

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



ESCUELA DE POSGRADO



**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLINICA CON MENCIÓN EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SUICIDALIDAD EN ADOLESCENTES DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CRISTO REY**

Presentado por:

María Victoria Gutiérrez Arce

Janine Evelyn Mora Balta

Asesor:

Dr. Alex Miguel Hernández Torres

Cajamarca – Perú

Noviembre – 2017

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



ESCUELA DE POSGRADO



**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLINICA CON MENCIÓN EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SUICIDALIDAD EN ADOLESCENTES DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CRISTO REY**

Presentado por:

María Victoria Gutiérrez Arce

Janine Evelyn Mora Balta

Asesor:

Alex Miguel Hernández Torres

Cajamarca – Perú

Noviembre – 2017

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



ESCUELA DE POSGRADO



**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SUICIDALIDAD EN ADOLESCENTES DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CRISTO REY**

**Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para el
Grado Académico de Maestro en Psicología Clínica con mención en
Psicología de la Salud**

Presentado por:

María Victoria Gutiérrez Arce

Janine Evelyn Mora Balta

Asesor:

Alex Miguel Hernández Torres

Cajamarca – Perú

Noviembre – 2017

COPYRIGHT© 2018 by

MARÍA VICTORIA GUTIÉRREZ ARCE

JANINE EVELYN MORA BALTA

Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

ESCUELA DE POSGRADO

APROBACIÓN DE MAESTRÍA

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y SUICIDALIDAD EN ADOLESCENTES DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CRISTO REY**

Presidente: Dra. Cruz Akemy Chang Pardo Figueroa

Secretario: Dra. Veliz Graciela Vera Calmet

Vocal: Mg. Rubén Toro Reque

Asesor: Dr. Alex Miguel Hernández Torres

DEDICATORIA

Dedicado a todos los adolescentes que en estos momentos pasan por miles de situaciones complicadas en su entorno familiar, adolescentes que en algún momento han atentado contra su vida, también a todos los padres ya que esta tesis les puede brindar información importante sobre los que sus hijos están experimentando y sobre todo las consecuencias que trae vivir en un entorno familiar dificultoso.

También, está dedicada todos los profesionales del área educativa y de salud, para tratar de minimizar las problemáticas que hasta el momento siguen existiendo en nuestra comunidad cajamarquina.

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre y mi Madre Santísima, por su amor y protección constante, en este proceso de lucha; donde la fe se ha fortalecido con mayor conciencia.

A mis padres; Gloria, por ser un modelo de fortaleza y lucha constante; ejemplo a seguir y orgullo para mí. Walter, por su compañía, consejos y preocupación para terminar con lo trazado en mi vida Ambos constantes en sus oraciones para no perder la esencia de mi Ser.

A ti Raphael, mi buen compañero; por tu apoyo integral en el cumplimiento de este objetivo; estando siempre pendiente ante mis necesidades, aun cuando no te las decía, mi constante motivador para mi lucha del día a día.

A mi hijo Nicolás Baruc, por ser la luz que me encamina día a día, mi pequeño regalito de Dios, que en tu corta edad me enseñas a poder enfrentar situaciones de la vida, de forma natural y con inocente inteligencia.

A mis hermanos Walter, Ángel, Humberto, Felipe y Carlitos; que aun siendo cortas estas líneas para agradecer todo su amor y tolerancia conmigo; pendientes siempre a poder apoyarme y cuidarme.

María Victoria.

A ti Luis, esposo mío, por creer en mí y por darme tu apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida, sobre todo en esta etapa importante de crecimiento profesional, motivándome constantemente a seguir y cumplir mis metas trazadas.

A Luis Adrián, José Eduardo y Vannia Belén, mis hijos, mis personas favoritas, mi motor y motivo, mis futuros profesionales, junto con mi esposo solo queremos darles el ejemplo de que con perseverancia y con la ayuda de Dios, todo lo que nos proponemos se puede cumplir.

A mis padres y amistades por animarme a seguir adelante con este reto, aconsejándome y motivándome siempre.

Janine Evelyn.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
TABLA DE CONTENIDOS	v
LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE FIGURAS	viii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	01
1. Planteamiento del Problema	03
1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	03
1.2. Pregunta de Investigación.....	06
1.3. Objetivos.....	06
1.4. Justificación e Importancia.....	06
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	08
2. Fundamentos Teóricos de la Investigación	09
2.1. Antecedentes.....	09
2.2. Bases Teóricas	13
2.3. Términos Básicos.....	34
2.4. Hipótesis	34
2.5. Operalización de Variables.....	35
CAPÍTULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	37
3.1. Tipo de Investigación	38
3.2. Nivel de Investigación.....	38
3.3. Diseño de Investigación	38

3.4. Área de Investigación.....	39
3.5. Grupo de Estudio	39
3.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	40
3.7. Técnicas para el Procesamiento y Análisis de Datos	41
3.8. Interpretación de Datos	42
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
4.1. Tablas y Figuras	44
4.2. Discusión de Resultados.....	53
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
5.1. Conclusiones.....	56
5.2. Recomendaciones.....	56
REFERENCIAS	57
ANEXOS.....	61
ANEXO A.....	61
ANEXO B	63

LISTA DE TABLAS

Tabla 01.	Niveles de funcionalidad en familias de adolescentes del centro educativo Cristo Rey.....	44
Tabla 02.	Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – No valoración de la vida	45
Tabla 03.	Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – Deseos de estar muertos.....	46
Tabla 04.	Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – Deseos de suicidarse	48
Tabla 05.	Intentos de suicidio en adolescentes del centro educativo Cristo Rey.....	50
Tabla 06.	Suicidabilidad en adolescentes del centro educativo Cristo Rey ...	51
Tabla 07.	Relación entre la disfunción familiar y la suicibilidad en adolescentes en el Centro Educativo Cristo Rey en el año 2017 ...	52
Tabla 08.	Prueba de hipótesis	52

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 01. Niveles de funcionalidad en familias de adolescentes del centro educativo Cristo Rey	44
Gráfico 02. Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – No valoración de la vida	45
Gráfico 03. Ideación suicida en adolescentes mujeres del centro educativo Cristo Rey – No valoración de la vida.....	45
Gráfico 04. Ideación suicida en adolescentes hombres del centro educativo Cristo Rey – No valoración de la vida.....	46
Gráfico 05. Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – Deseos de estar muertos.....	47
Gráfico 06. Ideación suicida en adolescentes mujeres del centro educativo Cristo Rey – Deseos de estar muertos	47
Gráfico 07. Ideación suicida en adolescentes hombres del centro educativo Cristo Rey – Deseos de estar muertos	47
Gráfico 08. Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – Deseos de suicidarse.....	48
Gráfico 09. Ideación suicida en adolescentes mujeres del centro educativo Cristo Rey – Deseos de suicidarse	49
Gráfico 10. Ideación suicida en adolescentes hombres del centro educativo Cristo Rey – Deseos de suicidarse	49
Gráfico 11. Intentos de suicidio en adolescentes del centro educativo Cristo Rey.....	50
Gráfico 12. Intentos de suicidio en adolescentes mujeres del centro educativo Cristo Rey	50

Gráfico 13. Intentos de suicidio en adolescentes hombres del centro educativo Cristo Rey	51
---	----

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo estudiar la relación que existe entre la disfunción familiar y la suicidalidad en los adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey de la ciudad de Cajamarca.

La presente investigación es de tipo básica, con diseño de investigación no experimental – transversal; recolectando datos en un solo momento, con un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Con nivel descriptivo – correlacional, describiendo las variables y la relación entre sí. Se aplicó el Apgar familiar de Smilkstein para medir Disfunción Familiar y la Escala de suicidalidad de Osaka para medir suicidalidad, con una muestra de 80 estudiantes del nivel secundario.

Los resultados demuestran que existe una relación directamente proporcional y muy significativa entre la disfunción familiar y la suicidalidad en adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey de la ciudad de Cajamarca. Asimismo, el nivel de funcionalidad familiar de los adolescentes del centro educativo Cristo Rey es la disfuncionalidad familiar moderada; y el nivel de suicidalidad que predomina en los adolescentes del centro educativo Cristo Rey es moderado, siendo el nivel de suicidalidad de las mujeres mayor que el de los hombres.

Palabras Claves: Disfunción Familiar, suicidalidad, adolescencia.

ABSTRACT

This study aimed to study the relationship between family dysfunction and suicidality in adolescents of the Cristo Rey Educational Institution in the city of Cajamarca.

The present research is of basic type, with research design non - experimental - transversal; collecting data in a single moment, with a unique time. Its purpose is to describe variables, and analyze their incidence and interrelation at a given time. With descriptive - correlational level, describing the variables and the relationship between them. Smilkstein Family Apgar was used to measure Family Dysfunction and the Osaka Suicidality Scale to measure suicidality, with a sample of 80 students at the secondary level.

The results show that there is a directly proportional and very significant relationship between family dysfunction and suicidal behavior in adolescents of the Cristo Rey Educational Institution in the city of Cajamarca.

Likewise, the level of family functionality of adolescents at the Cristo Rey school is moderate family dysfunctionality; and the predominant level of suicidal behavior among adolescents in the Cristo Rey school is moderate, with the level of suicidal status of women being greater than that of men.

Key words: Family dysfunction, suicidal behavior, adolescents.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Introducción

La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación (González, 2013)

En este sentido la familia es un pilar importante en las decisiones que pueda asumir el hijo, es mucho más vital en la etapa adolescente en donde se producen quiebres en cuanto a su identidad y el desarrollo en el contexto social-académico, es aquí donde surgen problemas como los actos o intentos suicidad en donde el joven ve resuelto sus conflictos con el término de su existir (Huapaya, 2011)

Ante ello, la presente investigación busca determinar la relación que existe entre la Disfunción Familiar y Suicidalidad en Adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey. Por tanto, de acuerdo a las líneas de investigación y naturaleza, el presente estudio está conformado por cinco capítulos:

El primer capítulo se denomina introducción y dentro de él se aborda la realidad problemática, el problema y los objetivos (general y específicos), y se expone las justificaciones pertinentes y la importancia de la investigación.

En cuanto al segundo capítulo, denominado marco teórico, éste contiene el fundamento teórico de la investigación relacionada a las variables de estudio que abarca los antecedentes investigativos, las bases teóricas, la formulación de hipótesis y la operacionalización de las variables.

En el tercer capítulo denominado método de investigación, se incluyó la metodología a emplear (tipo de estudio y diseño de investigación), las especificaciones de la población y muestra, la descripción de las técnicas e instrumentos de recolección empleados, y el método de análisis de datos.

Por otro lado, en el capítulo cuatro, denominado resultados y discusión, se exponen los hallazgos de la investigación a través de tablas y gráficos que incluyen información en forma cuantitativa, la que luego es descrita en forma cualitativa; así mismo se realiza la discusión de resultados, contrastando las evidencias con los antecedentes y las bases teóricas compiladas para esta investigación.

El capítulo quinto, contiene las conclusiones de la investigación y las recomendaciones para los actores implicados en el estudio.

Finalmente, se encuentran las referencias bibliográficas, así como los anexos en los que se presenta el instrumento de recolección de datos.

1. Planteamiento del Problema

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

Cada año un millón de personas se quita la vida en el mundo, asimismo una de cada 20 que intentan suicidarse por día lo consiguen. En Norteamérica el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años. Se estima que para el año 2020, el número de defunciones por esta causa crecerá un 50% para alcanzar los 1,5 millones de muertes anuales. En un tercio de los países del mundo las tasas de suicidio han ido en aumento, y en la actualidad el grupo de mayor riesgo es el de jóvenes (Haw, 2013).

