
Ideación suicida	Se considerará sólo la pregunta 9 del test de Kovacs para depresión validado la metodología	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin ideación suicida 2. Con ideación suicida 	Nominal

	según Moraga (70)		
Cohesión familiar	Test de Cohesión familiar de Olson, Russell y Sprenkle o FACES III(70)	<p>Percepción Real del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia separada - Familia desligada - Familia amalgamada - Familia conectada <p>Percepción ideal del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rígida - Estructurada - Flexible - Caótica 	Nominal

3. CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño es no experimental, en el campo de la psiquiatría infantil y sociología pediátrica

4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación observacional, de corte transversal prospectivo, en la línea de investigación de la facultad de identificación de riesgos en poblaciones.

4.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación será relacional

4.4 ÁMBITO DE ESTUDIO

El mercado de Tacna se encuentra ubicado en el distrito de Tacna. El distrito cuenta con una población de 94428 habitantes ubicada a 562 m.s.n.m. El distrito limita con los distritos de Gregorio Albarracín, Alto Alianza, Pocollay y el océano pacífico. El mercado de Tacna comprende la zona urbana del distrito y comprende a 85,000 habitantes. (71)

4.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1 Unidad de estudio

Niños y niñas de 8 a 11 años de edad que residen en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de Tacna.

4.5.2 Población

La población de niños y niñas entre 8 y 11 años de edad que residen en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de Tacna comprende 3850.

4.5.3 Muestra

Se realizó muestro por conglomerados polietápico, donde la manzana (cuadra) fue identificada como la unidad básica para el conglomerado.

- Seleccionamos al azar cuadras de la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitana de Tacna- MINSA
- en cada cuadra , seleccionamos por sorteo las casas
- finalmente en cada casa sorteada elegiremos aleatoriamente a los niños y niñas de 8 a 11 años con lo que habremos seleccionado una muestra total de 187 niños y niñas.

Para la identificación del tamaño total de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

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

Donde:

$$\begin{aligned} N &= 3850 \\ Z &= 1.96 \text{ (95\% de nivel de confianza)} \\ p &= 0.5 \end{aligned}$$

$q= 0.5 (1-p)$
 $E= 7\%$ (Nivel de error)

$n= 186.6 =187$

4.5.3.1 Criterios de inclusión

- Niño o niña indistintamente
- Que se encuentre entre los 8 a 11 años de edad
- Que este radicando en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de Tacna.
- Que se encuentre bajo la tutoría de padres o familiar.

4.5.3.2 Criterios de exclusión

- Niño o niña sin el consentimiento informado de los padres
- Niños o niña que no sabía leer
- Niños o niñas especiales o con alguna perturbación de nacimiento
- Niños en hogares de apoyo social o albergues.

4.6 TECNICA Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

4.6.1 TECNICA

La entrevista en visita domiciliaria.

4.6.2 INSTRUMENTOS

Instrumento 01: TEST DE ANSIEDAD INFANTIL DE SPENCE (SCAS)

Estuvo compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones tipo Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Incluye, además, 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuya calificación no se califica, ni se toma en cuenta en los análisis. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor es la ansiedad. Para llevar a cabo la forma en español, se utilizó el método de traducción de interpretación convencional validada para España y América Latina. Las esferas que evalúa son:

- Ataque de pánico/agorafobia: (ítems:13,21,28,30,32,34,36,37 y 39)
- Ansiedad de separación: (ítems 5,8,12,15,16 y 44)
- Fobia social (ítems: 6,7,9,10,29 y 35)
- Miedo al daño físico (ítems 2,18,23,25 y 33)
- Trastorno Obsesivo-Compulsivo (ítems 14,19,27,40,41 y 42)
- Ansiedad generalizada (ítems: 1,3,4,20,22 y 24)

La versión en español de la SCAS, utilizada en el presente estudio, ha mostrado poseer validez factorial para evaluar los seis tipos de ansiedad más frecuentes en niños y adolescentes, presentando invarianza factorial entre niños y niñas y entre los de más edad y los más jóvenes (Godoy, Gavino, Carrillo et al., 2011).

La SCAS mide los trastornos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia y ha generado mucha investigación. Esta escala ofrece

ventajas sobre las demás como, sensibilidad a los cambios ejercidos por el tratamiento, capacidad para discriminar entre muestras clínicas y de población general, aplicación transcultural y, muy especialmente, apego a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad más comunes del DSM-IV-TR (APA, 2002)

Construida por Spence (1997) en Australia, la SCAS es un instrumento de autoinforme al que responden los niños, el cual consta de 44 ítems. Se desarrolló con la intención de investigar una gama amplia de síntomas de ansiedad en niños de población general.

Total de LA ESCALA ptaje máx: 114, promedio: 57, ptaje min: 0

Instrumento 2: ideación suicida de Kovacs-INVENTARIO DE DEPRESION INFANTIL DE KOVACS (CDI)

Instrumento ampliamente validado en países latinoamericanos con niveles de consistencia mayores a 0,8 en alfa de Cronbach. Es un instrumento que mide el nivel de depresión pero que presenta entre sus preguntas un reactivo que ha sido validado para en menores tamizar niños con ideación suicida.

En este estudio, la ideación suicida será evaluada a partir de las respuestas dadas por los menores en el ítem 9 al igual que en otros estudios internacionales similares (70) (72) (73)

El punto de corte recomendado para su uso como instrumento de exploración de síntomas se sitúa en 19 puntos que indicaría síntomas depresivos claros, aunque basta con 12 puntos cuando el niño ya presenta problemas psicológicos y está recibiendo atención profesional.

El ítem 09 del test considera 3 posibles respuestas:

- a. “No pienso en matarme” (no indica ideación suicida)
- b. “Pienso en matarme, pero no lo haría” (indica ideación suicida)

- c. “Quiero matarme” (indica ideación suicida)

Instrumento 3: La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson, Portner, y Lavee

Es un instrumento en escala tipo Likert que evalúa las dimensiones de adaptabilidad y cohesión familiar. Proporciona una evaluación de la percepción del sistema familiar actual y una evaluación acerca del sistema familiar ideal.

Consta de 40 preguntas y evalúa la familia en 2 escalas:

- a. Percepción real: 20 preguntas
- b. Percepción ideal: 20 preguntas

COHESIÓN	RANGO
Desligada	10 – 34
Separada	35 – 40
Conectada	41 – 45
Amalgamada	46 – 50

ADAPTABILIDAD	RANGO
Rígida	10 – 19
Estructurada	20 – 24
Flexible	25 – 28
Caótica	29 – 50

Se mide el nivel de satisfacción del menor respecto a su familia. Tienen niveles de respuesta que va del 1 al 5 considerándose una escala continua.

La traducción, estudio teórico de la prueba y validación para adaptarla al medio latino se ha realizado en el año 1993 en Colombia.

La adaptación de FACES III fue realizada por Reusche (1994). Se usó el coeficiente de Alpha de Cronbach para cada dimensión por lo cual es llegó a la conclusión de que FACES III era confiable respecto al funcionamiento familiar.

Olson postuló que los niveles balanceados (separados y conectados) hacen un funcionamiento familiar óptimo y sus miembros son capaces de ser independientes y conectados a sus familias. Los niveles desbalanceados (desprendida y amalgamada) son vistos como problemáticos (o disfuncionales), si se actúa en estos niveles extremos durante mucho tiempo.

4. CAPÍTULO V

5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

1. Se obtuvo el listado de niños atendidos de los establecimientos de la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de Tacna.
2. Se procedió a la identificación de los conglomerados por asignación aleatoria.
3. Se capacita a 6 encuestadores del área de salud en los objetivos y manejo de los instrumentos, así como en procedimientos de muestreo de campo
4. Los datos se recogieron por visita domiciliaria con consentimiento informado de los padres o tutores de los menores de edad.
5. Los datos recogidos por los instrumentos respectivos fueron sometidos a control de calidad realizado por el investigador. Las fichas que logren estar en estado adecuado serán codificadas y digitadas en base Excel.

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Se exportó los datos digitados en base a Excel a software estadístico SPSS 21, donde se creó las nuevas variables y etiquetado respectivo. Se elaboraron tablas de contingencia con valores relativos y absolutos. Asimismo, se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión para los puntajes obtenidos para los tres de ansiedad y cohesión familiar. Se utilizó la prueba de chi cuadrada para el contraste de los test según variables sociodemográficas y relación con ideación

suicida. Se elaboraron barras de error con un intervalo de confianza del 95%. Se calculó razón de prevalencia cruda y ajustada para la asociación de características de ideación suicida. El grupo sin ideación suicida se comportó como grupo control.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

1. Se solicitó el consentimiento informado (ver anexo) de cada responsable del menor previa explicación de la investigación y su colaboración en el trabajo científico. El trabajo respetó la absoluta confidencialidad de los datos de cada menor. Los registros fueron anónimos y se identificó a los niños tan sólo por código alfanuméricos.
2. Para el análisis, se trabajó con datos encriptados por códigos en cada caso.

6 RESULTADOS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA -MINSA EN EL AÑO 2019.

		n	%
Edad	8,0	41	21.9%
	9,0	47	25.1%
	10,0	40	21.4%
	11,0	59	31.6%
	Total	187	100.0%
Sexo	Femenino	104	55.6%
	Masculino	83	44.4%
	Total	187	100.0%
Grado de instrucción	3er grado	40	21.4%
	4to grado	66	35.3%
	5to grado	70	37.4%
	6to grado	11	5.9%
	Total	187	100.0%
Número de hermanos	Ninguno	51	27.3%
	1	49	26.2%
	2	68	36.4%
	3	15	8.0%
	4	4	2.1%
	Total	187	100.0%
Convivencia	Ambos padres	103	55.1%
	Hermanos	2	1.1%
	Solo con madre	66	35.3%
	Abuelos	13	7.0%
	no especifica	3	1.6%
	Total	187	100.0%

Fuente: Cuestionarios aplicado en C.S. Metropolitano, 2019.

En la tabla 1 podemos observar que, según la edad, el 31.6% tenía 11 años seguido de un 25.1% con 9 años y distribuidos de forma similar los niños de 10 y 8 años con un 21.4%. Respectivamente

Según sexo el 55.6% fueron mujeres y el 44.4% varones.

Según el grado de instrucción el 37.4% cursaba quinto grado seguido del 35.3% el cuarto grado de primaria, principalmente

Según el número de hermanos con los cuales cuentan el grupo de estudio, el 36.4% tenía 2 hermanos seguido de un 27.3% que era hijo único. Se observó también un 26.2% que tenía solo un hermano.

