

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR RELACIONADO A IDEACIÓN SUICIDA**  
**EN LOS ADOLESCENTES**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**Autor:**

**ABIMAEEL KEVIN URTECHO GARCÍA**

**Asesor:**

**ALEJANDRO EDUARDO CORREA ARANGOITIA**

**TRUJILLO-PERU**

**2017**

**MIEMBROS DEL JURADO:**

---

**DRA. ROSA LOZANO IBAÑEZ**  
**PRESIDENTE**

---

**DR. DANTE CABOS YEPEZ**  
**SECRETARIO**

---

**DR. MARCO SERRANO GARCIA**  
**VOCAL**

---

**DR. ALEJANDRO E. CORREA ARANGOITIA**  
**ASESOR**

## **DEDICATORIA**

*Quiero dedicar en primer lugar este trabajo a mis padres:*

*LORENZO TELMO URTECHO y CLARA HEMELINDA GARCIA*

*por ser mi fuerza e inspiración y guiarme siempre en cada uno*

*de los proyectos de vida que me he propuesto, y también a mis hermanas*

*NINEL URTECHO GARCIA Y ERIKA URTECHO GARCIA quienes me han*

*acompañado siempre y brindado su apoyo, a mi abuela que está en el cielo*

*MARINA VALDERRAMA , también a mis padrinos y a toda mi familia y amigos.*

*A mis docentes, que en el transcurso de toda mi carrera  
me han inculcado siempre sus sabios consejos  
para poderme desarrollar con un buen médico y ciudadano.*

*URTECHO GARCIA Abimael Kevin.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, quien no me dejo desmayar en ningún momento en este largo camino y me dio fuerza interior para terminar todos los proyectos que hasta ahora me he trazado.*

*A mis padres hermosos por ser los mejores del mundo.*

*A mis hermanas, por su apoyo condicional y siempre haberme guiado por el buen camino creyendo siempre en mí y ayudándome a cumplir mis metas.*

*A mi universidad UPAO la cual logro formar en mi un profesional y ciudadano responsable con vocación de servicio a la comunidad y a toda su plancha docente.*

*Al mi asesor de tesis, por su guía, su tiempo y consejo para hacer posible este trabajo*

URTECHO GARCIA Abimael Kevin.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar si existe relación entre la disfuncionalidad familiar con la ideación suicida en adolescentes que asisten al Hospital II-1 de Recuay en el 2017.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio observacional, correlacional en 146 adolescentes del hospital II-1 de Recuay.

**RESULTADOS:** Tras aplicar el test de Apgar para estimar la disfuncionalidad familiar, se halló que el 37% tuvo disfuncionalidad leve, 28.1% disfuncionalidad moderada y 7.5% severa, mientras que solo el 27.4% perteneció a una familia funcional. En la ideación suicida en los adolescentes, se observó que el 77.4% tuvo deseos de morir en un nivel mínimo, mientras que el 19.9% el deseo de morir fue moderado y solo un 2.7% manifestó tener un deseo de morir intenso. Referente a la relación entre disfuncionalidad familiar y la ideación suicida, se halló que existe una correlación positiva débil entre ambas variables, tras aplicar el correlacional de Spearman y obtener un  $r=0.185$  con una  $p=0.026$ .

**CONCLUSIONES:** La disfunción familiar leve, así como la ideación suicida mínima son las que predominaron en la población adolescente. Además, existe relación positiva débil entre la disfuncionalidad familiar y la ideación suicida.

**PALABRAS CLAVES:** disfuncionalidad familiar, ideación suicida y adolescente.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine if there is a relationship between family dysfunction with ideation suicidal adolescents who attend Hospital II-1 of Recuay in 2017.

**MATERIAL AND METHOD:** is carried out a study observational, correlational in 146 teenagers the hospital II-1 of Recuay.

**RESULTS:** after applying the test of Apgar to estimate the dysfunctional family, is found that the 37% had dysfunctional mild, 28.1% dysfunctional moderate and 7.5% severe, while only the 27.4% belonged to a family functional. In the ideation suicidal in them adolescents, is observed that the 77.4% had wishes of die in a level minimum, while the 19.9% the wish of die was moderate and only a 2.7% said have a wish of die intense. Reference to the relationship between dysfunctional family and the ideation suicidal, is found that there is a correlation positive weak between both variables, after apply the correlational of Spearman and get a  $r = 0.185$  with a  $p = 0.026$ .