En España el suicidio va en aumento y es más frecuente en el sexo masculino que va en proporción de 3 a 1; la idea es más común en las mujeres y los varones utilizan los métodos más violentos, el riesgo de suicidio aumenta entre personas de 15 a 25 años. El suicidio además de marcar un drama de la existencia humana, es un problema de salud que ocupa las diez primeras causas de muerte a nivel mundial, pues que cada día en el mundo se suicidan 1000 personas en promedio (González, 2016).

La mayoría de los suicidios pueden prevenirse, y aconseja: reducir el acceso a los medios para suicidarse (pesticidas, medicamentos, armas de fuego); tratar a las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia; realizar un seguimiento de los pacientes que intentaron quitarse la vida; fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación y formar a los profesionales de la atención primaria de salud (Picazo, 2014).

También es significativo considerar los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en un adolescente, que es un indicador en la que mide la mortalidad prematura, los años que un individuo pudiera vivir hasta alcanzar la esperanza de vida estimada para esa población. Ese tipo de evaluación toma en cuenta la edad al morir y la potencial productividad futura generando así pérdidas o ganancias a la sociedad dependiendo de la etapa de la vida que ocurrió la muerte (Picazo, 2014).

Un estudio en América Latina, sobre ideación suicida en adolescentes, se obtuvo que el 17% de la población en estudio pensó en algún momento en quitarse la vida y el 10% afirmaron positivamente que los síntomas estudiados como la ideación suicida, desesperanza y conflictos interpersonales y con la pareja, eran los detonantes para dicho resultado. En Colombia según un informe de medicina legal; en el 2012, de un total de 1.841 autopsias directas e indirectas practicadas a sujetos con manera de muerte

enfocada al suicidio, 1.503 (81,64%) correspondieron a hombres y 338 (18,35%) a mujeres, esto muestra que la relación suicidio es más alta en los hombres que en las mujeres (Chaparro, 2015).

En la Institución Educativa Cristo Rey, nivel secundario; se ha podido resaltar que uno de las problemáticas existentes son las familias disfuncionales; que no permiten un refuerzo básico integral en el adolescente conllevándolo a tener problemas de adaptación a nuevas normas que los lleva a tener conflictos interpersonales, e incluso problemas intrapersonales que les genera ideas y pensamientos negativos referente a su autoimagen; llevándolos a optar por ideas o acciones no adecuadas.

En este entorno familiar pueden desencadenar situaciones psicológicas asociadas a conductas antisociales que en ocasiones conducen al adolescente a cometer infracciones, asimismo pueden nacer situaciones basadas de desánimo y depresión que quizás desencadenadas por la disfuncionalidad familiar pueden pasar desapercibidas tanto en el entorno familiar como educativo en el sentido que estos comportamientos interpersonales deben ser detectadas de manera rápida y oportuna.

La adolescencia es una etapa de inestabilidad emocional más aun en hogares con conflictos, carencia de afecto, despreocupación de los padres, lo que genera mayor conflictividad en el ser humano, sintiéndose desprotegido y abandonado emocionalmente, es por ello la importancia de investigar la relación que podría existir entre la disfuncionalidad familiar y la suicidalidad en los adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey.

1.2. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación que existe entre disfunción familiar con suicidalidad en adolescentes del nivel secundario del Centro Educativo Cristo Rey?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre disfunción familiar con suicidalidad en adolescentes en el Centro Educativo Cristo Rey en el año 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de disfunción familiar, en adolescentes del nivel secundario del Centro Educativo Cristo Rey en el año 2017.
- Identificar el nivel de suicidabilidad, en adolescentes del nivel secundario del Centro Educativo Cristo Rey en el año 2017.

1.4. Justificación e importancia

Uno de los motivos principales que encaminan este trabajo es el proceso de investigación que nos llevaría a identificar el porcentaje de la población adolescente con la suicidalidad, relacionando los factores familiares; tomando en cuenta los antecedentes observados en otras poblaciones, con miras a abordar el problema desde un contexto integral.

Se espera que los resultados de la investigación motiven nuevas investigaciones y el aporte sea útil en la elaboración de estrategias motivadoras e innovadoras en el campo de la salud integral (cuerpo - mente) del adolescente; para de esta manera conseguir la

disminución en la incidencia y la prevalencia de suicidalidad en este grupo etario en particular y de este modo atenuar la carga familiar y social que implicara la presencia de este desenlace adverso; considerando que en nuestro medio no hemos identificado investigaciones similares; factor fundamental que motiva el planteamiento de este estudio.

Esta investigación se sustenta en la evidencia empírica de que el intento de suicidio, tiene diferentes factores que lo predisponen y refuerzan; sin embargo, “cuando los intentos de suicidio y los suicidios suceden a etapas tempranas, a menudo se sojuzga y oculta; escenario en el que resulta determinante la influencia de factores de riesgo psicológico y socio-familiar” (González, 2013, p.8), así mismo se ha documentado múltiples factores que pueden elevar los riesgos de suicidio e incrementar la aparición de ideas suicidas en adolescentes y entre los principales son: conflictos intrafamiliares, conflictos académicos, la presión de pares con conductas de riesgo, los entornos socialmente vulnerables, dificultades para planificar adecuadamente su proyecto de vida, además de problemas psicológicos como depresión, inseguridad, angustia vital, problemas de autoestima (Hill, 2013).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2. Fundamentos Teóricos de la Investigación

2.1. Antecedentes

Peña (2011) en su estudio de tipo descriptivo, Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes en el 2011, valoraron el comportamiento del intento suicidio en 80 pacientes entre 17 a 23 años, llegando a la conclusión de que respecto a la percepción del ambiente en su hogar, los estudiantes que lo perciben de manera negativa (autoritario, hostil, rígido o violento) tienen 4.09 veces mayor riesgo de intentar suicidarse (O.R. 4.09; I.C. 2.87-5.83). Asimismo, el 49% de los jóvenes que habían intentado suicidarse percibía su ambiente negativo, a diferencia de 18.2% de estudiantes que así lo percibían y no hicieron intentos.

Por su parte Silva (2011) en su investigación Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes en el 2011, identificó algunos predictores familiares y personales de la ideación suicida en un diseño correlacional de campo con una muestra de 1,419 alumnos de los cuales el porcentaje de hombres participantes fue 48.5% y el de mujeres, 51.5%; concluyendo que el riesgo de ideación suicida general se puede estimar a partir de la frecuencia de conflictos con la madre ($R = .201$, $t = 8.363$, $p = .000$); el estilo negligente materno ($t = 2.617$).

Huapaya (2011) en su estudio Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del Cono Este de Lima, en el 2011; valoró factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas; el promedio de edad de los encuestados fue de 15,2 años; en cuanto a la prevalencia, 83,1% presentó bajo nivel de ideación suicida, 14,3% nivel medio y 2,6%

nivel alto de ideación suicida, el 16,2% pertenecían a familias funcionales, 62,3% a moderadamente funcionales y 21,4% a familias disfuncionales.

Cano (2011), et al; en el estudio Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana en el 2011 quienes valoraron la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares. En un estudio transversal analítico, en 5 651 escolares observando que el 31.3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 21.1% pensó en quitarse la vida y el 18.1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19%.

Muñoz (2011), en el estudio Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años quienes determinaron la asociación entre ideación suicida y pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes entre 15 y 24 años observando que la prevalencia de ideación suicida fue un 15% en el último año y 6% en el último mes. Las familias fueron según el nivel de cohesión familiar desligada (22%), separada (32%), conectada (31%), y amalgamada (15%).

Zapata et al. (2007); realizaron una investigación sobre la depresión en el adolescente y su relación con las alteraciones de la funcionalidad familiar. Se realizó una encuesta prospectiva a 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad, de una escuela secundaria federal de Irapuato, Guanajuato. Para evaluar la depresión se aplicó el test de Zung y para detectar disfunción familiar el de Apgar familiar. Se consideró con disfunción familiar a aquellos con puntaje menor a 7 en el test de Apgar familiar y con depresión a aquellos con puntaje menor de 50 en el de Zung. Para la comparación de los grupos empleamos χ^2 o t de Student, dependiendo del tipo de variable y se calculó el riesgo

relativo para depresión en presencia de disfunción familiar. Concluyendo que el riesgo relativo para depresión en presencia de la disfunción familiar no fue significativo (razón de momios =1.57, intervalo de confianza al 95% =0.75-3.3).

Salvo y Melipillán (2008) desarrolló la investigación referente a los predictores de suicidalidad en adolescentes, para determinar la contribución de autoestima, impulsividad, cohesión familiar, adaptabilidad familiar, apoyo social en la predicción de suicidalidad en adolescentes. Se administró la escala de Suicidalidad, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Impulsividad, Escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar de Olson y Escala de Apoyo Social de Zimet a 763 estudiantes de enseñanza media. En el análisis se empleó prueba t de student, coeficiente de correlación de Pearson y análisis de regresión lineal múltiple; concluyendo que los adolescentes con menor autoestima, mayor impulsividad, con problemas de cohesión familiar y menor apoyo social presentan mayor suicidalidad.

Salvo y Castro (2013); realizaron la investigación Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes, cuyo objetivo es determinar el valor predictivo de la soledad, la impulsividad y el consumo de alcohol en el comportamiento suicida en adolescentes; aplicando el comportamiento suicida, la soledad (UCLA), la Impulsividad (Barratt) y el Test de Identificación de Trastornos del Uso del Alcohol (AUDIT) a 763 estudiantes de secundaria de 14 a 19 años (49% varones) viviendo en Chillán, Chile. Teniendo como resultado 19% de los participantes habían intentado suicidarse y 34.3% tenían ideación suicida. La soledad, la impulsividad y el consumo de alcohol estaban directamente relacionados con el comportamiento suicida. Estos predictores explicaron 31% de la conducta suicida. El factor de riesgo

más importante fue la soledad, seguido por el sexo femenino, la impulsividad y el consumo de alcohol.

Leyva et al. (2006), cuyo título de investigación es Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar, determinar la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes; teniendo de población a 252 estudiantes, 134 del sexo masculino y 118 del femenino, con edad promedio de 16 años; utilizando la escala de Birleson y el instrumento FACES III. Obteniendo como resultado general, la frecuencia de depresión fue de 29.8 %; en el sexo masculino se identificó en 18.7 % y en la mujer, en 42.4 % ($p < 0.05$, OR = 3.2). Concluyendo que existe un porcentaje importante de depresión en los adolescentes, lo que invita a continuar con los programas para su detección en el primer nivel de atención, para realizar tratamiento oportuno y evitar consecuencias como el suicidio, la drogadicción y el alcoholismo.

Rojas y Saavedra (2006), elaboró la investigación sobre cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año; determinar el grado de relación entre deseo de morir, pensamiento y planeamiento suicida con los indicadores de cohesión familiar en adolescentes de cinco ciudades de la costa peruana en el año, estudio descriptivo de corte transversal, Para la evaluación de las asociaciones bivariadas se utilizaron pruebas F de independencia y para el análisis multivariado se ajustaron modelos de regresión logística. Concluyendo que los datos obtenidos demuestran una relación inversa entre la ideación suicida y la cohesión familiar, y apoyan la idea de implementar mayores esfuerzos preventivos al interior de la familia y las escuelas, para identificar a los adolescentes en riesgo de suicidio o de alteraciones de la salud mental.