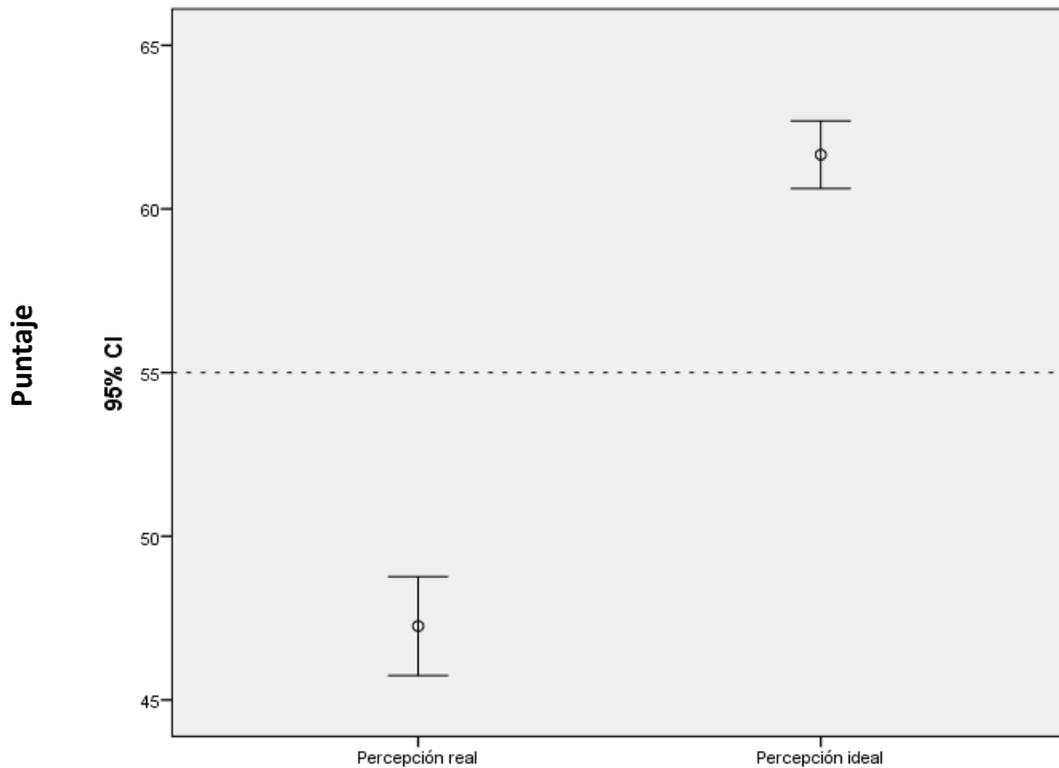
Según en la convivencia con tutores, el 55.1% refería vivir con ambos padres y el 35.3% solo con la madre.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN TIPO DE COHESIÓN FAMILIAR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDISCCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA – MINSA EN EL AÑO 2019.

		n	%
Cohesión familiar	Familia separada	37	19.8%
	Familia desligada	50	26.7%
	Familia amalgamada	94	50.3%
	familia conectada	6	3.2%
	Total	187	100.0%

Fuente: Cuestionarios aplicado en C.S. Metropolitano, 2019.

En la tabla 2 se observa el resultado de la aplicación del test de cohesión familiar(FACESIII). El instrumento evalúa la percepción real e ideal de familia y establece un consolidado que se muestra en la tabla 2. Podemos observar que el 50.3%, desde la percepción del menor, la familia se encuentra amalgamada seguido de un 26.7% considerada como familia desligada. Un 19.8% tiene un tipo de cohesión familiar separada.



Gráfica 1. Tendencia comparativa de la percepción real versus percepción ideal

En la gráfica 1 podemos observar la tendencia comparativa en medición continua de la percepción real del tipo de familia y la percepción ideal con un intervalo de confianza del 95%.

Podemos observar que existe una diferencia altamente significativa, donde la percepción real se contradice en forma ostensible según la opción ideal que concibe el menor. Si el estudio lo repitiéramos 100 veces en un grupo de niños en condiciones similares o en el mismo grupo tendríamos que un 95% de las posibles muestras tendrían la misma distribución representada en la gráfica 1

TABLA 3. TIPO DE COHESIÓN FAMILIAR SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA-MINSA EN EL AÑO 2019

		Cohesión familiar										p:
		Familia separada		Familia desligada		Familia amalgamada		familia conectada		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad	8,0	13	35.1%	2	4.0%	26	27.7%	0	0.0%	41	21.9%	.000
	9,0	3	8.1%	3	6.0%	38	40.4%	3	50.0%	47	25.1%	
	10,0	2	5.4%	14	28.0%	24	25.5%	0	0.0%	40	21.4%	
	11,0	19	51.4%	31	62.0%	6	6.4%	3	50.0%	59	31.6%	
	Total	37	100.0%	50	100.0%	94	100.0%	6	100.0%	187	100.0%	
Sexo	Femenino	21	56.8%	29	58.0%	54	57.4%	0	0.0%	104	55.6%	0.051
	Masculino	16	43.2%	21	42.0%	40	42.6%	6	100.0%	83	44.4%	
	Total	37	100.0%	50	100.0%	94	100.0%	6	100.0%	187	100.0%	
Grado de instrucción	3er grado	13	35.1%	2	4.0%	25	26.6%	0	0.0%	40	21.4%	0.000
	4to grado	7	18.9%	14	28.0%	40	42.6%	5	83.3%	66	35.3%	
	5to grado	11	29.7%	30	60.0%	28	29.8%	1	16.7%	70	37.4%	
	6to grado	6	16.2%	4	8.0%	1	1.1%	0	0.0%	11	5.9%	
	Total	37	100.0%	50	100.0%	94	100.0%	6	100.0%	187	100.0%	
Número de hermanos	Ninguno	5	13.5%	12	24.0%	31	33.0%	3	50.0%	51	27.3%	0.000
	1	12	32.4%	5	10.0%	29	30.9%	3	50.0%	49	26.2%	
	2	15	40.5%	29	58.0%	24	25.5%	0	0.0%	68	36.4%	
	3	5	13.5%	0	0.0%	10	10.6%	0	0.0%	15	8.0%	
	4	0	0.0%	4	8.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	2.1%	
	Total	37	100.0%	50	100.0%	94	100.0%	6	100.0%	187	100.0%	

Fuente: Cuestionarios aplicado en C.S. Metropolitano,2019.

En la tabla 3 podemos observar que existe una diferencia significativa del tipo de familia según las características socio demográfica de los menores.

Podemos observar que en el grupo de familia separadas, el 51.4% de los niños tenían 11 años, principalmente cursaba el tercer grado de primaria, tenían en un 40.5% dos hermanos seguidos de un 32.4% con un solo hermano. En el grupo de familias desligadas el 62% también tenían 11 años seguido de un 28% con niños de 10 años, cursando el quinto grado en un 60%, el 58% tenían hasta dos hermanos y el 24% eran hijos únicos. Respecto a familia amalgamada el 40.4% de los niños tenían 9 años, el 27.7% 8 años, cursaban en un 42.6% el cuarto grado de primaria seguido del 29.8% en quinto grado. Asimismo, en ese tipo de familia, el 33% eran hijos únicos seguido de un 30% que poseía un hermano y el 25.5% con dos hermanos.

En el grupo de familia conectada el 50% eran niños con 9 años y el 50% con 11 años. Según el grado de instrucción, el 83.3% de las familias conectadas a los niños cursan el cuarto grado de primaria y el 16.7% el quinto grado. Respecto al número de hermanos con los cuales cuenta, el 50% en este tipo de familia eran hijos únicos y el 50% tenía tan sólo un hermano. Estas diferencias fueron significativas en las tres variables ($p < 0.05$).

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL NIVEL DE ANSIEDAD (SPENCE) EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA-MINSA EN EL AÑO 2019

		n	%
Ansiedad (Spence)	Sin ansiedad	65	34.8%
	Leve/moderada	85	45.5%
	Severa	37	19.8%
	Total	187	100.0%

Fuente: Test Spencer aplicado

En la tabla 4 se observa que el 45.5% de los niños tenían un nivel de ansiedad entre leve a moderada seguida de un 34.8% sin ansiedad. Se evidencia un 19.8% con un nivel de ansiedad considerado como severo.

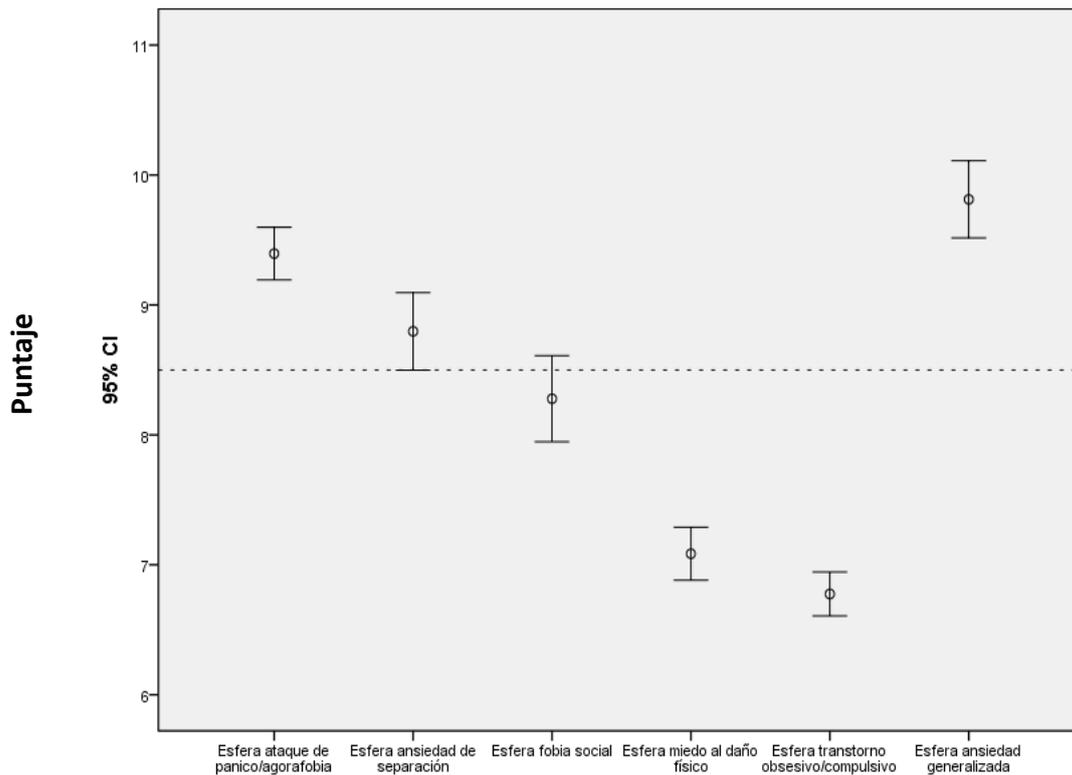
TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN ESFERAS DE NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA- MINSA EN EL AÑO 2019

		n	%
Esfera ataque de pánico	Sin ansiedad	158	84.5%
	Leve/moderada	29	15.5%
	Total	187	100.0%
Esfera ansiedad de separación	Sin ansiedad	85	45.5%
	Leve/moderada	43	23.0%
	Severa	59	31.6%
	Total	187	100.0%
Esfera fobia social	Sin ansiedad	82	43.9%
	Leve/moderada	81	43.3%
	Severa	24	12.8%
	Total	187	100.0%
Esfera miedo al daño físico	Sin ansiedad	135	72.2%
	Leve/moderada	52	27.8%
	Total	187	100.0%
Esfera trastorno obsesivo/compulsivo	Sin ansiedad	90	48.1%
	Leve/moderada	80	42.8%
	Severa	17	9.1%
	Total	187	100.0%
Esfera ansiedad generalizada	Sin ansiedad	73	39.0%
	Leve/moderada	101	54.0%
	Severa	13	7.0%
	Total	187	100.0%