**CONCLUSIONS:** The slight family dysfunction as well as minimum suicidal ideation are that predominated in the adolescent population. In addition, there is relationship positive weak between the dysfunctional family and the ideation suicidal.

**KEY WORDS:** family dysfunction, teen and suicidal ideation.

## INDICE

	<i>Página</i>
<b>PÁGINAS PRELIMINARES .....</b>	<b>ii</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>01</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>09</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>16</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>19</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>20</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>21</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>25</b>

## I. INTRODUCCIÓN

La ideación suicida es definida como la presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer suicidio en un individuo que no ha realizado un intento de suicidio. Su valoración es importante porque ésta puede preceder al intento y el contenido de ella es indicativo de su seriedad y letalidad. Es un fenómeno común en población general, ocurre con más frecuencia que el intento y que el suicidio; es además un fenómeno frecuente entre adolescentes. Respecto a la relación entre las diversas manifestaciones de la conducta suicida, la ideación precede, de forma lógica, al intento y al hecho consumado y por esta razón, es apropiado focalizar el interés tanto en sus características, como en su intensidad y duración con el fin de valorar además la intención actual y predecir el riesgo potencial, para el futuro.<sup>1,2</sup>

La prevalencia de ideación suicida en la población mundial es del 2 al 15% y puede presentarse en una de cada tres personas a lo largo de su vida. Entre los factores asociados, se describen la adolescencia, género, desesperanza, soledad, depresión materna, baja autoestima, consumo de sustancias psicoactivas, malas relaciones familiares y dificultad para obtener apoyo de amigos y familiares. En un estudio canadiense y otro norteamericano, se reportó que el 33% y 24% informaron ideación suicida. La revisión sistemática concluyó que 29,9% de adolescentes ha tenido ideas suicidas en algún momento de su vida y 9,7% y 6,8% han atentado contra sí mismos alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses, respectivamente. En Latinoamérica el problema es aún mayor, en Chile la prevalencia de ideación suicida fue 62%, valor que triplica la prevalencia de intento suicidio (19%). Esta relación se mantiene al observar lo que ocurre en los últimos 12 meses, donde la ideación y el intento alcanzaron 45% y 11% respectivamente.<sup>2,3,4,</sup>

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry reconoce como factores de riesgo para ambos sexos los trastornos del humor, la pobre comunicación entre padres e hijos, en tanto que el uso de sustancias y/o alcohol incrementa significativamente el riesgo en adolescentes a partir de los 16 años. En relación con el género se ha observado que las mujeres presentan tasas más altas de ideación



suicida que los hombres: sin embargo las tasas de mortalidad generadas por dichas conductas son mayores en hombres en una relación de 4:1. Existen dos modas de incidencia en relación con la edad, describiéndose el primer pico en la población que se encuentra entre los 15 y 24 años de edad y el segundo en aquellas personas que se encuentran por encima de los 65 años. Los ataques de pánico son importantes a considerar cuando se presentan en mujeres, mientras que la agresividad aumenta el riesgo de ideación suicida en varones. Es también un factor de riesgo la historia de cambios rápidos de humor, cortos períodos de depresión, ansiedad y rabia que pasan a eutimia y/o manía, sobre todo si se asocian síntomas psicóticos con ideación paranoide y alucinaciones visuales o auditivas.<sup>5</sup>

Por otra parte, aquellos adolescentes con trastornos de la identidad sexual tienen un riesgo aumentado, debido a múltiples factores de riesgo, tales como depresión, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares y ostracismo en la escuela. A este grupo de adolescentes de alto riesgo se suman también o adolescentes víctimas de abuso sexual o físico.<sup>6</sup>

En cuanto al diagnóstico, la ideación suicida se evalúa por medio de diversos test, destacando la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), la cual fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos o deseos. En muchas ocasiones, los pacientes que desean suicidarse niegan deliberadamente estas ideas. Así, ante cambios súbitos en la actitud de la persona evaluada (un paciente agitado que súbitamente se calma, pasar de no colaborar a hacerlo, etc.) habrá que considerar que se trata de una mejoría engañosa y que haya decidido suicidarse.<sup>7, 8</sup>