2.2. Bases Teóricas

Familia

De acuerdo a la definición de familia, decimos que es este el grupo que nos cría, nos forma como personas estableciendo nuestros valores morales y el que nos orientará a lo largo de nuestro desarrollo como seres humanos, en especial durante los primeros pasos. “La familia debe, moralmente, proporcionar a sus miembros aspectos como seguridad, protección, socialización y compañía” (Cogollo, 2012, p.5-6).

Estructura familiar

Sistema completo de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción; desde el punto de vista funcional y psicológico, implica además el compartir un mismo espacio físico; desde el punto de vista sociológico no importa si se convive o no en el mismo espacio como para ser considerado parte de la familia.

De acuerdo a Alvarado (2011) según su estructura, existen 4 tipos familias:

“Nuclear monoparental: integrado por uno de los padres y uno o más hijos.
Nuclear biparental: pareja unida o casada legalmente con o sin hijos. *Extenso o compuesto:* corresponde a cualquiera de los tipos definidos anteriormente, más la presencia de uno o más parientes (extenso) o no parientes (compuesto) del jefe de hogar. *Sin núcleo familiar:* Constituido por un hogar en que no está presente el núcleo familiar primario (hogar nuclear). (p.15)”

Funcionamiento Familiar:

Es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados (Vargas, 2010).

La Teoría Estructural del Funcionamiento Familiar

El modelo estructural se define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 1977), estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los sus miembros (Sobrino, 2011).

La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación (Perales, 2015).

Funcionalidad Normal

Para reafirmar este criterio queremos apoyarnos en el concepto de salud brindado por la OMS donde se concibe ésta no sólo como ausencia de síntomas sino también el disfrute de un bienestar psicológico y social.

Para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y, por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado

"familia" y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar.

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad.

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas

son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.

A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

De manera general recomendamos como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes:

Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).

Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía -pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales.

Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación

asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.

Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extraverbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro.

Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Consideramos que este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de enfrentamiento (Herrera Santi, 1997).

El Modelo Circumplejo de Olson.

Olson (citado por Sotil y Quintana: 2003), realizó diversas investigaciones para describir y medir la dinámica familiar, es así que construye el Modelo Circumplejo donde plantea tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: Cohesión, adaptabilidad y comunicación.

La cohesión: Se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. La cohesión familiar evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella. Dentro del modelo circumplejo, los conceptos específicos para medir y diagnosticar la dimensión de cohesión familiar son: La vinculación emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, el interés y las recreaciones.

La adaptabilidad familiar: Tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de adaptabilidad son el poder en la familia (asertividad, control, disciplina), el estilo de negociación, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones.

La comunicación familiar: Facilita el movimiento en las dimensiones de la cohesión y adaptabilidad. La comunicación familiar es un proceso interactivo en el que la comunicación es siempre una acción conjunta. Para el análisis, interesa más la forma y el contexto en que la comunicación actúa. Las habilidades de comunicación positiva, tales como empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo permiten a las familias

compartir entre sí sus necesidades y preferencias cambiantes en relación con la cohesión y la adaptabilidad. Las habilidades negativas tales como el doble mensaje, los dobles vínculos y la crítica, disminuyen la habilidad para compartir los sentimientos y restringen por lo tanto la movilidad de la familia en las otras dimensiones.

Olson (1987, citado por Ferreira, 2003) considera que la interacción de la dimensión de cohesión y adaptabilidad condiciona el funcionamiento familiar. Cada una de estas dimensiones tiene 4 rasgos y su correlación determina 16 tipos de familias, integradas en tres niveles de funcionamiento familiar:

d.1 La dimensión de cohesión tiene dos componentes, el vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia. Lo que determina cuatro niveles: *d.1.1.Dispersa*: Extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones 39 independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente. *d.1.2.Conectada*: Hay cercanía emocional, la lealtad familiar es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que se pasa junto es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se

prefieren la recreación compartida que la individual. *d.1.3.Aglutinada:* Cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema relatividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio probado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia a los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato. *d.1.4 Separada:* Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos realienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero se pasa parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles tomarlas en conjunto, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida, *d.2. La dimensión de adaptabilidad* es la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Para que exista un buen sistema de adaptación se requiere un balance entre cambios y estabilidad. El desplazamiento entre alta y baja adaptabilidad determina cuatro tipos: *d.2.1.Caótica:* Liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas e inconsistentes en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones, existe alternativa e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente

d.2.2. Estructurada: En principio el liderazgo es autoritario siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa siendo predecible sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian

d.2.3. Rígida: El liderazgo es autoritario existiendo fuerte control parental, la disciplina es estricta y rígida mientras que su aplicación severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente no existiendo posibilidad de cambio.

d.2.4 Flexible: El liderazgo es igualitario y permite cambios, la disciplina es algo severa negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

Ferreira (2003) explica que, la correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determina 3 niveles de funcionamiento familiar:

a. El modo o rango de familia balanceado o equilibrado. De acuerdo al modelo circunplejo es el más adecuado y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión. Flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y estructuralmente conectada.

b. El modo o rango de familia medio o moderado. Corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: Caóticamente separada, caóticamente conectada, flexiblemente dispersa, flexiblemente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y rígidamente conectada.

c. *El modo o rango de familia extremo*. De acuerdo al modelo circunflejo es el menos adecuado y corresponde a las familias resultantes de la combinación de los siguientes grados de adaptabilidad y cohesión: Caóticamente dispersa, caóticamente aglutinada, rígidamente dispersa y rígidamente aglutinada.

Disfuncionalidad Familiar

Según Hunt (2007) da dos definiciones de familia disfuncional: primero, considera que “Una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia” (p.1). Por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Y segundo, “Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocional, psicológica y espiritualmente” (p.1). Partiendo del concepto de que salud involucra todos los aspectos en los que se desenvuelve el ser humano, para que una familia sea funcional todos sus miembros deben ser saludables. Además, se habla de familia disfuncional cuando el rol de uno de los padres es asumido por otra persona, por ejemplo, los abuelos, los tíos, un trabajador social, entre otros. Por otro lado, Mejía (2008) señala que debemos explicar que la palabra disfuncional nos dice que la familia ‘no funciona’, es decir, no cumple las labores que le atribuye la sociedad, pero esto no es tan literal. Yo diría que estos grupos, aunque mal, están funcionando, y que sus individuos, aun con errores, se desenvuelven. Considerando esto, es necesario tener presente el valor que tiene la familia como sistema, el cual permite que un individuo se introduzca a la sociedad.

La disfunción familiar que se puede generar por la falta de interacción dentro y fuera del grupo familiar, lo cual se refleja en una inadecuada comunicación y en relaciones

conflictivas con personas y grupos a modo de consecuencia ante la vulneración del rol, la intimidad y la identidad del otro. Podemos discernir que la familia es la puerta psicobiosocial de todo ser humano, permitiendo la instauración de un proceso de desarrollo al interior de contextos como la escuela, la familia y la sociedad en general. Esta instancia es la base para que el individuo cree conceptos de él mismo y de los demás, a través de su ciclo vital. (Bronfenbrenner 1997)

Según Andrade y Valencia (2011) lo anterior guarda relación, con el modo como la cultura influye en el desarrollo de la conducta ya que, cuando la mujer crece en espacios de verticalidad patriarcal, se establece un sesgo sobre sus roles (de crianza de hijos, cuidado de ancianos etc.) y su opinión suele ser muy poco valorada llegando a ser violentada a través del silenciamiento, la fuerza física, el abuso sexual a con actos de violencia sobre ella o sus hijos.

El primer entorno donde el sujeto aprende a relacionarse es la familia como escenario primario de socialización, sin embargo, la familia recibe la influencia directa de un medio externo en el que se efectúa la interacción social a través de la comunicación y el lenguaje que afectan de forma indirecta las relaciones en el núcleo familiar.

Mucha de la información recibida es ambivalente, negativa o proviene del peso cultural del imaginario social adscrito al rol y a la noción de masculinidad, lo cual genera factores de riesgo tales como, el estrés a todo nivel, la violencia en todas sus manifestaciones, frustraciones mayores en agresores y agredidos, temor, aislamiento social, derivación de la ansiedad en conductas de maltrato infantil, entre otros.

La disfunción familiar conlleva a que el núcleo familiar genere comportamientos y conductas inapropiadas respecto al modo de demostrar y expresar el afecto, apoyarse en

nuevas actividades, compartir un tiempo diferente al de trabajar, solucionar conflictos, y permitir la participación en las decisiones familiares.

La Disfuncionalidad familiar guarda relación con el sistema de reglas o límites en el hogar las cuales están caracterizados por normas unilaterales que invierten la función de protección de sus miembros y aumentan los factores de riesgo respecto a la disolución de familia; estos límites se presentan a menudo en familias extensas con antecedentes de maltrato; Minuchin (1967) plantea que este tipo de familia llegan a los límites extremos y son caracterizados por la dependencia emocional que limita la autonomía, así, en las familias disfuncionales la verticalidad de la comunicación afecta el nivel de participación y la autoestima de la mujer maltratada llegando a reaccionar de forma exagerada ante cualquier situación (hipersensibilidad a las señales de violencia) y con una escasa capacidad de adecuación y reacomodación positiva respecto a la toma de decisiones. La mujer maltratada sufre cambios a nivel emocional, físico y social que ocasionan una mala acomodación a nuevos sistemas y a niveles de comunicación afectiva de tipo normo funcional.

Principales características en una familia disfuncional

Para Pacherras (2013) las familias disfuncionales presentan cuatro características básicas:

El amalgamamiento. La primera característica es el amalgamamiento y esta palabra viene del verbo amalgamar, que significa “entremezclar, hacer amalgama”. Esta característica es contraria a la individualidad. Una familia amalgamada es una familia en donde no existe respeto al individuo y todo el mundo se mete en la vida de los otros. Es exactamente lo contrario de “vive y deja vivir”. Este patrón de conducta

disfuncional, impide la formación de una personalidad sana ya que inhibe el espacio vital físico, mental, emocional y espiritual de una persona. El concepto de estar juntos, no por gusto sino por obligación, apiñados en un mar de opiniones que chocan entre si, es muy diferente al concepto de la familia unida, en donde existe respeto y apoyo a las necesidades individuales y permiten a la persona ser tal como es. El otro extremo de esta posición enferma es la indiferencia, que es inclusive hasta más dañina que el amalgamamiento y que suele manifestarse en los estratos socioeconómicos muy bajos o muy altos. Es en las clases medias donde el amalgamamiento es más frecuente.

La rigidez. La segunda característica es la rigidez. Consiste en el establecimiento de reglas que no admiten posibilidad de cambio y que se establecen arbitrariamente para todos los miembros de la familia, exceptuando probablemente al que las impuso. Algunas de las consecuencias deformantes de la rigidez son, la rebeldía contra todo y contra todos, la frustración, el resentimiento y la incapacidad de elaborar un criterio elástico de acuerdo a las circunstancias. Debemos pensar que los hijos son como los cinco dedos de la mano, los cuales a pesar de ser míos, ninguno es igual a los demás, todos son diferentes, por lo tanto sería absurdo pretender que un mismo anillo sirviera a todos los dedos... a uno le quedaría bien, a otro no le entraría y a otro más le quedaría flojo.