En la tabla 5 se observa que, en la esfera de ataque de pánico, el 15.5% manifestaba una ansiedad leve a moderada. La medición de la esfera separación, el 23% manifestaba ansiedad leve moderada seguido de un 31.6% y un nivel de severo. En la esfera fobia social, el 43.3% tenía un nivel de leve a moderado seguido de un 12.8% considerado como severo.

En la esfera miedo al daño físico, el 27.8% manifestaba un nivel de ansiedad de leve a moderado. No hubo en esta esfera un grupo con ansiedad severa. En esfera de trastorno obsesivo compulsivo el 42.8% estaba en un nivel de vida moderado y el 9.1% en un nivel severo. En esfera de ansiedad generalizada, el 54% se encontraba en un nivel leve moderado y el 7% en un nivel severo



Esferas de medición de nivel de ansiedad

Gráfica 2

Tendencia comparativa de las esferas de medición de nivel de ansiedad

En la Gráfica 2 Se observa lo medido en la tabla 5. Se realiza un nivel de tendencia respecto a 100 muestras posibles donde en el 95% de ellas se ve representada en la Gráfica 2

Podemos observar que las esferas más comprometidas son el de ataque de pánico, agorafobia, ansiedad por separación y ansiedad generalizada, estando la esfera de fobia social en el limbo comparativo del grupo. Las diferencias son significativas respecto a estas tres primeras esferas respecto a las esferas de miedo al daño físico y trastorno obsesivo compulsivo donde los niveles de compromiso son bajos.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN EL NIVEL DE ANSIEDAD NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA-MINSA EN EL AÑO 2019

		Ansiedad (Spence)								p:
		Sin ansiedad		Leve/moderada		Severa		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad	8,0	4	9.8%	23	56.1%	14	34.1%	41	100.0%	0.000
	9,0	3	6.4%	32	68.1%	12	25.5%	47	100.0%	
	10,0	29	72.5%	9	22.5%	2	5.0%	40	100.0%	
	11,0	29	49.2%	21	35.6%	9	15.3%	59	100.0%	
	total	65	34.8%	85	45.5%	37	19.8%	187	100.0%	
Sexo	Femenino	44	42.3%	32	30.8%	28	26.9%	104	100.0%	0.000
	Masculino	21	25.3%	53	63.9%	9	10.8%	83	100.0%	
	Total	159	34.8%	191	45.5%	83	19.8%	187	100.0%	
Grado de instrucción	3er grado	4	10.0%	22	55.0%	14	35.0%	40	100.0%	0.000
	4to grado	8	12.1%	42	63.6%	16	24.2%	66	100.0%	
	5to grado	49	70.0%	16	22.9%	5	7.1%	70	100.0%	
	6to grado	4	36.4%	5	45.5%	2	18.2%	11	100.0%	
	Total	65	34.8%	85	45.5%	37	19.8%	187	100.0%	
Número de hermanos	Ninguna	10	19.6%	29	56.9%	12	23.5%	51	100.0%	0.001
	1	15	30.6%	17	34.7%	17	34.7%	49	100.0%	
	2	30	44.1%	30	44.1%	8	11.8%	68	100.0%	
	3	6	40.0%	9	60.0%	0	0.0%	15	100.0%	
	4	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100.0%	
	Total	55	34.8%	56	45.5%	25	19.8%	187	100.0%	
Convivencia	Ambos padres	42	40.8%	42	40.8%	19	18.4%	103	100.0%	0.000
	Hermanos	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Solo con madre	19	28.8%	32	48.5%	15	22.7%	66	100.0%	
	Solo con padre	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Abuelos	2	15.4%	11	84.6%	0	0.0%	13	100.0%	
	no especifica	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	3	100.0%	
	Total	21	34.8%	43	45.5%	18	19.8%	187	100.0%	

En la tabla 6 se muestra el nivel de influencia de las variables sociodemográficas en el nivel de ansiedad, mostrándose por tal motivo los porcentajes totales de fila. (Valores hacia el lado derecho).

Se logró observar diferencias altamente significativas en las cinco variables observadas y su influencia en el nivel de ansiedad.

Según edad, los niveles de ansiedad estuvieron presentes mayormente en los niños de 8 años con un 34.1% y en los niños de 9 años en un 25.5%. En los grupos de 10 a 11 años la característica de estar sin ansiedad se manifestó en un 72.5% y 49.2% respectivamente. Esta diferencia fue significativa ($p: 0.00$).

Según sexo, en el grupo de mujeres el 26.9% manifestaba ansiedad severa y en el grupo de varones el 10.8%. En los varones la mayor frecuencia fue en el nivel de leve a moderada con un 63.9%. Así mismo podemos analizar qué en el grupo de mujeres el 42.3% no manifestaba algún grado de ansiedad a diferencia del grupo masculino donde sólo el 25.3% se encontraba en esta condición. Podemos concluir que, según el nivel de ansiedad, el compromiso más grave o severo se presentan en las mujeres así como los estados de normalidad también (estados extremos), encontrándose mayor frecuencia de grupo de varones en los grupos intermedios de ansiedad leve a moderada. Esta diferencia fue significativa ($p: 0.00$).

Según el número de hermanos, los niveles de ansiedad severa y moderada más altos se encontraron en aquellos que no tenían hermanos o que tenían sólo uno. El 34.1% de aquellos que tenían ansiedad severa, tenían un hermano y el 23.5% eran hijos únicos. En el grupo de niños con dos o más hermanos las proporciones de nivel de ansiedad son bajas mostrándose principalmente grupos sin ansiedad representados en un 44.1%, 40% y 100% según se tengan dos tres o cuatro hermanos, respectivamente.

Según el nivel de convivencia, los niveles de mayor ansiedad se encontraron en aquellos niños que vivían sólo con la madre, en un 22.7%, pero también en aquellos que vivían con ambos padres en un 18.4%. La diferencia es ostensible en la característica sin ansiedad, donde aquellos que vivían con ambos padres esta

característica la tenía el 40.8%, en cambio aquellos que vivían sólo con la madre sólo el 28.8% gozaba de la condición de sin ansiedad. Se puede observar también que los niños que vivían sólo con los abuelos, el 15.4% manifestaba niveles sin ansiedad, pero un 84.6% un nivel de leve a moderado. Estas diferencias fueron altamente significativas ($p:0.00$).

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE COHESIÓN FAMILIAR SEGÚN NIVEL DE ANSIEDAD NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA-MINSA EN EL AÑO 2019.

		Ansiedad (Spence)								p:
		Sin ansiedad		Leve/moderada		Severa		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cohesión familiar	Familia separada	14	37.8%	14	37.8%	9	24.3%	37	100.0%	0,008
	Familia desligada	27	54.0%	17	34.0%	6	12.0%	50	100.0%	
	Familia amalgamada	21	22.3%	51	54.3%	22	23.4%	94	100.0%	
	familia conectada	3	50.0%	3	50.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	Total	65	34.8%	85	45.5%	37	19.8%	187	100.0%	

En la tabla 7 podemos observar que, en el grupo de familia separada, el 24.3% de los niños presentaban ansiedad severa y el 37.8% ansiedad leve moderada. En el grupo de familia desligada, el 12% presentaba ansiedad severa y el 54% de los niños no tenían ansiedad. Respecto a familia amalgamada, el 23.4% manifestaba ansiedad severa, el 54.3 de leve a moderada y el 22.3% no manifestaba ansiedad. En el grupo de familia conectada, no hubo niños con ansiedad severa y el 50% no manifestaba ansiedad y el 50% niveles de leve a moderado. Estas diferencias fueron altamente significativas. (p:0.008).

Se puede observar que cuanto más cohesión familiar existe los niveles de ansiedad de los niños son menores.

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN IDEACIÓN SUICIDA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA-MINSA EN EL AÑO 2019.

		n	%
Ideación suicida	Sin ideación	163	87.2%
	Con ideación	24	12.8%
	Total	187	100.0%

En la tabla 8 se muestra que el 87.2% de los niños están sin ideación suicida, pero se observa que un 12.8% sí manifiestan características de ideación suicida

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E IDEACION SUICIDA NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA-MINSA EN EL AÑO 2019.