Entre las recomendaciones de abordaje y tratamiento de la OMS para personal de Atención Primaria sobre cómo manejar personas potencialmente suicidas, según su nivel de riesgo señala que para un bajo riesgo donde la persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto”, pero no ha hecho ningún plan, se debe Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas, cuanto más abiertamente hable una persona de pérdida, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión emocional. Cuando la confusión ceda, la persona tenderá a ser reflexiva. Este proceso de reflexión es

crucial, ya que nadie, excepto el propio individuo, puede revocar la decisión de morir y tomar la de vivir. Debe centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo ha resuelto los problemas anteriores, sin recurrir al suicidio. Luego derivar a la persona a un médico psiquiatra o un profesional de Salud Mental. Es necesario reunirse a intervalos regulares y mantenerse en contacto continuado.<sup>9, 10.</sup>

Es importante la comunicación familiar y el vínculo existente entre ésta y la aparición de conductas disruptivas. Por consiguiente, el sistema de comunicación familiar que puede influir en el desarrollo de la ideación suicida durante la adolescencia. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los acontecimientos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan vivencias estresantes y esto puede conducir a tomar actitudes de autoagresión como el intento suicida.<sup>11, 12</sup>

El Ministerio de salud define a familia como la unidad básica de salud, conformada por un número variable de miembros, que, en la mayoría de los casos, conviven bajo un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad, que están llamados al desarrollo humano pleno. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial." La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia.<sup>13</sup>

Por otro lado, la funcionalidad familiar es el estado en que la familia se caracteriza por mantener relaciones familiares bien establecidas, que son de tipo positivo para todos sus miembros, mostrándose satisfacción de estar juntos, reconociendo que cada uno de ellos tiene intereses y necesidades individuales, con cierto grado de privacidad. Pueden existir coaliciones internas y competencias entre ellos, los límites de la familia son claros y unida, es una estructura de negociación para arreglar conflictos, hay empatía, apoyo emocional y comunicación, por

consiguiente, la funcionalidad familiar es la capacidad de resolver problemas y ayudar a sus miembros a desarrollar su potencial. Las familias funcionales son saludables porque predomina, un clima emocional afectivo positivo, que indica cómo cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto, potenciando la integración familiar y elevando los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar y de sus integrantes<sup>14</sup>

En cambio, la familia disfuncional, tiene límites intergeneracionales borrosos, falta de actitud negociadora, existiendo poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, las pautas de interacción son fijas y rígidas, donde las funciones de los miembros no están establecidas, ni delimitadas. Existen una serie de características que afectan el funcionamiento familiar, el desarrollo de la identidad personal y autonomía de sus miembros, la flexibilidad de reglas y roles, comunicación clara y afectiva que permite compartir problemas y capacidad de adaptarse a los cambios.<sup>15</sup>

Las alteraciones en la funcionalidad familiar pueden provocar trastornos en la salud y el comportamiento de sus integrantes, especialmente en aquéllos más vulnerables. En este contexto social la funcionalidad familiar es un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad. En una dinámica familiar normal hay una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite el desarrollo de sus individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.<sup>16</sup>

Para diagnosticar o establecer la funcionalidad familiar, se han desarrollado varios instrumentos, entre los que se encuentra el APGAR familiar, que es un test que establece cinco componentes básicos de la función familiar, como es la adaptabilidad al medir la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver problemas, cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis). Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y división del trabajo; el cómo comparte problemas y cómo se comunican para resolverlos <sup>17</sup>

El APGAR familiar como test, se basa en la premisa, que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Los componentes del APGAR familiar miden el ambiente emocional que rodea al paciente, así como la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción del propio funcionamiento familiar. Puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos y circunstancias también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de integrantes de la familia.<sup>18, 19</sup>