La rigidez es una postura que está basada en el “machismo” tradición familiar latina. La actitud sana sería la colocación de límites, de acuerdo a las necesidades individuales de los miembros de la familia, a su bienestar común y de acuerdo a las circunstancias cambiantes de la vida, ya que no puede darse el mismo horario de llegada a casa a un niño de 10 años que aun joven de 18.

El extremo contrario de esta característica sería, la falta de límites, que cuando se presenta es mucho más destructiva que la rigidez, dando origen en el niño la sensación de no ser querido.

La sobreprotección. La tercera característica de una familia disfuncional es la sobreprotección. Esta característica es tan destructiva que puede lisiar emocionalmente a una persona. La sobreprotección es la equivocada actitud de pretender resolver todos los problemas de nuestros hijos.

Es criminal rescatar a nuestros hijos de todo contratiempo y estar continuamente sobre ellos indicándoles lo que deben o no deben hacer o inclusive decir, quitándoles la oportunidad de que aprendan a resolver sus problemas por sí mismos a través de sus experiencias negativas y positivas; y a bastarse con sus propios recursos, sin tener que estar dependiendo siempre de una tercera persona.

La sobre protección es en muchos casos egocentrismo personal para evitar el sufrimiento, y en muchos otros es también una necesidad de control sobre los demás por la imposibilidad de dar orden a la propia vida.

También existen lo que se llama “ganancias secundarias” que consiste en la necesidad del padre o de la madre de sentirse útiles, necesidad que satisfacen mientras el hijo los necesita. Así que muchas figuras paternas fomentan la sobreprotección de sus hijos para sentir que ellos son necesarios.

Este patrón disfuncional impide que el ser humano se desarrolle en su totalidad, impidiendo las experiencias, el desarrollo de la capacidad, el desarrollo de la autoestima; fomentando la inseguridad ante la vida y los problemas; impidiendo el desarrollo del instinto de agresión, necesario para saber luchar, defenderse y competir.

Todo esto genera miedos, temores, resentimientos, ira, depresión y deseos de evadir la realidad.

La evitación del conflicto. La cuarta característica y por muchas razones la más importante es la evitación del conflicto. Esta característica disfuncional es con mucho la más dañina, al grado de que aun existiendo las otras características, si la familia pudiera discutir sus problemas y existiera comunicación y no hubiera restricciones verbales, esa familia saldría adelante en forma bastante sana.

En esta familia disfuncional se evitan los enfrentamientos y no se habla de las situaciones dolorosas, razón por la que no se ventilan, quedando la carga emocional como “bomba de tiempo” para explotar en el momento menos esperado. Nosotros usamos una expresión para ejemplificar esta falta de comunicación: “Hay un cocodrilo en la sala”, pero nadie habla de él. La tensión se siente en el aire, pero nadie comenta lo que todos están pensando.

Todos hablan de temas intrascendentes, o se vive un gran silencio, pero nadie se atreve a manifestar lo que está amenazando la integridad familiar. Todos fingen no ver al cocodrilo. Las consecuencias de no hablar de los problemas profundos, de los temas dolorosos, es que se corta la comunicación; se comienza el desplazamiento de emociones, estallando así la tensión en problemas menores al agigantarlos, un claro ejemplo es crear batallas campales por las malas calificaciones de un hijo, cuando el verdadero problema es quizá el alcoholismo del padre, o la actitud sumisa y masoquista de la madre.

Una familia sana no oculta los problemas que existen entre sus miembros. Si los niños preguntan, (y los niños que son muy perceptivos, siempre preguntan cuando existe un

clima de confianza,) y se les oculta la verdad, aprenden a negar la realidad, se les confunde. El mensaje es: Tú percepción sana está equivocada, como consecuencia aprenden a buscar soluciones con bases falsas o irreales.

El otro extremo de esta destructiva característica es el cinismo. El mencionar los problemas con crudeza y desfachatez y sin deseos de lograr una solución, es también un patrón muy disfuncional., se les debe contestar con la verdad sin llegar a la crudeza, tomando en cuenta la edad emocional de cada hijo.

Suicidalidad

La suicidalidad puede comprenderse como un espectro que abarca las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas), y los suicidios consumados o completados. Si bien es discutible la identidad de estos grupos entre sí, puede afirmarse que existen importantes solapamientos entre ellos.

Las propias categorías de ideación suicida y de intento suicida son heterogéneas. La ideación suicida puede abarcar desde sentimientos vagos de poco valor de la vida, hasta el diseño de elaborados planes de autoeliminación, pasando por deseos de muerte u ocurrencias suicidas. A su vez los intentos pueden involucrar métodos más bien activos o pasivos, más o menos violentos, de mayor o menor letalidad médica, con grados variables de intención suicida, explícita o implícita. Algunas tentativas suicidas parecen auténticos suicidios frustrados; otras más bien deben calificarse como gestos suicidas, ya sea por la baja letalidad del método escogido o por su escenificación.

La ideación suicida puede considerarse una expresión temprana de vulnerabilidad y abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta propósitos

autodestructivos más definidos. Los ideadores de suicidio presentan una elevada prevalencia de patología psiquiátrica, como trastornos del sueño, por uso de alcohol/sustancias, de personalidad y conducta antisocial. Las ideas suicidas se asocian a variables psicosociales y a medio familiar caótico (Suarez, 2014:21).

El suicidio es un problema de salud pública que afecta de manera importante a jóvenes y adolescentes, cuyo origen multicausal lo torna complejo de comprender e invita a una reflexión conjunta y transdisciplinar. Todo suicidio pasa por un proceso de morbilidad emocional que incrementa la ideación suicida, suscita el intento de suicidio y puede desembocar en la autoeliminación. “En el mundo se ha tendido a adoptar la denominación de suicidalidad para referirse al suicidio logrado, los intentos suicidas y la ideación suicida” (Borges, 2012, p.4).

En la región de las Américas acontecen aproximadamente cada año 65.000 fallecimientos por suicidio, y aunque América Latina tenga tasas de suicidio menores al promedio mundial (Norteamérica tiene una tasa media), su incremento e incidencia social no se debe pasar por alto, lo que involucra aspectos preventivos acerca de comportamientos autolíticos que apuntalan la conducta suicida, tales como la ideación e intentos de suicidio, aspectos de los que se tienen pocos datos veraces en gran medida porque se presentan altos niveles de subregistro (Nardi, 2013).

El intento de suicidio tiene diferentes factores que lo predisponen y refuerzan; sin embargo, cuando los intentos de suicidio y los suicidios suceden a etapas tempranas, a menudo se sojuzga y oculta; escenario en el que resulta determinante la influencia de factores de riesgo psicológico y sociofamiliar (González, 2013).

Los intentos de suicidio funcionan como aproximaciones a un objetivo y emergen de acuerdo con la magnitud e interpretación de los conflictos. La gran mayoría de adolescentes transitan de la ideación suicida a conductas parasuicidas (autolesiones, “intento de suicidio” o pseudosuicidio) como todo acto sin desenlace fatal en que intencionalmente una persona se autolesiona para producir cambios en otros, de acuerdo sus deseos y aspiraciones a través de las consecuencias actuales (González, 2013).

Existen múltiples factores que pueden elevar los riesgos de suicidio e incrementar la aparición de ideas suicidas en adolescentes y entre los principales son: conflictos intrafamiliares, conflictos académicos, la presión de pares con conductas de riesgo, los entornos socialmente vulnerables, dificultades para planificar adecuadamente su proyecto de vida, además de problemas psicológicos como depresión, inseguridad, angustia vital, problemas de autoestima (Hill, 2013).

En los estudios publicados a nivel nacional se ha encontrado una escala de ideación y conducta suicida autoaplicada, en adolescentes, con información sobre su validez y confiabilidad. Ésta corresponde al cuestionario de suicidalidad de Okasha et al. La suicidalidad en adolescentes medida por este instrumento se relacionó significativamente con depresión, desesperanza 18- 20, disfunción familiar y eventos vitales estresantes. Su confiabilidad se ha respaldado por un *Alfa de Cronbach* de 0,76 y de 0,87 (Hill, 2013).

La familia y la sociedad se influyen mutuamente, la sociedad aporta un conjunto de premisas socioculturales, condición económica, normas y valores. De esta manera la “familia es el núcleo básico de los procesos tanto de mantenimiento como de cambio cultural de los patrones sociales, en ella se concretiza un sistema de creencias y valores que se van transmitiendo de una generación a otra” (Gómez, 2013, p. 12).

La familia desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar (Ulate, 2013).

Con frecuencia, los adolescentes y jóvenes se encuentran en situaciones de conflictos con sus padres, y no pueden encontrar en ellos el apoyo necesario. La familia tiene la tarea de preparar a sus miembros para enfrentar cambios internos y externos y con ello llevar a modificaciones estructurales y funcionales favorables. Algunas investigaciones sobre riesgo suicida han establecido relaciones con antecedentes familiares de separación familiar, estrés familiar, conflictos entre los padres, ruptura de relación amorosa, comunicación conflictiva, estructura familiar inestable, familias disfuncionales entre otros (Salazar, 2012).

Se ha sugerido que las familias con adolescentes suicidas son desorganizadas, tienen una mala cohesión y son hostiles. -Los adolescentes con alto grado de suicidalidad y depresión reportan mayores alteraciones de comunicación con sus padres comparados con los grupos control. Los adolescentes con suicidalidad también muestran mayor percepción de disfunción familiar, provienen de hogares considerados como "rotos" y poseen una relación conflictiva adolescente-madre. Un historial de discordia entre el adolescente y sus padres es un factor independiente para predecir suicidalidad en adolescentes deprimidos (Salazar, 2012).

El desencadenamiento de la crisis suicida

Dos factores psicosociales -ocurrencia de acontecimientos vitales negativos y disminución del soporte social- están vinculados al desencadenamiento de la conducta suicida.

Eventos vitales negativos anteceden, en relación próxima (meses) o inmediata (días o semanas), al episodio suicida. Tales eventos son descritos como muy disruptivos, incontrolables y perturbadores. Pueden abarcar diversas áreas (legal, laboral, familiar, pareja), pero habitualmente implican conflictos o pérdidas interpersonales. Algunos estudios revelan una relación entre evaluación negativa del matrimonio y conducta suicida. La precipitación por problemas conyugales y familiares parece ser característica de la crisis, superponiéndose a los factores de riesgo preexistentes. Con gran regularidad, ha ocurrido un suceso precipitante inmediato, experimentado como especialmente traumático o lesivo.

Investigaciones han destacado un rol relevante para el soporte social percibido. El soporte social modera el efecto de los estresores sobre las personas, contribuye al ajuste positivo y al desarrollo personal; asimismo influye sobre el estado de salud, y tiene efectos preventivos y rehabilitadores. Existe evidencia de que el efecto conjunto de un alto nivel de estrés y un soporte social disminuido predicen mortalidad por diversas causas. Quienes efectúan tentativas de suicidio se caracterizan por tener una escasa red social, en lo que se refiere a amistades y relaciones significativas, pertenencia a grupos u organizaciones, y frecuencia de contactos interpersonales. Además las tentativas más severas tienden a ocurrir en quienes se representan más aislados y desprovistos de apoyo; esto también es válido para los suicidas, que en una frecuencia

significativamente mayor que sus controles vivos se encuentran viviendo solos en el momento de autoeliminarse.

Adolescentes:

Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Etapas de la Adolescencia:

Adolescencia temprana (10 a 14 años)

Podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación (García, 2012).