		Ideación suicida						p:
		Sin ideación		Con ideación		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	8,0	41	25.2%	0	0.0%	41	21.9%	0.000
	9,0	47	28.8%	0	0.0%	47	25.1%	
	10,0	36	22.1%	4	16.7%	40	21.4%	
	11,0	39	23.9%	20	83.3%	59	31.6%	
	Total	163	100.0%	24	100.0%	187	100.0%	
Sexo	Femenino	96	58.9%	8	33.3%	104	55.6%	0.019
	Masculino	67	41.1%	16	66.7%	83	44.4%	
	Total	163	100.0%	24	100.0%	187	100.0%	
Grado de instrucción	3er grado	40	24.5%	0	0.0%	40	21.4%	0.004
	4to grado	60	36.8%	6	25.0%	66	35.3%	
	5to grado	55	33.7%	15	62.5%	70	37.4%	
	6to grado	8	4.9%	3	12.5%	11	5.9%	
	Total	163	100.0%	24	100.0%	187	100.0%	
Número de hermanos	Ninguna	46	28.2%	5	20.8%	51	27.3%	0.000
	1	39	23.9%	10	41.7%	49	26.2%	
	2	63	38.7%	5	20.8%	68	36.4%	
	3	15	9.2%	0	0.0%	15	8.0%	
	4	0	0.0%	4	16.7%	4	2.1%	
	Total	163	100.0%	24	100.0%	187	100.0%	
Convivencia	Ambos padres	96	58.9%	7	29.2%	103	55.1%	0.000
	Hermanos	2	1.2%	0	0.0%	2	1.1%	
	Solo con madre	57	35.0%	9	37.5%	66	35.3%	
	Abuelos	5	3.1%	8	33.3%	13	7.0%	
	no especifica	3	1.8%	0	0.0%	3	1.6%	
	Total	163	100.0%	24	100.0%	187	100.0%	

En la tabla 9 se presenta la comparación del grupo con ideación suicida versus el grupo sin ideación suicida en las diferentes categorías de las variables sociodemográficas.

Todas las variables se encontraban asociadas. Edad (p:0.00), sexo(p:0.00), grado instrucción(p:0.00), número de hermanos(p:0.00), y convivencia(p:0.00),

Podemos observar que la presencia de ideación suicida es más frecuente en grupo de 10 a 11 años respecto al grupo de 8 a 9 años. Esta diferencia fue significativa (p:0.00).

Según sexo la probabilidad de ideación suicida fue mayor en el grupo de varones con un 66.7% respecto a un 3.3% que eran mujeres esta diferencia fue altamente significativa. (p:0.00).

Según el grado de instrucción de los niños, podemos observar que las mayores proporciones se evidencian en los grupos cuarto grado y quinto grado respecto a los otros dos niveles de educación.

Respecto al número de hermanos la frecuencia de ideación suicida fue más alta en aquellos en los cuales había un solo hermano representado por el 41.7% seguido de un 20.8% que no tenía hermanos. Esta diferencia fue significativa respecto al grupo que tienen un mayor número de hermanos (p:0.00). Podemos inferir que probablemente la presencia de hermanos sea un mecanismo de soporte de los niveles de ansiedad y el riesgo de ideación suicida y que los futuros trabajos de investigación deberían abordar las características psicológicas y psiquiátricas en grupo de niños en los cuales la familia es corta.

Según el nivel de convivencia, en el grupo con ideación suicida, el 37.5% vive solo con la madre y el 33.3% con los abuelos. Si sumamos ambas proporciones veríamos que el 70.8% del grupo con ideación suicida convive con un grupo de tutores donde los responsables o es sólo la madre o está a cargo de una tercera figura que son los abuelos. En el grupo sin ideación suicida, el 58.9% de los niños convivían con ambos padres, estas diferencias son significativas y ameritaría un estudio de

investigación qué caracteriza el tipo de familia que rodean a los menores y cómo está influye en el estado psicológico del niño.

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN IDEACIÓN SUICIDA NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA –MINSA EN EL AÑO 2019.

		Ideación suicida						p:
		Sin ideación		Con ideación		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Ansiedad (Spence)	Sin ansiedad	50	76.9%	15	23.1%	65	100.0%	0.003
	Leve/moderada	76	89.4%	9	10.6%	85	100.0%	
	Severa	37	100%	0	0.0%	37	100.0%	
	Total	163	100.0%	24	12.8%	187	100.0%	

Podemos observar en la tabla 10 que, en el grupo sin ansiedad, el 76.9% no presentaba característica de ideación suicida, pero existió un 23.1% que si lo presenta. Además, se observó que, en el grupo con ansiedad leve a moderada, el 89.4% no presentaba ideación suicida y sólo el 10.6% si lo presentaba. (p: 0.00).

Es probable que los niveles de ansiedad no tengan una relación directa con las probabilidades de ideación suicida y que sea un factor conector de otro tipo que condiciona la posibilidad de estar en riesgo de una ideación suicida en los niños.

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ESFERAS DE ANSIEDAD E IDEACION SUICIDA NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA-MINSA EN EL AÑO 2019.

		Ideación suicida						p:
		Sin ideación		Con ideación		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Esfera ataque de pánico	Sin ansiedad	137	86.7%	21	13.3%	158	100.0%	0.663
	Leve/moderada	26	89.7%	3	10.3%	29	100.0%	
	Total	163	87.2%	24	12.8%	187	100.0%	
Esfera ansiedad de separación	Sin ansiedad	64	75.3%	21	24.7%	85	100.0%	0.000
	Leve/moderada	43	100.0%	0	0.0%	43	100.0%	
	Severa	56	94.9%	3	5.1%	59	100.0%	
	Total	163	87.2%	24	12.8%	187	100.0%	
Esfera fobia social	Sin ansiedad	69	84.1%	13	15.9%	82	100.0%	0.029
	Leve/moderada	76	93.8%	5	6.2%	81	100.0%	
	Severa	18	75.0%	6	25.0%	24	100.0%	
	Total	163	87.2%	24	12.8%	187	100.0%	
Esfera miedo al daño físico	Sin ansiedad	123	91.1%	12	8.9%	135	100.0%	0.009
	Leve/moderada	40	76.9%	12	23.1%	52	100.0%	
	Total	163	87.2%	24	12.8%	187	100.0%	
Esfera trastorno obsesivo /compulsivo	Sin ansiedad	69	76.7%	21	23.3%	90	100.0%	0.000
	Leve/moderada	77	96.3%	3	3.8%	80	100.0%	
	Severa	17	100.0%	0	0.0%	17	100.0%	
	Total	163	87.2%	24	12.8%	187	100.0%	
Esfera ansiedad generalizada	Sin ansiedad	58	79.5%	15	20.5%	73	100.0%	0.028
	Leve/moderada	92	91.1%	9	8.9%	101	100.0%	
	Severa	13	100.0%	0	0.0%	13	100.0%	
	Total	163	87.2%	24	12.8%	187	100.0%	

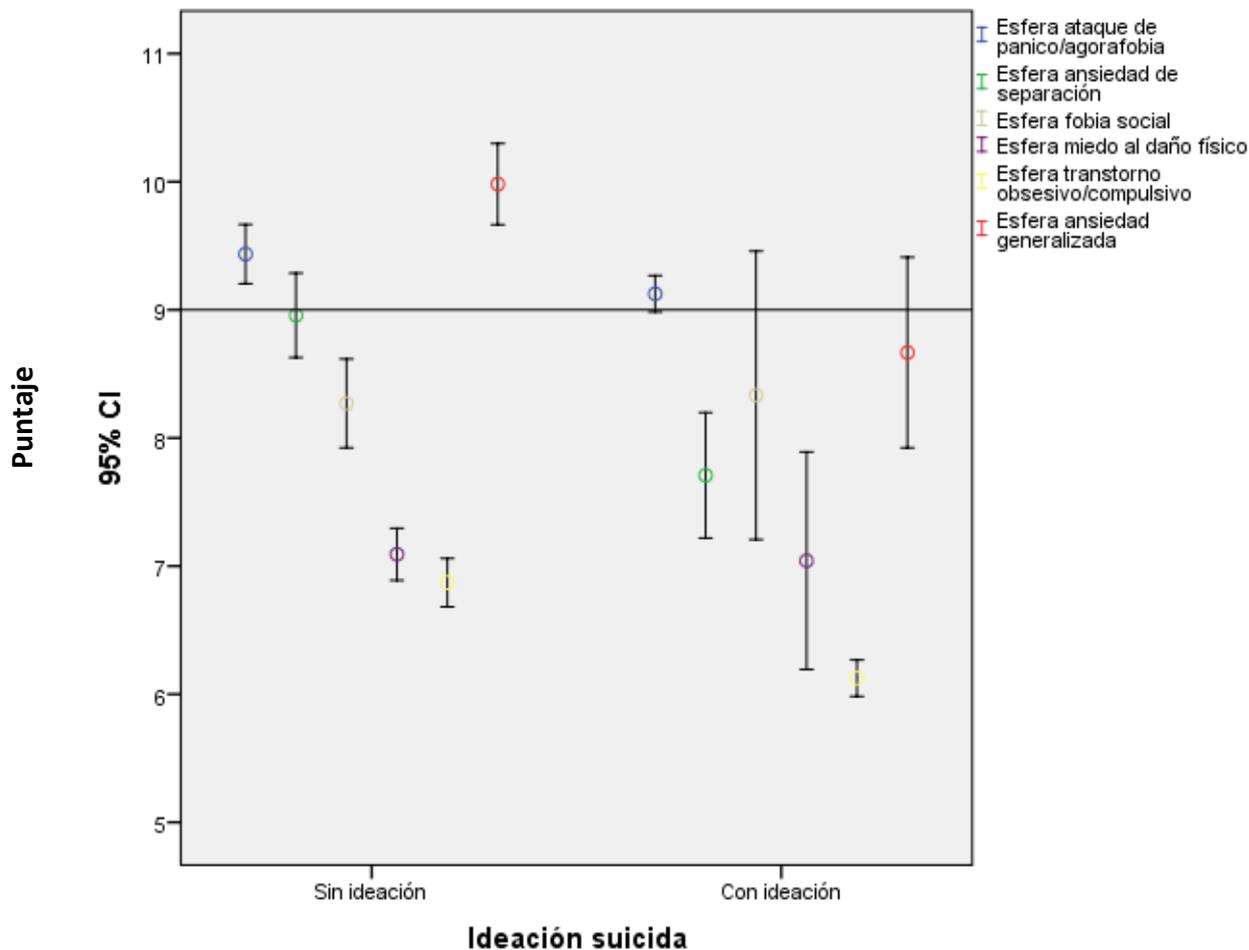


Gráfico 3. ESFERAS DE ANSIEDAD E IDEACION SUICIDA NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO, TACNA

En la tabla 11 y gráfico 3, podemos observar que, a excepción de la esfera de ataque pánico, las demás estuvieron asociadas a ideación suicida. En la gráfica 3 se puede observar mejor cuáles de las esferas tuvieron una mayor probabilidad de asociación directa con los niveles de ideación suicida.