Ceballos G, et al (Colombia, 2015), establecieron la relación existente entre depresión, autoestima e ideación suicida en estudiantes adolescentes de media vocacional en Santa Marta. En el caso de la ideación suicida, el 2% de los sujetos de género femenino posee alto riesgo suicida, el 11% muestra riesgo medio y un 37% no señala riesgo. Por otra parte, ningún sujeto masculino presentó alto riesgo suicida, un 38% no tiene ningún nivel riesgo, sin embargo, el 23% presenta riesgo medio. No se halló relación entre el género y la ideación suicida a una significancia del 0.690. En cuanto a la edad, de los participantes adolescentes entre 13-15 años el 41% no manifiesta riesgo, el 12% riesgo medio, y el 1% riesgo alto. En los adolescentes entre 16-19 se halló en un 34% ausencia de riesgo, el 12% riesgo medio y ninguno de este rango de edad exhiben riesgo alto. No se halló relación entre la edad y la ideación suicida a una significancia de 0,466.<sup>20</sup>

Ulate, D (Costa Rica, 2013), describieron la prevalencia de la percepción de la funcionalidad familiar de las personas adolescentes. Aplicó un estudio descriptivo, donde la población estuvo constituida por 124 adolescentes de sexto grado. Se desarrolló el APGAR Familiar. Halló que la prevalencia de buena función familiar fue del 68,6%, disfunción leve del 27,4% y disfunción severa del 4%. La percepción de buena funcionalidad familiar por parte de los adolescentes estuvo relacionada con mayor comunicación con los padres ( $p=0,000$ ).<sup>21</sup>

Moreno J, et al (Colombia 2012), describieron datos acerca de la funcionalidad familiar, en un grupo de adolescentes de un colegio en la ciudad de Bogotá. Fue un

estudio transversal prospectivo. Los participantes fueron 63 adolescentes entre 12 y 16 años de edad. En cuanto a los niveles de funcionalidad familiar de los adolescentes, el 39% de ellos tiene una familia funcional, el 44% presenta disfuncionalidad moderada y finalmente el 15% presenta disfuncionalidad severa.<sup>22</sup>

Pérez A. (España, 2012), estableció la estructura y la función familiar del adolescente. Se aplicó un estudio descriptivo, mediante una encuesta en 1493 alumnos de educación secundaria en una zona urbana (Jaén) y otra rural (Granada). Se recogieron datos de la función familiar mediante la prueba de Apgar familiar. Entre los resultados halló que el promedio de edad fue  $14,5 \pm 0,6$  años. La función familiar tuvo la siguiente distribución: normal 74%, disfunción leve 18%, disfunción grave 8%. Concluyeron que tanto la estructura familiar como la función familiar, no varían según el sexo ni el año de estudio; en cambio los adolescentes de 16 años o más presentan mayor disfunción familiar, que sus menores ( $p < 0,05$ ).<sup>23</sup>

Pérez I, et al (Colombia, 2012), evaluaron la probabilidad de riesgo suicida y factores asociados en 309 estudiantes de secundaria de tres colegios bogotanos. Fue un estudio transversal. La edad promedio de edad fue de  $13,8 \pm 1$  años. El 14,2% tuvo ideación suicida en los últimos tres meses; 3,6% tuvo intentos suicidas alguna vez en la vida, y 8,7% tuvo ideación suicida e intentos suicidas en los últimos tres meses. El riesgo de comportamiento suicida fue explicado conjuntamente depresión, la baja autoestima, la disfunción familiar severa con un riesgo de 3,4, IC95% = 1,2-9,7, y el sexo femenino y la edad mayor.<sup>24</sup>

Pérez P. (Perú, 2016), determinó la relación entre el Funcionamiento Familiar e Ideación Suicida, en 104 estudiantes. Hallaron relación significativa entre el Funcionamiento familiar y la ideación suicida  $r=-303$  ( $p<0.05$ ), además esta relación es inversa, por lo que se concluye que, a menor funcionamiento familiar, mayor ideación suicida y viceversa. Además, los adolescentes de la muestra presentan un nivel de ideación suicida medio con 72,1%. Los niveles de disfunción familiar severa son del (49%), el (33.7%) y (17.3%) representan los niveles moderados y leves de disfunción familiar respectivamente. Respecto al funcionamiento familiar e ideación suicida existe prevalencia del sexo femenino sobre el masculino.<sup>25</sup>