Adolescencia tardía (15 a 19 años).

En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El adolescente establece una identidad personal y social que pone fin a la etapa. Los retos que debe afrontar el adolescente son los siguientes: Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos, integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento, separación del tutelaje familiar (García, 2012).

2.3. Términos Básicos

Adolescencia: Es una etapa entre la niñez y la adultez que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como adolescente a toda persona comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Por lo que divide, entre adolescente temprano de 10 a 15 años, y adolescente tardío entre 16 y 19 años. Durante esta etapa aparecen los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico (Peña, 2011).

Disfunción familiar: Es aquella situación en la que la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo; esta alteración condiciona límites intergeneracionales borrosos, falta de actitud negociadora, poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas. Corresponde a un puntaje del Apgar familiar menor a 18 puntos (Silva, 2011).

Suicidalidad: Corresponde a un proceso continuo de creciente severidad constituido por ideas suicidas, los intentos suicidas hasta llegar al suicidio consumado. Corresponde a un puntaje de la Escala de Osaka mayor a 5 (Huapaya, 2011).

2.4. Hipótesis

H₁: La disfunción familiar se relaciona de forma significativa y positiva con la Suicidalidad en los adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey en el año 2017.

H₀: La disfunción familiar no se relaciona de forma significativa y positiva con la Suicidalidad en los adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey en el año 2017.

2.5. Operacionalización de Variables:

Variables	Determinación Conceptual	Dimensiones	Índice	Ítem	Instrumento
Disfunción Familiar	Es aquella situación en la que la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo; esta alteración condiciona límites intergeneracionales borrosos, falta de actitud negociadora, poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los	Funcionalidad Normal	07 a 10 puntos	1,2,3,4,5	Apgar familiar de Smilkstein
		Disfunción moderada	04 a 06 puntos		
		Disfunción grave	0 a 03 puntos		

	<p>miembros no están claras ni limitadas. Corresponde a un puntaje del Apgar familiar menor a 18 puntos (Silva, 2011).</p>				
Suicidalidad	<p>Proceso continuo de creciente severidad constituido por ideas suicidas, los intentos suicidas hasta llegar al suicidio consumado. Corresponde a un puntaje de la Escala de Osaka mayor a 5 (Huapaya, 2011).</p>	Ideación suicida	0-9 puntos	Ítem 1,2,3	Escala de suicidalidad de Osaka
		Intento de suicidio	0-3 puntos	Ítem 4	

CAPÍTULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación:

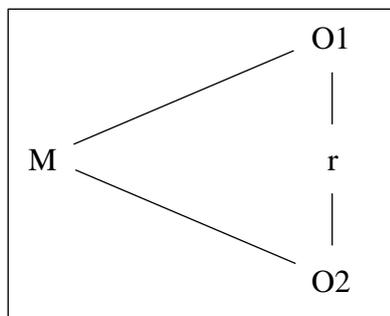
La presente investigación es de tipo básica, caracterizándose en incrementar los conocimientos científicos.

3.2. Nivel de Investigación

De nivel correlacional, porque tiene como propósito conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.3. Diseño de Investigación

Con diseño de investigación no experimental – transversal; recolectando datos en un solo momento, con un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Este tipo de investigación se esquematiza de la siguiente manera:



Donde:

M = Adolescentes de la Institución Educativa Cristo Rey, 2017.

O1 = Disfunción familiar

O2 = Suicidalidad

r = Relación de ambas variables

3.4. Área de Investigación

Psicología Clínica

3.5. Grupo de Estudio

42 adolescentes (varones y mujeres) del Centro Educativo Cristo Rey; del quinto año de secundaria; durante el periodo Mayo – Julio 2017.

Criterios de selección:

Casos

Adolescentes:

- Con suicidalidad
- Que quiera colaborar con la presente investigación
- Que tenga consentimiento informado firmado y autorizado por padre de familia o tutor.

Controles

Adolescentes:

- Sin suicidalidad.
- Que quiera colaborar con la presente investigación
- Que tenga consentimiento informado firmado y autorizado por padre de familia o tutor.

Criterios de exclusión:

Adolescentes:

- Con patología psiquiátrica de base

- Con historia previa de intento de suicidio.
- Que reciban medicación psicotrópica.

3.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

El cuestionario se ha aplicado en forma autoadministrada, en el domicilio del adolescente o en el aula del Centro Educativo.

Una vez recolectada la información se ha procedido a la elaboración de la base de datos.

Se ha exportado a una base electrónica y se ha analizado, utilizando el programa estadístico SPSS versión 23, con el método Pearson que es una medida de la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. A diferencia de la covarianza, la correlación de Pearson es independiente de la escala de medida de las variables.

Instrumentos:

Apgar familiar de Smilkstein: Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños que es aplicable a la población infantil. Mide Adaptación, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. A través de 5 preguntas; cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos; por lo que el puntaje alcanzado oscila de 0 a 20 puntos. Entrega tres categorías: funcionalidad normal, disfunción moderada, disfunción grave.

Castilla et al. (2014) realizaron el análisis psicométrico de la escala en una muestra peruana, determinando. El análisis de correlación ítem-test encontró asociaciones altamente significativas ($p < .001$) para cada uno de los reactivos, indicando que los reactivos evalúan indicadores de un mismo constructo. La Escala APGAR para valorar la percepción del funcionamiento familiar presenta moderada consistencia interna (α de Cronbach = .788). La validez de constructo se estableció mediante análisis

factorial obteniendo, por medio análisis de componentes principales y la rotación ortogonal (Varimax), un único factor.

Escala de Suicidalidad de Osaka: Es una escala autoadministrada tipo Likert, formada por cuatro reactivos, donde los tres primeros exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio. Evalúa la gravedad de la ideación suicida en los últimos 12 meses. La consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach tiene un valor de 0.89. Los cuatro reactivos son: ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?; ¿Has deseado alguna vez estar muerto?; ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?; y por último ¿Has intentado suicidarte? Las respuestas de los reactivos de ideas suicidas se recogen en una escala de frecuencia de categorías que se puntúa de 0 a 3 puntos por cada reactivo: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntuaje de ideación suicida más el puntaje del reactivo de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. Cuanta mayor puntuación, mayor gravedad.

Salvo y Castro (2012) realizaron la adaptación de la escala de Suicidalidad a una muestra de adolescentes peruanas, determinando un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,87 que indica un alto nivel de confiabilidad. Para evaluar la validez del instrumento, se utilizó el análisis de regresión lógica y la curva Característica de Operación del Receptor (ROC); los cuales arrojaron una alta consistencia interna y homogeneidad, con estadísticos de validez fuertemente significativos y punto de corte con adecuada sensibilidad y especificidad.

3.7. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Observación a la población seleccionada, método que se ha utilizado para la recogida de datos, nos ha ayudado a describir y analizar un comportamiento.

Entrevista a la población seleccionada, técnica de interacción personal, donde se ha desarrollado la habilidad de escucha.

Aplicación de encuesta a la población seleccionada, procedimiento para recopilar datos del evaluado.

3.8. Interpretación de datos

Estadística descriptiva

Se ha obtenido datos de distribución de frecuencias, esto para la descripción de las variables.

Estadística inferencial

Para el análisis inferencial se ha aplicado la prueba estadística del Pearson para determinar la co-relación mediante la asociación o independencia de la disfunción familiar y el intento de suicidio. Considerándose $p < 0,05$ como significativo y $p < 0,01$ altamente significativo.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4. Tablas y gráficos

Tabla 01

Niveles de funcionalidad en familias de adolescentes del centro educativo Cristo Rey.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Buena función familiar	4	9.5
Disfunción familiar leve	8	19
Disfunción familiar moderada	22	52.4
Disfunción familiar severa	8	19
Total	42	100

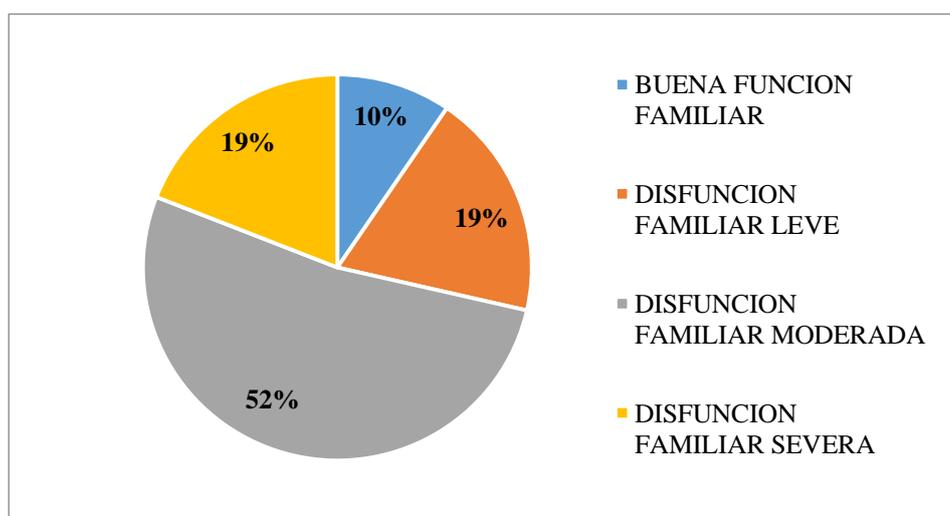


Gráfico 01. Niveles de funcionalidad en familias de adolescentes del centro educativo Cristo Rey

De acuerdo a la tabla 01, la evaluación de las familias de los adolescentes del centro educativo Cristo Rey de Cajamarca en relación a la funcionalidad familiar es predominantemente disfuncional al observarse que el 52.4% de las familias presentan una disfuncionalidad moderada, el 19%, una disfuncionalidad leve, y un porcentaje igual, 19%, una disfuncionalidad severa. Por otro lado, sólo el 9.5% de las familias de los adolescentes tiene una buena funcionalidad.