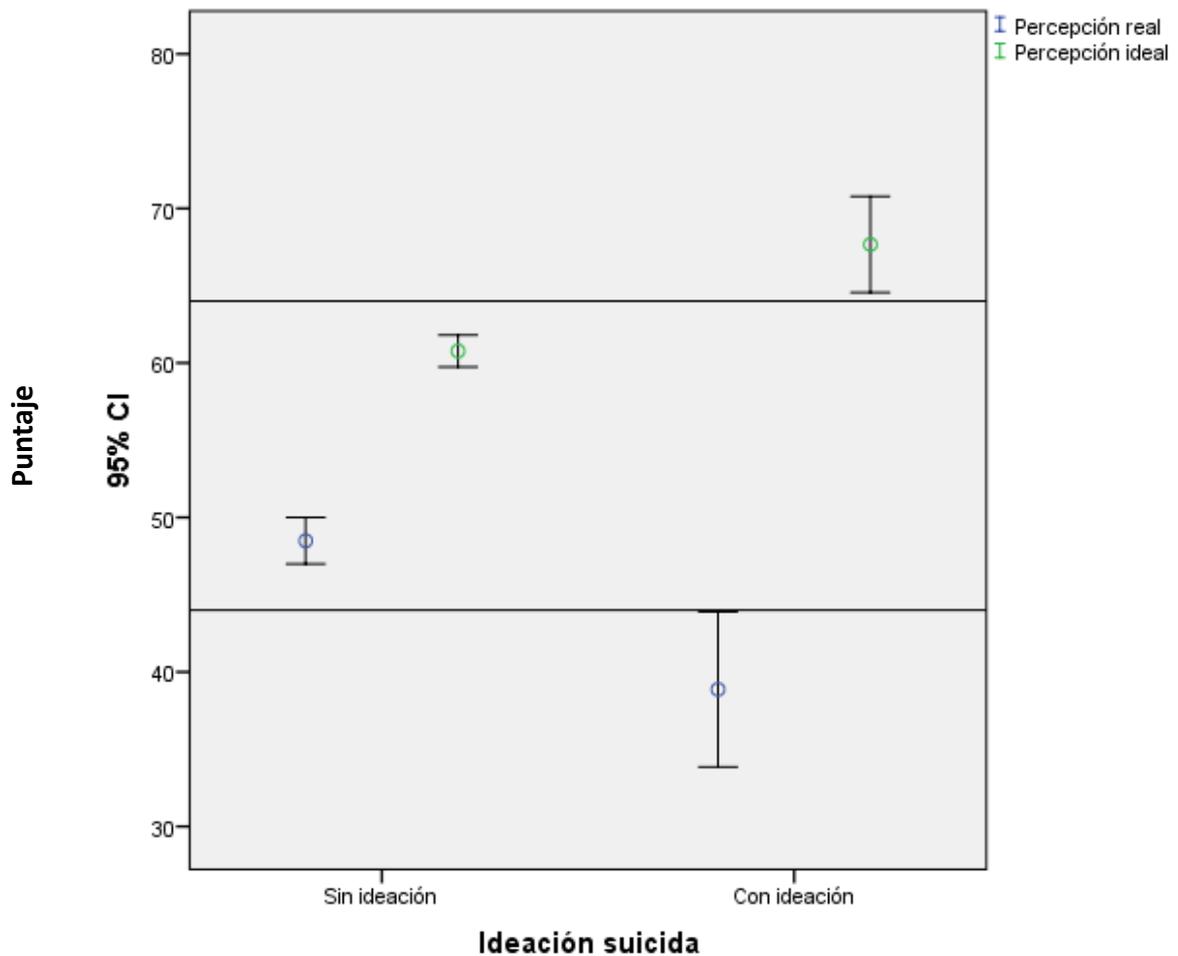
En el grupo con ideación suicida las esferas influyentes fueron la esfera social y la ansiedad generalizada, y las menos influyentes serían la esfera de miedo el daño oficio o trastorno obsesivo compulsivo.

Por qué estas esferas, las de fobia social y así la generalizada influyen más que las demás en ideación, sea probablemente por las características familiares que condicionan niveles de ansiedad de riesgo

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN COHESIÓN FAMILIAR E IDEACION SUICIDA NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE TACNA-MINSA EN EL AÑO 2019.

		Ideación suicida						p:
		Sin ideación		Con ideación		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Cohesión familiar	Familia separada	30	81.1%	7	18.9%	37	100.0%	0.006
	Familia desligada	38	76.0%	12	24.0%	50	100.0%	
	Familia amalgamada	89	94.7%	5	5.3%	94	100.0%	
	familia conectada	6	100.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	Total	163	87.2%	24	12.8%	187	100.0%	

En la tabla 12 se podemos observar que en el grupo de familia desligada el 24% presentaba ideación suicida, así como el 18.9% que procedían de familias separadas. La diferencia es ostensiblemente de niños procedentes de familias amalgamadas o conectadas, donde el 94.7% y 100% no presentaron ideación suicida, respectivamente.



Gráfica 4. Tendencia comparativa de la percepción real e ideal de familia según ideación suicida

En la gráfica 4 podemos observar con un intervalo de confianza del 95% que en el grupo con ideación suicida la diferencia o brecha entre la percepción de una familia real con la ideal es estadísticamente diferente y mayor respecto al grupo sin ideación suicida, donde la brecha entre la percepción de familia real e ideal es mucho más corta.

7 DISCUSION

Los pensamientos suicidas, también conocidos como ideación suicida, no siempre son completamente obvios para otros, ni siquiera para los padres de un niño. Parte de la razón de esto es que los niños con pensamientos suicidas probablemente no hablarán directamente sobre ellos como lo haría un adulto. En cambio, los pensamientos suicidas en los niños pueden manifestarse a través de un interés y / o preocupación por el suicidio o la muerte. Es posible que se note signos de esta preocupación en la ropa del niño, en los programas que ve en la televisión, en los sitios web que visita en la computadora, a través de lo que escribe en revistas o incluso en las tareas, o en la forma en que se identifica con los demás. A menudo, hay pocos signos de pensamientos suicidas en los niños, especialmente en niños que son más tímidos o más retraídos. Por eso que se amerita la aplicación de instrumentos a profundidad que permita acercarnos al estado real de cada niño. Esto debe hacerse periódicamente como parte de sistema sanitario nacional dentro del programa de salud mental.

Existen diferentes métodos para detectar la ideación suicida en atención primaria. En general, sólo evaluamos las ideas suicidas de los niños preguntándoles directamente. Alternativamente, los médicos deben usar una herramienta de evaluación de autoinforme, que evalúe estados de depresión, ansiedad, autoestima, etc. y, como tal, incluyan un elemento que pregunte sobre la ideación suicida. La detección de la depresión debe discutirse por separado. Por esa razón el test de depresión trae en su interior la pregunta más importante que investiga sobre ideación suicida comportándose los demás elementos como distractores al respecto.

Además de entrevistar al niño, se debe obtener información colateral de los padres y otras personas que conocen bien al paciente o al contexto. Aunque la protección del derecho a la privacidad es importante, la confidencialidad no es absoluta. Los clínicos deben usar su juicio para determinar si el nivel de riesgo para la vida del

niño justifica el incumplimiento de la confidencialidad para obtener la información colateral necesaria para informar a los padres.

La ideación suicida se considera como un trastorno, como el inicio o primera etapa de un continuo que lleva al individuo a consumir el suicidio. La literatura disponible sobre el tema, al destacar su carácter multifactorial, pone de manifiesto la necesidad de plantear modelos explicativos que coadyuven a la prevención de este problema, que deberá de ser considerado no como causa o síntoma sino más bien como corolario de una serie de factores de riesgo que potencian el desarrollo de conductas desadaptativas en los niños y que a su vez propician la ideación suicida.

En nuestro estudio encontramos que el 87.2% de los niños no tienen ideación suicida, pero se observa que un 12.8% sí manifiestan esta característica. Encontrándose variables asociadas como la edad ($p: 0.00$), sexo ($p: 0.01$), grado instrucción ($p: 0.00$), número de hermanos ($p: 0.00$), y convivencia ($p: 0.00$). Asimismo, encontramos que, en el grupo de familia desligada, el 24% presentaba ideación suicida, así como el 18.9% que procedían de familias separadas. A diferencia de familias amalgamadas o conectadas, donde el 94.7% y 100% no presentaron ideación suicida, respectivamente. Observamos, con un intervalo de confianza del 95%, que en el grupo con ideación suicida la diferencia o brecha entre la percepción de una familia real con la ideal es estadísticamente diferente y mayor, respecto al grupo sin ideación suicida, donde la brecha entre la percepción de familia real e ideal es mucho más corta.

En el presente, se han estudiado las relaciones entre variables contextuales y personales con la ideación suicida. Este estudio nos muestra que la cohesión familiar y factores sociodemográficos pueden considerarse como variables asociadas de la ideación suicida. La cohesión familiar se relaciona positivamente con la autoestima social y, negativamente, con la sintomatología depresiva la cual tiene relación directa con la ideación suicida. Se podría decir que un buen estudio en los niños reduciría el riesgo de ser victimizados, de padecer sintomatologías depresivas y llevar a cabo conductas de riesgo de tener ideaciones suicidas.

Se encontró que la presencia de ideación suicida es más frecuente en grupo de 10 a 11 años respecto al grupo de 8 a 9 años , además se encontró que según el sexo la probabilidad de ideación suicida fue mayor en el grupo de varones con un 66.7% con respecto a un 3.3% que eran mujeres ; estos resultados son coherentes con los obtenidos por Ortiz Morales, G.I.(13) que demostró que existe ideación suicida en el quinto y sexto grado de primaria, no se encontró diferencias significativa entre el grado de ideación suicida según sexo, la mayor prevalencia de ideación suicida estuvo en los niños de 11 y 12 años de edad. Miranda de la Torre, I. et al. (14) publica que los niños mostraban ideación suicida más frecuente que niñas.

Así también en esta investigación se ha podido observar que existe una mayor ansiedad en las niñas, lo cual nos lleva a considerar que el nivel de exigencia escolar y la necesidad de pertenencia y aceptación dentro ámbito social produce esta sintomatología. De allí que se recomiende desarrollar programas preventivos y educativos teniendo como objetivo promover en los niños (as) un desarrollo emocional y social saludable. Con la mirada que un futuro serán jóvenes - adultos y se espera que de forma autónoma puedan valerse por sí mismos, logren manejar sus emociones, sean personas resilientes; en sí, seres humanos con un desarrollo íntegro el cual les permita formar una familia a posteriori y sean capaces de educar, acompañar y tomar acciones frente a la problemática de sus hijos, quienes para aquel entonces habrán formado una nueva sociedad y serán parte de una nueva generación

Covarrubias de la Torre MG et al. (8) encuentra que el 8.9% de los infantes tenían ideas y pensamientos de muerte, y que esos pensamientos surgían cuando los padres pelean, cuando le regañaban y atribuían ese deseo a la excesiva tristeza, dolor angustia y ansiedad. Siete niños pensaron quitarse la vida. En nuestro estudio se observó que en el grupo de familia desligada el 24% presentaba ideación suicida, así como el 18.9% que procedían de familias separadas. En contraste con los resultados con una diferencia ostensiblemente de niños procedentes de familias amalgamadas o conectadas, donde el 94.7 % y el 100% no presentaba ideación suicida.