Rojas I, et al (Perú, 2014), determinaron el grado de relación entre deseo de morir, pensamiento y planeamiento suicida con los indicadores de cohesión familiar en 2390 adolescentes de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa. Hallaron que La prevalencia de vida del deseo de morir fue de 26,7%, pensamiento suicida 10,8% y planeamiento suicida 4,2%. Hubo una asociación estadísticamente significativa e inversa entre los indicadores de cohesión familiar y todos los indicadores suicidas. El deseo suicida fue significativamente mayor en las mujeres con 35,0% en comparación con los varones 15,9%. Los datos obtenidos demuestran una relación inversa entre la ideación suicida y la cohesión familiar.<sup>26</sup>

Grandez R. (Perú, 2011), determinó algunos factores familiares asociados a la ideación suicida en 285 adolescentes de educación secundaria. Hallaron que la prevalencia de ideación suicida baja fue de 54,8%, asimismo la ideación alta y media corresponden a un 45,2% con mayor prevalencia en varones (14%). El nivel de relación de comunicación con la madre fue mayor en comparación con la del padre. La disfunción leve estuvo presente en el 56,9%, de los adolescentes y el 10% funcionales.<sup>27</sup>

Huapaya D.14 (Perú, 2010), establecieron la frecuencia de la ideación suicida (IS) en adolescentes escolares de secundaria de instituciones educativas públicas del Este de Lima. Se usó un estudio transversal, analítico en 321 escolares. El 83,1% presentó bajo nivel de IS, 14,3% nivel medio y 2,6% nivel alto. La prevalencia de IS media y alta fue 20,9% en mujeres y 18,7% en varones, no hallándose asociación significativa ( $p > 0,05$ ).<sup>28</sup>

Vera M. (Perú, 2010), estableció si la sintomatología depresiva, disfunción familiar, abuso de alcohol, conducta antisocial y problemas de pareja son factores asociados a la ideación suicida en 321 adolescentes escolares del Cono Este de Lima. Se halló que el 83,1% presentó bajo nivel de ideación suicida, 14,3% nivel medio y 2,6% nivel alto. Con el análisis multivariado la depresión y la edad de 16 a 19 años demostraron tener asociación significativa con la ideación suicida. Mientras que la disfunción familiar tuvo un riesgo de 1,258 e IC 95% 0.603 a 2,585 ( $p = 0.551$ ).<sup>29</sup>

## **1.1. JUSTIFICACIÓN.**

Debido al aumento de la incidencia casos de intento de suicidio (13 casos), registrado especialmente en la población adolescente que se atendió en el Hospital II-1 de Recuay en el 2015 en el departamento de Ancash, ésta situación conllevó a la imperiosa necesidad de investigar y posteriormente prevenir este tipo de patología, incluyendo sus factores de riesgo que están asociados.

La importancia del presente estudio, radica en identificar en la población adolescente de Recuay si la existencia de disfunción familiar estaría involucrada o contribuye a la ocurrencia o se relaciona con la frecuencia de la ideación suicida. Aportar conocimientos y entendimiento, ayudara a construir sistemas de alarma temprana y planes específicos para su prevención y control. Los resultados del presente estudio servirán a construir propuestas y promover estrategias de intervención en la población escolar con la participación de la comunidad, frente al problema social que es la ideación suicida, beneficiando al grupo escolar adolescente, que es una de los grupos poblacionales más vulnerables.

## **II.- PLAN DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1 Formulación del problema científico**

¿Existe relación entre la disfuncionalidad familiar y la ideación suicida en adolescentes que asisten al Hospital II-1 de Recuay en el 2017?

### **2.2 Objetivos**

#### **2.2.1. Objetivo general**

Determinar si existe relación entre la disfuncionalidad familiar con la ideación suicida en adolescentes que asisten al Hospital II-1 de Recuay en el 2017

#### **2.2.2. Objetivos específicos**

- 4.2.1. Establecer la disfunción familiar en los adolescentes,
- 4.2.2. Estimar la ideación suicida en los adolescentes
- 4.2.3. Valorar la relación entre las variables de estudio

### **2.3. Hipótesis**

Hi. - La disfuncionalidad familiar se relaciona con la ideación suicida en adolescentes que asisten al Hospital II-1 de Recuay en el 2017.