Tabla 02

Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – No valoración de la vida

Respuesta	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nunca	3	13.6	5	25	8	19
Casi Nunca	4	18.2	8	40	12	28.6
Algunas veces	10	45.5	6	30	16	38.1
Muchas veces	5	22.7	1	5	6	14.3
Total	22	100	20	100	42	100

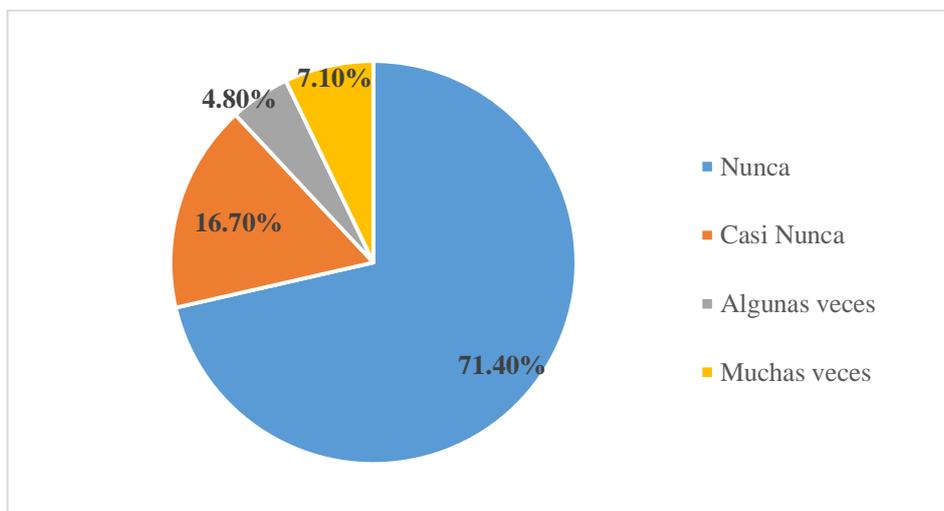


Gráfico 02. Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – No valoración de la vida

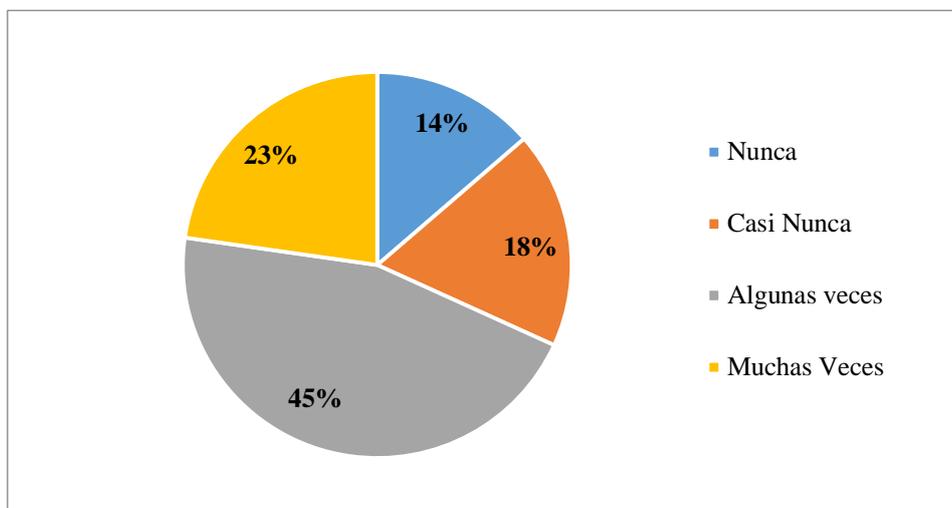


Gráfico 03. Ideación suicida en adolescentes mujeres del centro educativo Cristo Rey – No valoración de la vida

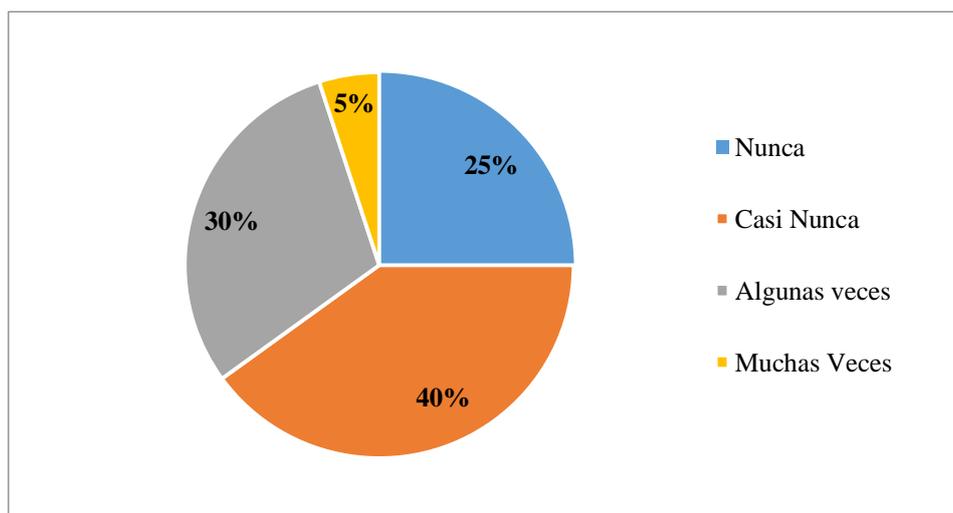


Gráfico 04. Ideación suicida en adolescentes hombres del centro educativo Cristo Rey – No valoración de la vida

La tabla 02 expone los resultados del ítem 1 de la escala de suicidalidad de Okasha respecto de la percepción negativa que tienen los adolescentes sobre la vida vinculada a la ideación suicida. Se observa que el 38.1% de los adolescentes algunas veces han pensado que la vida no vale la pena, mientras que el 28.6%, casi nunca; asimismo, el 19% de los adolescentes del centro educativo Cristo Rey nunca ha tenido la idea de que la vida no merece la pena, sin embargo, el 14.3% ha tenido muchas veces ese pensamiento. Se evidencia también, que son las adolescentes mujeres quienes tienen con mayor frecuencia pensamientos negativos respecto a la vida en comparación con los adolescentes varones.

Tabla 03

Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – Deseos de estar muertos

Respuesta	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nunca	3	13.6	10	50	13	31
Casi Nunca	4	18.2	5	25	9	21.4
Algunas veces	11	50	4	20	15	35.7
Muchas veces	4	18	1	5	5	11.9
Total	22	100	20	100	42	100

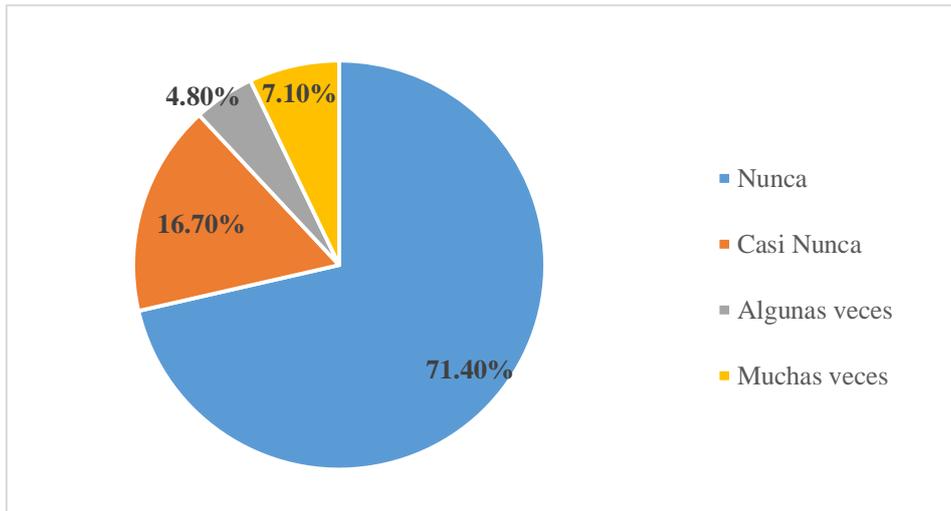


Gráfico 05. Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – Deseos de estar muertos

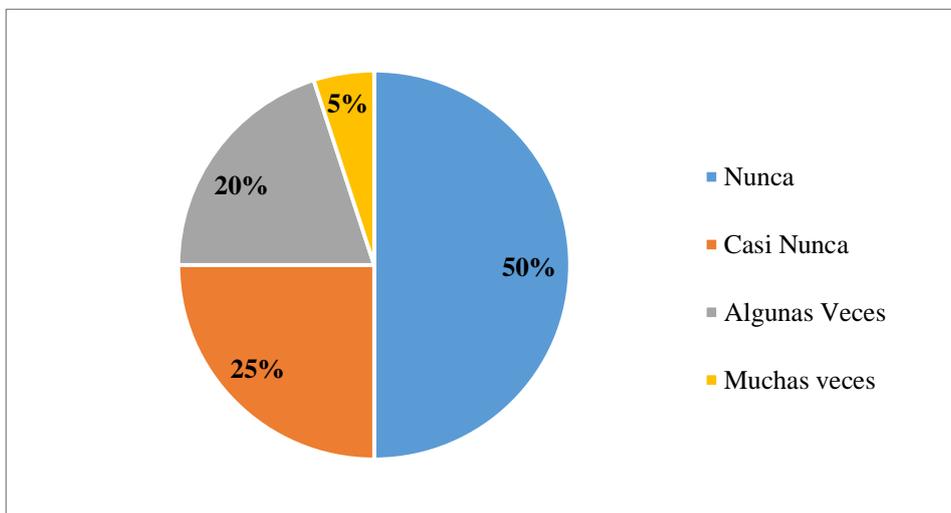


Gráfico 06. Ideación suicida en adolescentes mujeres del centro educativo Cristo Rey – Deseos de estar muertos

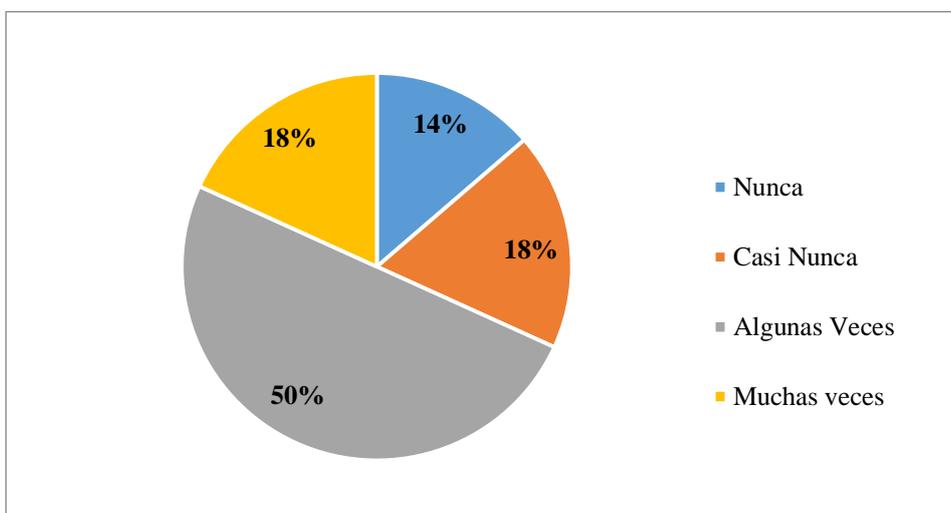


Gráfico 07. Ideación suicida en adolescentes hombres del centro educativo Cristo Rey – Deseos de estar muertos

La tabla 03 expone los resultados del ítem 2 de la escala de suicidalidad de Okasha respecto del deseo de estar muertos que experimentan los adolescentes, percepción vinculada también a la ideación suicida. Se advierte que el 31% de los adolescentes del centro educativo Cristo Rey nunca ha tenido deseos de estar muertos, sin embargo, el 11.9% ha experimentado muchas veces ese deseo; asimismo, el 35.7% de los adolescentes algunas veces han sentido deseos de estar muertos, mientras que el 21,4%, casi nunca. Se observa también, que son las adolescentes mujeres nuevamente quienes han experimentado con mayor frecuencia el deseo de no estar con vida en comparación con los adolescentes varones.