Chávez-Hernández et al. (9) en sus niños que la ideación suicida era severa y que tenían un muy bajo autoconcepto. En comparación con nuestro estudio donde solo se encontró el 12.8 % igualmente Ortega López, J.P. (12) encontró un 4.44% con tendencia al riesgo de ideación suicida, mientras que el 95.56% no evidenciaba riesgos de ideación suicida. Xin Feng et al. (10) encontró que, de 5,340 niños, 340 (6.4%) indicaron que habían considerado suicidio al menos una vez en los 12 meses anteriores. Los estudiantes que estaban más ansiosos, y relaciones más pobres con sus padres también tenían más probabilidades de reportar ideas suicidas. Los estudiantes aborígenes de la escuela primaria y los del lado oeste de la ciudad corrían un mayor riesgo de tener una ideación suicida. Palencia Gualdrón, B. (11) encontró que la diferencia por colegios el colegio privado mostró los mayores porcentajes de depresión, desesperanza y ansiedad.

Xin Feng et al. (10) sugieren la necesidad de estrategias de intervención dirigidas sobre la ideación suicida entre los niños de la escuela primaria antes de que lleguen a la escuela secundaria con el cual estamos de acuerdo, además de mejorar la detección de ideación suicida a nivel de atención primaria en los centros de salud de la ciudad de Tacna.

8 CONCLUSIONES

En principio, se pudo alcanzar el objetivo planteado de determinar el perfil de ansiedad e ideación suicida y su relación con las características sociodemográficas y familiares en los niños y niñas de 8 a 11 años que residen en la jurisdicción del centro de Salud Metropolitano de Tacna en el presente año.

En función de los demás objetivos planteados, la presente investigación ha demostrado que:

- a. El 31.6% de los niños tenía 11 años, el 55.6% fueron mujeres y el 44.4% varones. El 37.4% cursaba quinto grado seguido del 35.3% el cuarto grado de primaria, el 36.4% tenía 2 hermanos seguido de un 27.3% que era hijo único. El 55.1% vive con ambos padres y el 35.3% solo con la madre. El 50.3% de los casos, la familia se encuentra amalgamada seguido de un 26.7% considerada como familia desligada. Un 19.8% tiene un tipo de cohesión familiar separada.
- b. El 45.5% de los niños tenían un nivel de ansiedad entre leve a moderada seguida de un 34.8% sin ansiedad. Se evidencia un 19.8% con un nivel de ansiedad considerado como severo.
- c. El 87.2% de los niños no presentaban ideación suicida, pero un 12.8% sí presentaban esta característica.
- d. La ideación suicida estuvo asociada a Edad ($p:0.00$), sexo($p:0.00$), grado instrucción($p:0.00$), número de hermanos($p:0.00$), y convivencia($p:0.00$). Los niveles de ansiedad no tengan una relación directa con las probabilidades de ideación suicida ($p:00$). En el grupo de familia desligada

y separadas, el 24% y 18.9% presentaba ideación suicida, respectivamente. Niños procedentes de familias amalgamadas o conectadas, el 94.7% y 100%, respectivamente, no presentaron ideación suicida. (p:0.000). La brecha entre la percepción de una familia real con la ideal es estadísticamente diferente y mayor en el grupo con ideación suicida. (IC 95%)

9 RECOMENDACIONES

Dado que los niños se enfrentan cada día a una multitud de actividades y situaciones que suponen todo un desafío para ellos, como en el rendimiento académico en el colegio, las actividades extraescolares, los problemas con sus compañeros así como aquellos suscitados en casa, puede que en ocasiones sientan que no son capaces de controlar estas situaciones, mostrándose muy preocupados y ansiosos.

De allí se propone las siguientes recomendaciones:

1. Realizar trabajos de investigación que profundice el tema de tipo de familias y su asociación a bienestar infantil.
2. A nivel del centro de Salud proponer protocolos de trabajo en los establecimientos que tamicen periódicamente el hallazgo de factores de riesgo de ansiedad, ideación suicida y depresión en niños de educación primaria, para abordar oportunamente el algún problema a presentarse.
3. Aconsejar a los padres de los niños y niñas participantes de este estudio a realizar talleres y capacitación para padres de familia, brindándoles estrategias de acompañamiento, seguimiento académico y emocional a sus hijos.
4. Integrar a los padres de familia en la educación de los hijos y realizar una interacción con el hogar para el manejo ansiedad, ya que los padres no solo son los directos responsables de sus hijos sino son el principal soporte emocional.

10 BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Suicidio. Nota de prensa. Datos y cifras [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Saad E, Belfort E, Camarena E, Chamorro R, Martínez JC. Salud mental infanto juvenil: Prioridad de la humanidad. Presentado en el marco del congreso de la asociación psiquiátrica de América latina APAL. primera. México: Eciciones centofocal APAL, experiencias y evidencias en psiquiatría; 2010.
3. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia una época de oportunidades. Fondo de la naciones unidas para la infancia. United Nations Pubns; 2011.
4. Ciencia BBC. La depresión, una crisis global [Internet]. BBC News Mundo. 2009 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/ciencia_tecnologia/2009/09/090902_depresion_oms_men
5. Micin S, Bagladi V. Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia psicológica* [Internet]. julio de 2011 [citado 10 de enero de 2019];29(1):53-64. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082011000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Fernández Calvo L. Prevención del suicidio: Minsa creará 75 centros de salud mental comunitarios más | Perú | El Comercio Perú. *El comercio* [Internet]. setiembre de 2018 [citado 10 de enero de 2019]; Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/prevencion-suicidio-minsa-creara-75-centros-salud-mental-comunitarios-noticia-556053>
7. Rendón-Quintero E, Rodríguez-Gómez R. Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. abril de 2016 [citado 10 de enero de 2019];45(2):92-100. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003474501500133X>
8. Covarrubias de la Torre MG, Soltero Avelar R, Sánchez-Loyo LM, Rivera Heredia ME, Pavón Cuellar D. Pensamientos de muerte e ideación suicida en niños y niñas mexicanos de 6 a 11 años. *Uaricha* [Internet]. abril de 2017 [citado 10 de enero de 2019];14(32):20-30. Disponible en: http://www.academia.edu/34282048/2017-pensamientos_de_muerte_e_ideacion_suicida_en_nin_os_1_.pdf
9. Chávez-Hernández AM, Correa-Romero FE, Klein-Caballero AL, Macías-García LF, Cardoso-Espindola KV, Acosta-Rojas IB. *Sintomatología*

- depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana* [Internet]. 2016 [citado 10 de enero de 2019];35(3):501-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/799/79952834007/index.html>
10. Feng CX, Waldner C, Cushon J, Davy K, Neudorf C. Suicidal ideation in a community-based sample of elementary school children: A multilevel and spatial analysis. *Can J Public Health*. 27 de junio de 2016;107(1):e100-105.
 11. Palencia Gualdrón B. Diseño de un modelo de intervención del suicidio en niños y adolescentes [Internet] [masterThesis]. Universidad del Rosario; 2014 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/5027>
 12. Ortega Lopez JP. Ideas suicidas en niños víctimas de bullying (Estudio realizado en niños del segundo ciclo de la Escuela Oficial Urbana Mixta María Cristina Cabrera González del municipio de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango)" Univers. rafael Landívar Fac de Humanidades lic. en psicología clínica [Internet] [Tesis]. [México]; 2014 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/12646660-Universidad-rafael-landivar-facultad-de-humanidades-licenciatura-en-psicologia-clinica.html>
 13. Ortiz Morales GI. Incidencia de ideación suicida en estudiantes de quinto y sexto primaria secciones Ay B de la escuela Victor Manuel Asturias Castañeda. Univers. Rafael Landívar Fac de Humanidades Sacatepéquez. [Internet] [Tesis]. [La Antigua Guatemala]; 2013 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/43/Ortiz-Gabriela.pdf>
 14. Miranda de la Torre I, Cubillas Rodríguez MJ, Román Pérez R, Abril Valdez E. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental* [Internet]. diciembre de 2009 [citado 10 de enero de 2019];32(6):México. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600007
 15. Panzera Torres DE. Factores de riesgo en el intento de suicidio de los pacientes mayores de 12 años atendidos de emergencia del hospital nacional Victor Larco herrera, priodo enero a diciembre del 2014. [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú.]: Universida Privada San Juan Bautista; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1381/T-TPMC-Dante%20Eduardo%20Panzera%20Torres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 16. American Psychological association. Anxiety. thopics de psychology. [Internet]. <https://www.apa.org>. 2018 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx>

17. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento [Internet]. 1.^a ed. Honduras: BVS Honduras; 2010. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
18. Michaud C. ¿Qué son los trastornos de ansiedad? [Internet]. Sc - Tu Revista de Salud, Bienestar y Nutrición. 2018 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.saludconsultas.org/que-son-los-trastornos-de-ansiedad/126632>
19. Lyness D. Trastornos de ansiedad (para Adolescentes) [Internet]. Teens Health from Nemours. 2013 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/anxiety-esp.html>
20. Chung F. Anxiety Disorders in Children: Symptoms and Signs. What Anxiety Disorders Look Like in Children. [Internet]. ADDitude Inside the ADHDmind. 2019 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.additudemag.com/anxiety-disorders-in-children-symptoms/>
21. American Psychiatric Association. actualización del DSM-5 Suplemento del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales [Internet]. quinta edición. 2016. Disponible en: https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
22. Lim L, Chan HN, Chew PH, Chua SM, Ho C, Kwek SKD, et al. Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Anxiety Disorders. Singapore Med J [Internet]. junio de 2015 [citado 10 de enero de 2019];56. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4469848/?tool=pubmed>
23. Instituto Nacional de Salud Mental EEUU. Trastornos de Ansiedad. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud Publicación de NIH Núm. SP 09-3879 Reimpreso en el 2009 [Internet]. Estados Unidos; 2009. Disponible en: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad_esp.pdf
24. Felman A, Browne D. Anxiety: Overview, symptoms, causes, and treatments. What to know about anxiety [Internet]. Medical News Today. 2018 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323454.php>
25. Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280. En: AEPap pediatría. Madrid; 2005. p. 16.
26. Caballo V, Simón MA. Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. (Trastornos generales – Trastornos específicos). Dirección y coordinación. Dos volúmenes. Editorial Pirámide 2001, 2002. [Internet]. Disponible en:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Manual%20de%20Psicologia%20Clinica%20Infantil%20y%20del%20adolescente%20-%20S.A..pdf>