### **III.- Material y Métodos**

#### **Población diana o universo**

Estuvo constituido por todos adolescentes que fueron atendidos en los servicios de consulta externa del Hospital II-1 de Recuay en febrero del 2017.

#### **Población de estudio**

Estuvo integrado por 278 pacientes adolescente que se atendieron en los servicios de consulta externa del Hospital II-1 de Recuay en febrero del 2017

#### **Criterios de selección**

Criterios de inclusión:

- Adolescente que aceptó participar de la encuesta

Criterios de exclusión:

- Adolescente que tuvo discapacidad para la comunicación verbal y escrita, el que ya fue encuestado y el que no firmó el consentimiento informado.

La muestra se obtuvo a partir de los adolescentes que cumplieron con los criterios de selección. Se aplicó el muestreo aleatorio estratificado, considerando el funcionamiento de los consultorios externos en el turno de la mañana y la tarde.

Tamaño de muestra.

Se utilizó la fórmula correspondiente a la proporción de una población finita, aplicable en estudios transversales.<sup>31</sup>



Donde:

$N = 235$  adolescentes que asisten al establecimiento de salud.

$Z = (1.96)$

$P = 0.5$

$Q = 0.5$

$E = 0.05$

$$n = \frac{NZ^2 \times PQ}{(N-1)E^2 + Z^2 \times PQ}$$

$n = 146$

El tamaño de muestra fue de 146 adolescentes.

### **Muestreo**

Se aplicó el muestreo aleatorio sistemático, es decir de manera intercalada hasta completar la muestra.<sup>32</sup>

### **Unidad de análisis**

Adolescente que cumplió con los criterios de selección

### **Unidad de muestreo**

Registro de atención en el consultorio externo.

### **Diseño de estudio.**

#### **Tipo de estudio**

Fue un estudio observacional,

Diseño específico:

Correlacional, prospectivo.<sup>33</sup>

Tabla de variables.

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INDICE
Disfuncionalidad Familiar	Cualitativa	Ordinal	Puntaje obtenido mediante Test de Apgar Familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 a 20 Buena funcionalidad</li> <li>• 14-17 puntos, disfunción leve</li> <li>• 10 a 13 puntos disfunción moderada</li> <li>• 0 a 9 puntos disfunción severa</li> </ul>
Ideación suicida.	Cualitativa	Ordinal	Puntaje obtenido mediante test de Beck	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseo de morir mínimo 0 a 12 puntos</li> <li>• Deseo de morir moderado 13 a 26 puntos</li> <li>• Deseo de morir intenso 27 a 38 puntos</li> </ul>

#### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

##### VARIABLE 1:

La familia disfuncional. - Es aquella en la que los conflictos, la mala conducta y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. Las familias disfuncionales son también el resultado de personas afectadas por adicciones (alcohol, drogas, etc.) y en otras patologías mentales. Sera evaluado mediante el test de APGAR familiar.<sup>14</sup>

##### VARIABLE 2

Ideación suicida. - Conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida, el cual será evaluado con el Test de Ideación Suicida de Beck.<sup>10, 34</sup>

#### ADOLESCENTE

Se considera adolescente a la etapa de vida que transcurre entre los 12 a los 17 años y se trata de una etapa de cambios físicos, psíquicos y de relaciones sociales en que aparecen conductas que pueden plantear dudas con respecto a la normalidad.<sup>43</sup>

## PROCEDIMIENTO

- Se solicitaron las aprobaciones y permisos requeridos al Hospital II-1 de Recuay para la toma de datos, por medio de una solicitud (Anexo1)
- Una vez aprobado se coordinó con el área de triaje en los consultorios con el fin de identificar a los adolescentes que asistieron a los diversos consultorios para obtener los datos que interesan para la presente investigación
- Se identificaron los grupos de estudio, constatando con el DNI y criterios de selección.
- Se aplicó el cuestionario en el consultorio de consejería del escolar y adolescente
- Se hizo uso del cuestionario para recolección de información que incluyó dos test: el de Apgar familiar y Test de ideación suicida de Beck. (Anexo 2)
- Se verificó antes de concluir la encuesta que todas las casillas estén llenas, si falta alguna, se continuó hasta completar la encuesta. Al final se agradeció la información brindada.
- El tiempo máximo estuvo calculado en 20 minutos. La encuesta se aplicó en el transcurso de diez días