Tabla 04

Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – Deseos de suicidarse

Respuesta	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nunca	7	31.8	12	60	19	45.2
Casi Nunca	6	27.3	5	25	11	26.2
Algunas veces	5	22.7	1	5	6	14.3
Muchas veces	4	18.2	2	10	6	14.3
Total	22	100	20	100	42	100

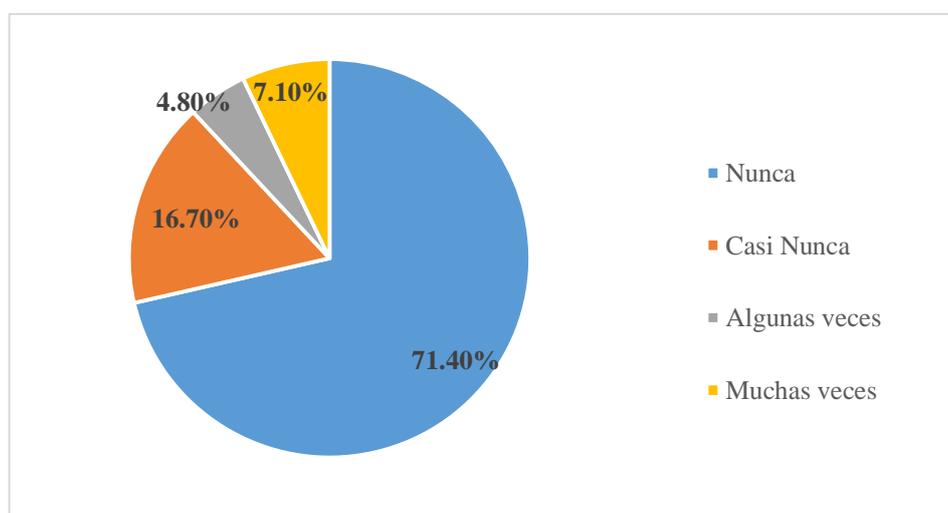


Gráfico 08. Ideación suicida en adolescentes del centro educativo Cristo Rey – Deseos de suicidarse

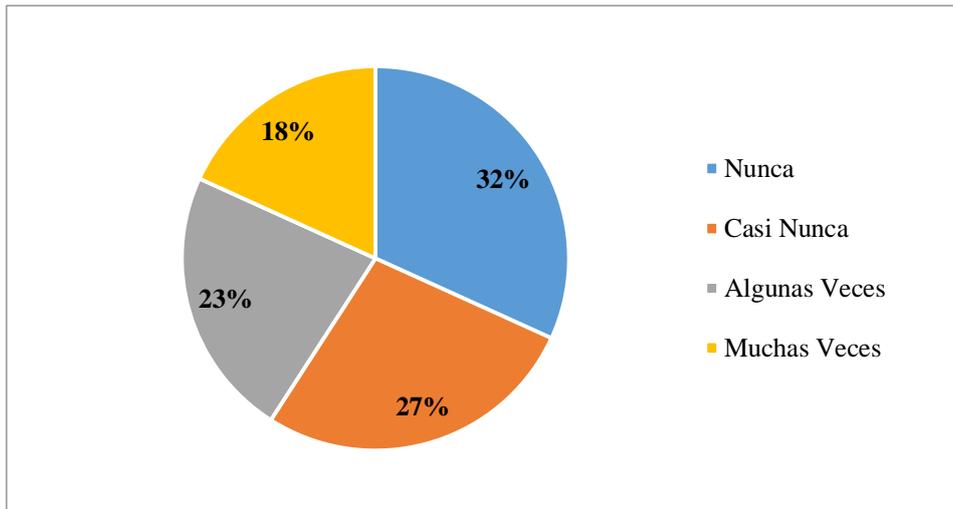


Gráfico 09. Ideación suicida en adolescentes mujeres del centro educativo Cristo Rey – Deseos de suicidarse

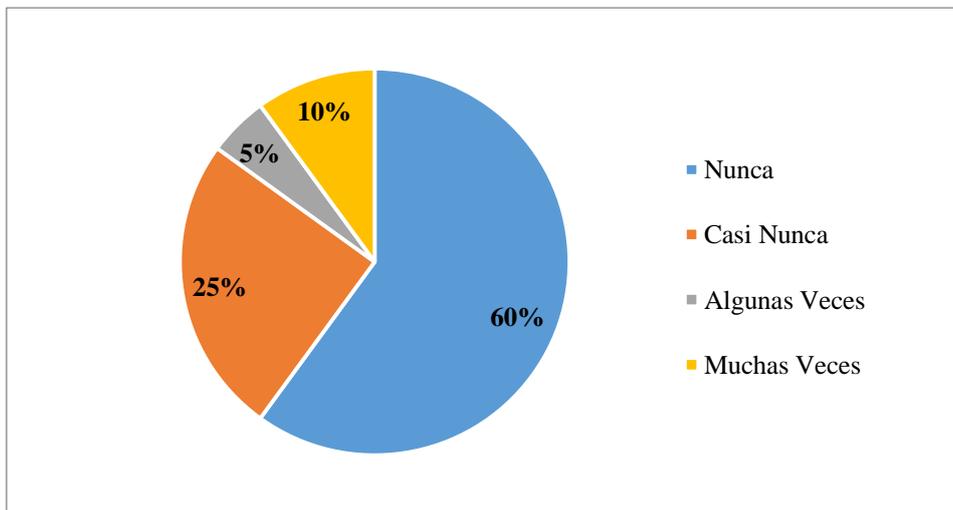


Gráfico 10. Ideación suicida en adolescentes hombres del centro educativo Cristo Rey – Deseos de suicidarse

La tabla 04 expone los resultados del ítem 3 de la escala de suicidalidad de Okasha respecto del deseo de quitarse la vida que experimentan los adolescentes, aspecto vinculado también a la ideación suicida. Se observa que el 45.2% de los adolescentes del centro educativo Cristo Rey nunca ha tenido deseos de suicidarse, sin embargo, el 14.3% ha experimentado muchas veces este deseo; asimismo, el 14.3% de los adolescentes algunas veces han sentido deseos de quitarse la vida, mientras que el 26.2%, casi nunca. Se observa evidencia también, que son las adolescentes mujeres

quienes han experimentado con mayor frecuencia el deseo de no estar con vida en comparación con los adolescentes varones.

Tabla 05

Intentos de suicidio en adolescentes del centro educativo Cristo Rey

Respuesta	Mujeres		Hombres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Nunca	13	59.1	17	85	30	71.4
Casi Nunca	5	22.7	2	10	7	16.7
Algunas veces	1	4.5	1	5	2	4.8
Muchas veces	3	13.6	0	0	3	7.1
Total	22	100	20	100	42	100

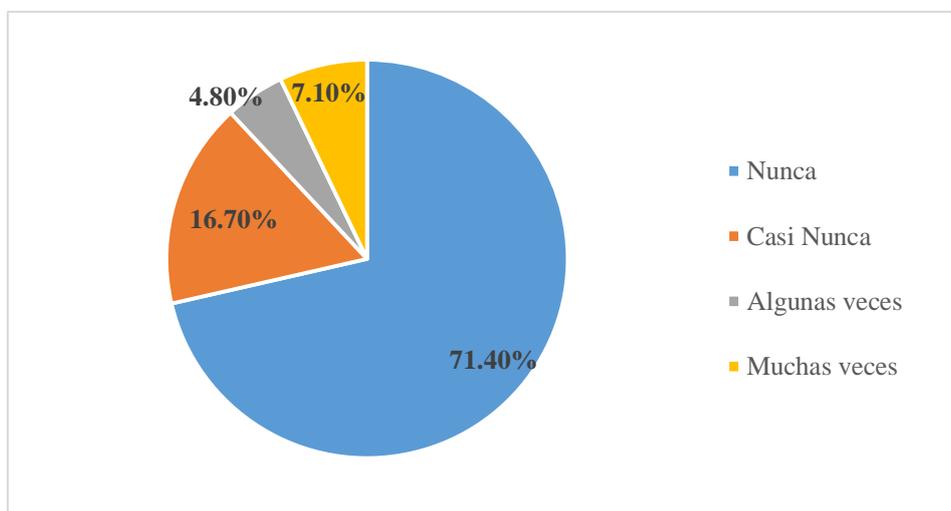


Gráfico 11. Intentos de suicidio en adolescentes del centro educativo Cristo Rey

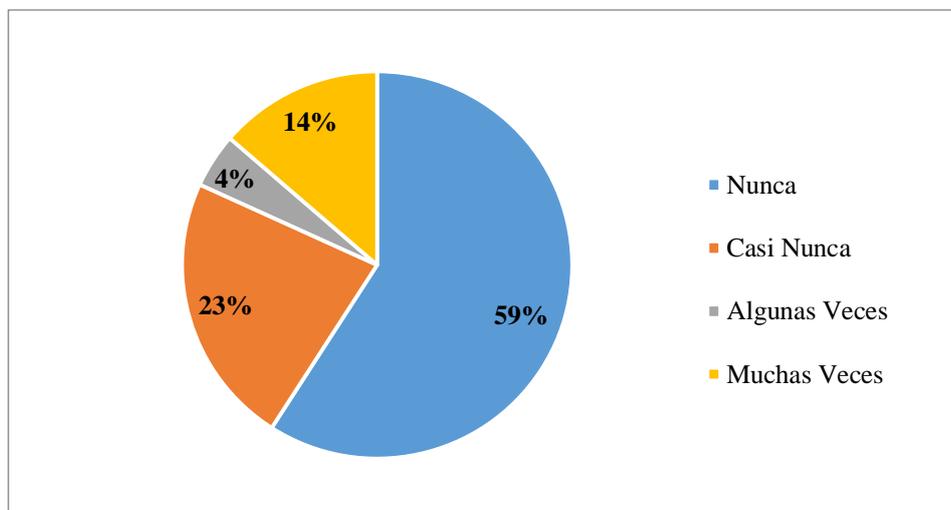


Gráfico 12. Intentos de suicidio en adolescentes mujeres del centro educativo Cristo Rey

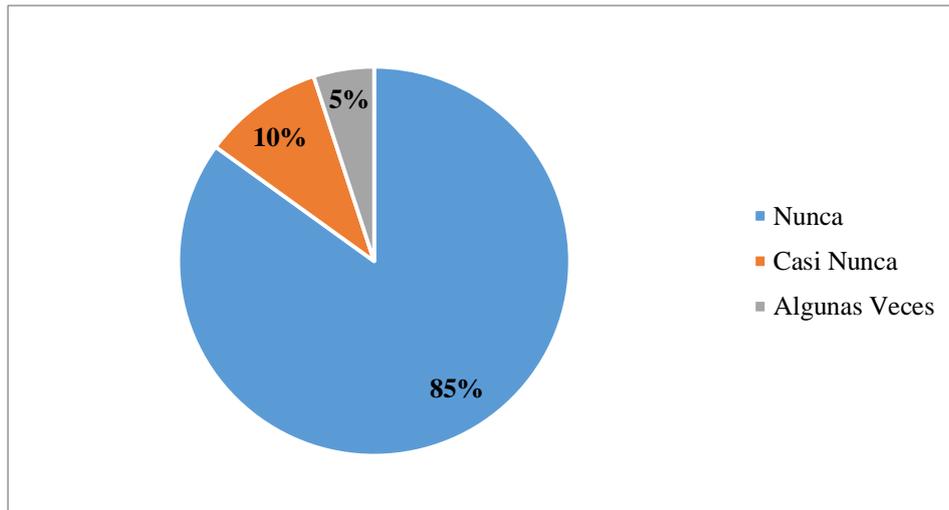


Gráfico 13. Intentos de suicidio en adolescentes hombres del centro educativo Cristo Rey

La tabla 05 expone los resultados del ítem 4 de la escala de suicidalidad de Okasha respecto de los intentos de quitarse la vida que han realizado los adolescentes. Se advierte que sólo el 4,8% de los adolescentes algunas veces han intentado suicidarse, mientras que el 16,7%, casi nunca; asimismo, el 71,4% de los adolescentes del centro educativo Cristo Rey nunca ha intentado quitarse la vida, sin embargo, el 7,1% lo ha intentado muchas veces. Se observa también, que son las adolescentes mujeres quienes tienen con mayor frecuencia han intentado acabar con sus vidas en comparación con los adolescentes varones.