27. Amaro Parrado F. Ansiedad (aspectos conceptuales) y Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes. Master en Paidopsiquiatría. Módulo II(bienio 07-08):46.
28. NHS. Anxiety in children. Moodzone. [Internet]. nhs.uk. 2017 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/anxiety-in-children/>
29. ADAA. Childhood Anxiety Disorders | Anxiety and Depression Association of America, ADAA [Internet]. 2018 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://adaa.org/living-with-anxiety/children/childhood-anxiety-disorders>
30. Miller C. How Anxiety Leads to Disruptive Behavior [Internet]. Child Mind Institute. 2018 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://childmind.org/article/how-anxiety-leads-to-disruptive-behavior/>
31. Cid S. Ansiedad Generalizada. Tratamiento cognitivo-conductual [Internet]. Santiago Cid. Centro de psicología. 2018 [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.psicologoemadrid.co/ansiedad-generalizada/>
32. Diéguez Porres M. Terapia interpersonal. VII curso de actualización en psiquiatría sobre psicoterapias fundacion Castilla del Pino. junio de 2014;187.
33. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. American Psychologist [Internet]. 2010 [citado 10 de enero de 2019];65(2):98-109. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0018378>
34. Agencia Laín Entralgo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Espanya, Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (Espanya). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con transtornos de ansiedad en atención primaria: versión resumida. Madrid: Agencia Laín Entralgo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2008.
35. Flores M. separata trastorno depresivo [Internet]. Scribd. [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/332190901/separata-trastorno-depresivo>
36. Terrassa S, Cugat del Vallés S. Depresión. Distimia. tratamiento | Gadex | [Internet]. Psicólogos | Gadex | Sabadell, Terrassa, Sant Cugat del Vallés. [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://gadex.es/tratamientos-psicologicos/psicologia-clinica/depresion/>
37. Romero MA, Gonnet JP. Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. Revista mexicana de sociología [Internet]. diciembre de 2013 [citado

10 de enero de 2019];75(4). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032013000400003

38. Ministerio de Salud de Chile. Perfil epidemiológico básico de la población mapuche-williche residente en el área de cobertura de los Servicios de Salud Chiloé y del Reloncaví. (Análisis de situación de Salud de los pueblos indígenas de Chile N°10).
39. Guajardo Soto G. Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido. Santiago de Chile FLACSO-Chile [Internet]. 2017;288. Disponible en: <https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/69695/1/LFLACSO-Guajardo-ED-145481-PUBCOM.pdf>
40. Bedoya Cardona EY, Montaña Villalba LE. Suicidio y Trastorno Mental. CES Psicología [en línea] 2016, 9 [Fecha de consulta: 10 de enero de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423548400012>> ISSN [Internet]. [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/4235/423548400012/>
41. 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.
42. 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
43. Korczak DJ. Suicidal ideation and behaviour | Canadian Paediatric Society. Canadian Paediatric Society Paediatr Child Health [Internet]. 2015 [citado 11 de enero de 2019];20(5):257-60. Disponible en: <https://www.cps.ca/en/documents/position/suicidal-ideation-and-behaviour>
44. NIHM. Suicide Prevention. National Institute Of Mental Health [Internet]. 2017 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml>
45. UC Santa Cruz. Depression and Suicide [Internet]. Counseling y Psychological Services. 2018 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://caps.ucsc.edu/resources/depression.html>

46. Macías Placeres LE. Suicidio en adolescentes - Monografias.com [Internet]. 2011 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos10/suiad/suiad.shtml>
47. Saxena S, Krug EG, Chestnov O, World Health Organization, editores. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 89 p.
48. ADAM. Suicidio y comportamiento suicida: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. 2019 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm>
49. Cañón Buitrago CS. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Archivos de Medicina (Col) [Internet]. 2011 [citado 11 de enero de 2019];11(1):enero-junio. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=273819434005>
50. Foundation for Medical Education and Research. Suicidio y pensamientos suicidas - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. All rights reserved. [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/suicide/symptoms-causes/syc-20378048>
51. Pérez Barrero SA. La idea suicida. Semiología y Semiotección [Internet]. Disponible en: http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/la-idea-suicida.pdf
52. Rivas Medina A de los Á. Vivir para morir: suicidio adolescente (página 2) - Monografias.com [Internet]. 2008 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos70/vivir-morir-suicidio-adolescente/vivir-morir-suicidio-adolescente2.shtml>
53. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención [Internet]. [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013
54. CODHEY. Informe especial sobre el Suicidio en Jóvenes del Estado de Yucatán. Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán [Internet]. studylib.es. 2010 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/7100641/informe-especial-sobre-el-suicidio-en-jóvenes-del-estado->
55. Madeiros A. Suicidio en Adolescentes [Internet]. Scribd. [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/139147132/Suicidio-en-Adolescentes>

56. Aguirre J. ¿Qué es el suicidio?. Codigodelicias.com Periodismo Libre 2019 [Internet]. [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://codigodelicias.com/movil/ver.noticia.php?id=35339#.XDgQjlxKiM9>
57. Gómez Ch A. Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. septiembre de 2012 [citado 11 de enero de 2019];23(5):607-15. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864012703553>
58. Gómez Ch A. Suicidio: prevención y causas del suicidio [Internet]. Curiosidades políticamente incorrectas. 2016 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.politicamenteincorrecto.com/adolescencia/suicidio-prevencion-y-causas-del-suicidio/>
59. Pérez Barrero SA. ¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes. :67.
60. Ministerio de Salud Argentina. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Direccion nacional de salud Mental. junio de 2012;50.
61. Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Revista de Neuro-Psiquiatria [Internet]. 8 de marzo de 2013 [citado 11 de enero de 2019];75(1):19. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1539>
62. Instituto Aragonés de Guías Salud. Apartado 9. El suicidio en la infancia y en la adolescencia. guías de prácticas de salud clínica biblioteca. En: Herramientas y recursos.
63. Bazán-López JL, Olórtégui-Malaver VM, Vargas-Murga HB, Huayanay-Falconí L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Revista de Neuro-Psiquiatria [Internet]. 4 de abril de 2016 [citado 11 de enero de 2019];79(1):3. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/2763>
64. Larraguibel Q. M, González M. P, Martínez N. V, Valenzuela G. R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Revista chilena de pediatría [Internet]. mayo de 2000 [citado 11 de enero de 2019];71(3):183-91. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062000000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
65. 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 11 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

66. Zubeidat I. Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes: tesis doctoral. [Granada]: Editorial Universidad de Granada; 2005.
67. Parc de Salut Mar. ¿Cuáles son los trastornos de ansiedad más frecuentes? - Parc de Salut Mar [Internet]. Parc de Salut Mar. [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.parcdesalutmar.cat/es/ansietat/pacients/tipologia/>
68. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica* [Internet]. julio de 2015 [citado 11 de enero de 2019];33(2):117-26. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082015000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
69. O'Neil Rodriguez KA, Kendall PC. Suicidal Ideation in Anxiety-Disordered Youth: Identifying Predictors of Risk. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2014 [citado 11 de enero de 2019];43(1):51-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3895934/>
70. Moraga Armijo C. Ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, de colegios de la comuna de Viña del Mar: factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados. 2015 [citado 15 de enero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/144415>
71. INEI-Perú. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www1.inei.gov.pe/>
72. Poch FV, Ballabriga MCJ. Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. :5.
73. Souza LD de M, Ores L, Oliveira GT de, Cruzeiro ALS, Silva RA, Pinheiro RT, et al. Suicidal ideation in adolescence: prevalence and associated factors. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [Internet]. 2010 [citado 15 de enero de 2019];59(4):286-92. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0047-20852010000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

ANEXOS

ANEXOS N°1

N°: _____

Edad: _____

Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

Grado de instrucción:

- a. 3 grado
- b. 4to grado
- c. 5to grado
- d. 6to grado

Numero de hermanos: _____

Convivencia:

- a. Ambos padres
- b. Hermanos
- c. Solo con madre
- d. Solo con padre
- e. Con otro familiar: _____

ANEXO N°2

Instrumento 01

Test de ansiedad infantil de SPENCE

Marca con una X, la frecuencia con la que te ocurre las siguientes situaciones. Ni hay respuestas buenas ni malas.

1. Hay cosas que me preocupan.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
2. Me da miedo la oscuridad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
3. Cuando tengo un problema noto una sensación extraña en el estómago.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
4. Tengo miedo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
5. Tendría miedo si me quedara solo en casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
6. Me da miedo hacer un examen.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
7. Me da miedo usar aseos públicos.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
9. Tengo miedo de hacer el ridículo delante de la gente..	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
10. Me preocupa hacer mal el trabajo de la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi edad.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
12. Me preocupa que algo malo le suceda a alguien de mi familia.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
13. De repente siento que no puedo respirar sin motivo..	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
14. Necesito comprobar varias veces que he hecho bien las cosas (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
15. Me da miedo dormir solo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
16. Estoy nervioso o tengo miedo por las mañanas antes de ir al colegio.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
17. Soy bueno en los deportes.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
18. Me dan miedo los perros.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
20. Cuando tengo un problema mi corazón late muy fuerte.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
21. De repente empiezo a temblar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
23. Me da miedo ir al médico o al dentista.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

24. Cuando tengo un problema me siento nervioso.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
25. Me dan miedo los lugares altos o los ascensores.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
26. Soy una buena persona.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo en un número o en una palabra) para evitar que pase algo malo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
28. Me da miedo viajar en coche, autobús o tren.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, parques).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
31. Me siento feliz.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
32. De repente tengo mucho miedo sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
33. Me dan miedo los insectos o las arañas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
34. De repente me siento mareado o creo que me voy a desmayar sin motivo.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
35. Me da miedo tener que hablar delante de mis compañeros de clase.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
36. De repente mi corazón late muy rápido sin motivo...	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
37. Me preocupa tener miedo de repente sin que haya nada que temer.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
38. Me gusta como soy.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
39. Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados (como túneles o habitaciones pequeñas).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
40. Tengo que hacer algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en un orden determinado).....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
42. Tengo que hacer algunas cosas de una forma determinada para evitar que pasen cosas malas.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
43. Me siento orgulloso de mi trabajo en la escuela.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Escribe qué es.....				
¿Con qué frecuencia te pasa?.....	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Muchas veces	<input type="checkbox"/> Siempre

ANEXO N°3

Instrumento 02

Ideación suicida de Kovacs (INVENTARIO DE DEPRESION INFANTIL DE KOVACS (CDI))

Se considerará sólo la pregunta 9 del test de Kovacs para depresión validado la metodología según Moraga

CDI

ALGUNAS VECES LOS NIÑOS TIENEN DIFERENTES SENTIMIENTOS E IDEAS. ESTE CUESTIONARIO CONSISTE EN UNA LISTA DE SENTIMIENTOS E IDEAS.