Tabla 06

Suicidabilidad en adolescentes del centro educativo Cristo Rey

Sexo	Nivel	Promedio	Ideación Suicida	Intento de Suicidio	Suicidabilidad
Femenino N=22	No valoración de la vida	1.77			
	Deseos de estar muertos	1.73	4.77	0.73	5.5
	Deseos Suicidas	1.27			
Masculino N=20	No valoración de la vida	1.15			
	Deseos de estar muertos	0.8	2.6	0.2	2.8
	Deseos Suicidas	0.65			
Total			3.69	0.47	4.16

De acuerdo a la tabla 06, los adolescentes del centro educativo Cristo Rey han tenido un nivel de suicidalidad promedio moderado de 4.16 considerando que la escala de suicidalidad de Okasha tiene un rango de [0 a 12]. Asimismo las adolescentes mujeres tienen un nivel de suicidalidad de 5.5, puntuación mayor a la alcanzada por los adolescentes varones de 2.8.

Análisis Correlacional

Tabla 07

Relación entre la disfunción familiar y la suicibilidad en adolescentes en el Centro Educativo Cristo Rey en el año 2017

	Disfunción familiar Coeficiente de correlación de Spearman (r)	Sig.(p)	
Suicidalidad	.828	0.000	**

** p<0.01

Los resultados de la prueba de correlación de Spearman evidencia la existencia de una correlación altamente significativa y positiva, entre disfunción familiar y la suicidalidad en adolescentes en el Centro Educativo Cristo Rey en el año 2017. Dichos resultados nos indica que a mayor nivel de disfunción familiar mayor será la probabilidad de la existencia de ideas suicidas y de intentos de suicidio en los adolescentes.

Contrastación de Hipótesis

Tabla 08

Prueba de hipótesis

			Disfunción familiar	Suicidalidad
Rho de Spearman	Disfunción familiar	Coeficiente de Correlación	1.000	.828*
		Sig. (bilateral)		.002
	Suicidalidad	N	58	58
		Coeficiente de Correlación	.530	1.000
		Sig. (bilateral)	.025	
		N	58	58

*. La correlación es muy significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De acuerdo a la tabla 08, se observa que la correlación entre las variables es fuerte y directamente proporcional, por lo que se demostraría que la disfunción familiar tiene una relación directamente proporcional y muy significativa con la suicidalidad.

4.2 Discusión de resultados

La disfunción familiar es aquella situación en la que la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo; esta alteración condiciona límites intergeneracionales borrosos, falta de actitud negociadora, poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas. Corresponde a un puntaje del Apgar familiar menor a 18 puntos (Silva:2011:4). Asimismo, la suicidalidad se refiere al proceso continuo de creciente severidad constituido por ideas suicidas, los intentos suicidas hasta llegar al suicidio consumado. Si bien existe evidencia empírica de que el intento de suicidio, tiene diferentes factores que lo predisponen y refuerzan; es importante determinar escenario en el que resulta determinante la influencia de factores de riesgo sociofamiliar.

De esta manera luego de aplicar los instrumentos, y exponer los resultados, corresponde contrastar los hallazgos con las investigaciones y bases teóricas recabadas en el marco teórico.

De acuerdo a los resultados, el nivel de disfunción familiar que predomina en las familias de los adolescentes del centro educativo Cristo Rey es el moderado. Esto quiere decir, que en la mayoría sus integrantes presentan dificultades para llevar a cabo

adecuadamente las funciones básicas familiares que se le son asignadas generando conflictos dentro del seno familiar.

Asimismo, se ha demostrado que el nivel de suicidalidad de los adolescentes es moderado, siendo las mujeres las que con mayor frecuencia han experimentado tanto la ideación suicida como intentos de suicidio. Este hallazgo guarda relación con los descrito por Cano (2011), quien en su investigación Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana concluye que aquellos adolescentes que presentaban deseos pasivos de morir, deseos de quitarse la vida y habían intentado suicidarse alguna vez en su mayoría eran mujeres.

Respecto al objetivo correlacional, se confirma la hipótesis en tanto se ha determinado que la disfuncionalidad familiar tiene una relación directamente proporcional y muy significativa con la suicidalidad en los adolescentes del centro educativo Cristo Rey. Estos resultados coinciden con las conclusiones de la investigación realizada por Peña (2011) quien refiere que los jóvenes que habían intentado suicidarse percibían su ambiente familiar negativo. Así también concuerda con el estudio realizado por Huapaya (2011) que evalúa ambas variables y concluye que aquellos jóvenes que presentaban un nivel de ideación suicida moderado y alto pertenecían a familias disfuncionales.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La disfuncionalidad familiar tiene una relación directamente proporcional y muy significativa con la suicidalidad en los adolescentes del centro educativo Cristo Rey.
- El nivel de funcionalidad familiar de los adolescentes del centro educativo Cristo Rey es la disfuncionalidad familiar moderada.
- El nivel de suicidalidad que predomina en los adolescentes del centro educativo Cristo Rey es moderado, siendo el nivel de suicidalidad de las mujeres mayor que el de los hombres.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda promover programas de sensibilización dirigido a docentes, autoridades institucionales, padres de familia y público en general, respecto de la importancia de la detección precoz para una intervención temprana exitosa de sujetos en riesgo.
- Se recomienda diseñar y aplicar talleres informativos y de intervención a fin de contribuir a la mejor funcionalidad de las familias de los adolescentes del centro educativo Cristo Rey.
- Se recomienda a las autoridades escolares exponer los resultados de la presente investigación a los padres de familia y tutores, a fin de que se tomen las medidas pertinentes respecto a la problemática hallada.
- Desde la perspectiva de los sistemas de salud, es imperativo que los servicios de atención de salud incorporen entre sus componentes básicos la prevención del suicidio
- Se recomienda aplicar la investigación a otras muestras y poblaciones, de forma que se puedan confirmar los resultados y puedan ser también generalizados.

REFERENCIAS

- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E., & Vera, A. (2011). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(2), 84-93.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2009). Suicide and suicidal behaviors in Mexico: Retrospective and current status. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304.
- Cano, P., Gutiérrez, C., & Nizama, M. (2011). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 175-181.
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M. y Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones, Revista de Psicología Educativa de la USIL*. 2 (1. 2014), 49 - 63.
- Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruiz, I., & Campo-Arias, A. (2011). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*, 38, 637-44.
- Chaparro, H., & Rosario, Y. (2015). Estado de la investigación sobre el riesgo suicida en adolescentes y jóvenes latinoamericanos, en los últimos diez años.
- García, R. (2012). Efectividad de la funcionalidad familiar en familias adolescentes con problemas psiquiátricos. *Avances en enfermería*; 29 (1): 75-86.

- González-Forteza, C., Solís Torres, C., Jiménez Tapia, A., Hernández Fernández, I., González-González, A., Juárez García, F., ... & Fernández-Várela Mejía, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud mental, 34*(1), 53-59.
- Gómez-Bustamante, E. M., Castillo-Ávila, I., & Cogollo, Z. (2013). Predictors of family dysfunction among adolescent students. *Revista colombiana de psiquiatria, 42*(1), 72-80.
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., & Platt, S. (2013). Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. *Suicide and life-threatening behavior, 43*(1), 97-108.
- Hernández Mirabal, L. D. L. C., & Louro Bernal, I. (2015). Principales características psicosociales de adolescentes con intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 31*(2), 0-0.
- Huapaya Cáceres, D. B. (2011). Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, 2011.
- Hill, R. M., Castellanos, D., & Pettit, J. W. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: a review. *Clinical psychology review, 31*(7), 1133-1144.
- Kleinbaun, D. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer – Verlag publishers; 2011 p. 78.

- Mazzanti Di Ruggiero, M. D. L. Á. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Rev. colomb. bioet*, 6(1).
- Muñoz, J. 2011. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental* 2011; 23(4).
- Nardi, B., Francesconi, G., Catena-Dell'osso, M., & Bellantuono, C. (2013). Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 17(11), 1546-1551.
- Peña Galbán, L. Y., Casas Rodríguez, L., Padilla de la Cruz, M., Gómez Arencibia, T., & Gallardo Álvarez, M. (2014). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(3), 182-187.
- Perales-Blum, M. T. L., & Loredó, L. (2015). Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor. *Salud mental*, 38(3), 195-200.
- Picazo, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(3), 125-32.
- Poccorpachi Navarro, D., & Angoma Arredondo, L. K. (2011). Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011.
- Gómez-Bustamante, E. M., Castillo-Ávila, I., & Cogollo, Z. (2013). Predictors of family dysfunction among adolescent students. *Revista colombiana de psiquiatria*, 42(1), 72-80.

Ulate-Gómez, D. (2013). Biopsychosocial risk and perception of the functionality of the family amongst adolescents from sixth grade in the Jesús Jiménez School. *Acta Médica Costarricense*, 55(1), 18-23.

Salazar, J. A. A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688.

Kleinbaun, D. *Statistics in the health sciences: Survival analysis*. New York: Springer – Verlag publishers; 2011 p. 78.

Mazzanti Di Ruggiero, M. D. L. Á. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Rev. colomb. bioet*, 6(1).

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Nombre: Family Apgar de Smilkstein

Autor: Smilkstein, Ashworth y Montano (1982).

Adaptación: Bellon, Luna y Lardelli (1996). Escala de Funcionamiento Familiar.

Nº de ítems: 5

Características del Cuestionario: El Cuestionario Family APGAR mide las siguientes características familiares de las cuales toma su nombre (APGAR): Adaptación (utilización de recursos para la procuración del bien común y la ayuda mutua para la resolución de problemas familiares) Participación (distribución solidaria de responsabilidades familiares se comparten y resuelven los problemas), Gradiente de Crecimiento (autorrealización de los miembros de la familia), Afecto (relación afectiva entre los miembros de la familia) y Resolución (compartir tiempo y recursos en la resolución de problemas).

Administración: Individual o Colectiva. Tiempo aproximado de aplicación: 3 minutos.

Población a la que va dirigida: Desde los 11 años.

Propiedades psicométricas:

Para el registro de los datos el APGAR familiar, el cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X.

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca 1: Casi nunca 2: Algunas veces 3: Casi siempre 4: Siempre

FUNCIÓN	PUNTAJE
BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	18 a 20 puntos
DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE	14 a 17 puntos
DISFUNCIÓN FAMILIAR MODERADA	10 a 13 puntos
DISFUNCIÓN FAMILIAR SEVERA	9 o menos puntos

ANEXO B

Escala de Suicidalidad de OSAKA

Autor: Osaka

Objetivo: evaluar la gravedad de la ideación suicida en los últimos 12 meses

Aplicación: individual o grupal

Tiempo: entre 10 a 20 minutos

Esta escala está validada en Chile, para detectar riesgo suicida en adolescentes y puede ser utilizada por equipos de salud general, profesionales y técnicos de salud e incluso por monitores y agentes comunitarios.

¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	Nunca	0
	Casi nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has deseado alguna vez estar muerto?	Nunca	0
	Casi nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	Nunca	0
	Casi nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has intentado suicidarte?	Ningún intento	0
	Un intento	1
	Dos intentos	2
	Tres o más intentos	3

La sumatoria del puntaje de las 3 primeras preguntas, conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos.

La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje de la pregunta sobre intento de suicidio.

La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. El punto de corte es mayor o igual a 5 puntos.