DE CADA GRUPO ELIGE UNA FRASE QUE TE DESCRIBA MEJOR EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. DESPUES DE ELEGIR UNA FRASE DEL PRIMER GRUPO, PASA AL SIGUIENTE GRUPO.

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS O MALAS. SIMPLEMENTE ELIGE LA FRASE QUE DESCRIBA MEJOR COMO TE HAS SENTIDO LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. PON UNA CRUZ (+) EN EL CASILLERO FRENTE A TU RESPUESTA.

AQUÍ HAY UN EJEMPLO PARA QUE APRENDAS COMO SE CONTESTA:
PON UNA CRUZ EN EL CASILLERO FRENTE A LA FRASE QUE MEJOR TE DESCRIBE.

- LEO LIBROS TODO EL TIEMPO
- LEO LIBROS DE VEZ EN CUANDO
- NUNCA LEO LIBROS

RECUERDA, ELIGE LA FRASE QUE MEJOR DESCRIBA TUS SENTIMIENTOS E IDEAS DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

1. _____ ESTOY TRISTE DE VEZ EN CUANDO
_____ ESTOY TRISTE MUCHAS VECES
_____ ESTOY TRISTE SIEMPRE

2. _____ NUNCA ME SALDRA NADA BIEN
_____ NO ESTOY SEGURO SI LAS COSAS ME SALDRAN BIEN
_____ CREO QUE LAS COSAS ME SALDRAN BIEN

3. _____ HAGO BIEN LA MAYORIA DE LAS COSAS
_____ HAGO MAL MUCHAS COSAS
_____ TODO LO HAGO MAL

4. _____ ME DIVIERTEN MUCHAS COSAS
_____ ME DIVIERTEN ALGUNAS COSAS
_____ NADA ME DIVIERTE

5. _____ SOY MALO SIEMPRE
_____ SOY MALO MUCHAS VECES
_____ SOY MALO ALGUNAS VECES

6. _____ A VECES PIENSO QUE ME PUEDEN PASAR COSAS MALAS
_____ ME PREOCUPA QUE ME PASEN COSAS MALAS
_____ ESTOY SEGURO QUE ME VAN A PASAR COSAS TERRIBLES
7. _____ ME ODIO
_____ NO ME GUSTA COMO SOY
_____ ME GUSTA COMO SOY
8. _____ TODAS LAS COSAS MALAS SON CULPA MIA
_____ MUCHAS COSAS MALAS SON CULPA MIA
_____ NO TENGO LA CULPA QUE PASEN COSAS MALAS
9. _____ NO PIENSO EN MATARME
_____ PIENSO EN MATARME PERO NO LO HARIA
_____ QUIERO MATARME
10. _____ TENGO GANAS DE LLORAR TODOS LOS DIAS
_____ TENGO GANAS DE LLORAR MUCHOS DIAS
_____ TENGO GANAS DE LLORAR DE VEZ EN CUANDO
11. _____ SIEMPRE ESTOY PREOCUPADO
_____ MUCHAS VECES ESTOY PREOCUPADO
_____ RARA VEZ ESTOY PREOCUPADO
12. _____ ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE
_____ MUCHAS VECES NO ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE
_____ NO QUIERO EN ABSOLUTO ESTAR CON LA GENTE
13. _____ NO PUEDO DECIDIRME
_____ ME CUESTA DECIDIRME
_____ ME DECIDO FACILMENTE
14. _____ ME AGRADA MI APARIENCIA FISICA
_____ HAY COSAS DE MI APARIENCIA FISICA QUE NO ME GUSTAN
_____ ME DESAGRADA MI APARIENCIA FISICA

15. _____ SIEMPRE ME CUESTA PONERME A HACER LAS TAREAS
_____ MUCHAS VECES ME CUESTA PONERME A HACER LAS TAREAS
_____ NO ME CUESTA PONERME A HACER LAS TAREAS
16. _____ TODAS LAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME
_____ MUCHAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME
_____ DUERMO MUY BIEN
17. _____ DE VEZ EN CUANDO ME SIENTO CANSADO
_____ MUCHAS VECES ME SIENTO CANSADO
_____ TODO EL TIEMPO ME SIENTO CANSADO
18. _____ NO ME SIENTO SOLO
_____ MUCHAS VECES ME SIENTO SOLO
_____ SIEMPRE ME SIENTO SOLO
19. _____ NUNCA ME DIVIERTO EN EL COLEGIO
_____ ME DIVIERTO EN EL COLEGIO SOLO DE VEZ EN CUANDO
_____ ME DIVIERTO EN EL COLEGIO MUCHAS VECES
20. _____ TENGO MUCHOS AMIGOS
_____ TENGO ALGUNOS AMIGOS PERO ME GUSTARIA TENER MAS
_____ NO TENGO AMIGOS
21. _____ ME VA BIEN EN EL COLEGIO
_____ NO ME VA TAN BIEN EN EL COLEGIO COMO ANTES
_____ ME VA MUY MAL EN RAMOS QUE ANTES ME IBA BIEN
22. _____ NUNCA HAGO LAS COSAS TAN BIEN COMO OTROS NIÑOS
_____ SI QUIERO PUEDO HACER LAS COSAS TAN BIEN COMO OTROS
_____ HAGO LAS COSAS TAN BIEN COMO OTROS NIÑOS
23. _____ NADIE ME QUIERE
_____ NO SE SI ALGUIEN ME QUIERE
_____ ESTOY SEGURO QUE ALGUIEN ME QUIERE

24. _____ ME LLEVO BIEN CON LA GENTE
_____ ME PELEO MUCHAS VECES
_____ ME PELEO SIEMPRE
25. _____ CASI TODAS LAS NOCHES TENGO PESADILLAS
_____ A VECES TENGO PESADILLAS
_____ CASI NUNCA TENGO PESADILLAS
26. _____ NO ME GUSTA JUGAR
_____ A VECES ME GUSTA JUGAR
_____ ME GUSTA JUGAR SIEMPRE
27. _____ GENERALMENTE ME SIENTO FELIZ
_____ SOLO ALGUNAS VECES ME SIENTO FELIZ
_____ NUNCA ME SIENTO FELIZ

ANEXO N°4

Instrumento 3

LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III) DE OLSON, PORTNER, Y LAVEE

FACES III

A continuación Ud. Encontrará una serie de 40 afirmación relacionadas con la familia.

De la afirmación 1 a la 20, Ud. Debe contestar de acuerdo a como son las cosas actualmente en su familia; de la 21 a la 40, Ud. Debe contestar de acuerdo a cómo le gustaría que fueran las cosas en su familia.

Lea cuidadosamente cada afirmación.

Esta escala no es una prueba ni n test, por lo cual no hay respuestas buenas ni malas.

No deje de contestar ninguna afirmación. Si desea cambiar alguna respuesta borre por completo la que quiere cambiar.

1 Casi nunca	2 De vez en cuando	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	
<p>Describa cómo es su familia. marque con una cruz el número correspondiente a su respuesta:</p>					
1- Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
2- En la solución de problemas se consideran las sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
3- Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
4- Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5
5- Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia.	1	2	3	4	5
6- Diferentes miembros de la familia actúan en ella como líderes.	1	2	3	4	5
7- Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que de persona externas a la familia.	1	2	3	4	5

8- Nuestra familia cambia la forma de realizar sus quehaceres.	1	2	3	4	5
9- A los miembros de la familia les gusta pasar tiempo libre juntos.	1	2	3	4	5
10-Padre (s) e hijos (a) discuten juntos los castigos.	1	2	3	4	5
11-Los miembros de la familia se sienten cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
12-Los hijos toman las decisiones en familia.	1	2	3	4	5
13-Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	1	2	3	4	5
14-Las reglas cambian en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15-Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	1	2	3	4	5
16-Nosotros nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17-Los miembros de la familia se consultan entre si las decisiones.	1	2	3	4	5
18-Es difícil identificar quién es (o son) líder (es) en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19-La unión familiar es muy importante.	1	2	3	4	5
20-Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5
1 Casi nunca	2 De vez en cuando	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	
Idealmente, ¿Cómo les gustaría que fuese su familia?					
1- Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
2- En la solución de problemas se consideran las sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
3- Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
4- Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5

5- Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia.	1	2	3	4	5
6- Diferentes miembros de la familia actúan en ella como líderes.	1	2	3	4	5
7- Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que de persona externas a la familia.	1	2	3	4	5
8- Nuestra familia cambia la forma de realizar sus quehaceres.	1	2	3	4	5
9- A los miembros de la familia les gusta pasar tiempo libre juntos.	1	2	3	4	5
10- Padre (s) e hijos (a) discuten juntos los castigos.	1	2	3	4	5
11- Los miembros de la familia se sienten cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
12- Los hijos toman las decisiones en familia.	1	2	3	4	5
13- Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	1	2	3	4	5
14- Las reglas cambian en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15- Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	1	2	3	4	5
16- Nosotros nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17- Los miembros de la familia se consultan entre si las decisiones.	1	2	3	4	5
18- Es difícil identificar quién es (o son) líder (es) en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19- La unión familiar es muy importante.	1	2	3	4	5
20- Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5

ANEXO N°5

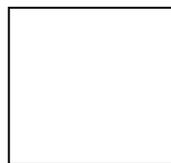
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... he sido informado por el Dr.
....., acerca del estudio que viene realizando sobre “IDEACIÓN SUICIDA Y ANSIEDAD: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y FAMILIARES ASOCIADOS EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 12 AÑOS DEL CERCADO DE TACNA. 2019”.

Me ha informado que no existe ningún riesgo físico al momento de la evaluación y que no habrá ningún tipo de consecuencia al momento de la entrevista a mi menor hijo.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma conciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se le entreviste.



.....

Firma del paciente o responsable legal

DNI