Instrumento. - El cuestionario estuvo compuesto de tres partes: la primera parte recolectó datos informativos de los encuestados como edad, género e historia clínica. La segunda parte constó del Test de Apgar conformado por 5 ítems con un máximo de 20 puntos. La tercera parte incluyó el Test de ideación suicida de Beck que señaló puntuaciones de 13 a 38 como ideación suicida, en cambio puntuaciones de 0 a 12 indican que no hay ideación suicida.<sup>35</sup>

Validación y confiabilidad del instrumento.

La validación del Test de ideación suicida de Beck El  $\alpha$  de Cronbach tiene un valor de 0.77, sin embargo, para los hombres fue de 0.71, mientras que el  $\alpha$  de Cronbach para las mujeres fue de 0.83, por lo tanto, el instrumento de ideación suicida de Beck tiene un leve efecto diferencial cuando se consideran hombres y mujeres integrados en la muestra que separados por género. Y su validez se centra más en escolares adolescentes que en la población universitaria<sup>36</sup>.

Por otro lado, el test del apgar familiar presenta buena fiabilidad según el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,86. Se observa excelente validez de constructo en

tanto que los coeficientes Lambda entre cada ítem y el factor de “funcionalidad familiar” que fueron superiores a 0,4. Adicionalmente, se confirma que los cinco ítems representan un único factor (Funcionalidad familiar), que explica el 52,77% de la varianza obtenida en los puntajes del APGAR.<sup>37</sup>

## PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

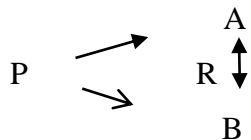
### Estadística descriptiva

Se tomó en cuenta las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), que se plasmaran en tablas tetracóricas de acuerdo a los objetivos específicos propuestos en el presente estudio. El procesamiento de la información se realizó usando una computadora que contenga el paquete estadístico SPSS versión 23.0.

### 8.2. Estadística inferencial

Para el análisis se aplicó la prueba estadística correlacional de Spearman para determinar la relación mediante la asociación o independencia de las variables en estudio, considerándose  $p < 0,05$  como significativo y  $p < 0,01$  altamente significativo.<sup>38, 39</sup>

### 8.3. Estadígrafos propios del estudio.<sup>39</sup>



P= población de usuarios externos

A= Disfuncionalidad familiar

B=Ideación suicida

R. Relación entre las variables

## 9. Consideraciones Éticas

Para la presente investigación, se aplicaron los principios de la Declaración de Helsinki, en su última versión desarrollada en Brasil. Considerando las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos., como también se tomó toda clase de precauciones para resguardar la intimidad

de la persona que participaron en la investigación y la confidencialidad de su información personal.<sup>40</sup>

Con respecto a las consideraciones nacionales, se tomó en cuenta los siguientes artículos del código de ética del colegio médico del Perú:

Art. 48°, El médico debe presentar la información proveniente de una investigación médica, para su publicación, independientemente de los resultados, sin incurrir en falsificación ni plagio y declarando si tiene o no conflicto de interés.<sup>41</sup>

#### IV.- RESULTADOS

**TABLA N° 1.- DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL II-1 DE RECUAY EN EL 2017.**

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	N	%
BUENA FUNCIONALIDAD	40	27.4
DISFUNCIONALIDAD LEVE	54	37.0
DISFUNCIONALIDAD MODERDA	41	28.1
DISFUNCIONALIDAD SEVERA	11	7.5
TOTAL	146	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**TABLA N° 2.- IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL II-1 DE RECUAY EN EL 2017.**

IDEACIÓN SUICIDA	N	%
DESEO DE MORIR MINIMO	113	77.4
DESEO DE MORIR MODERADO	29	19.9
DESEO DE MORIR INTENSO	4	2.7
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Ficha de recolección de datos

**TABLA N° 3.- DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL II-1 DE RECUAY EN EL 2017.**

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	IDEACION SUICIDA						TOTAL	
	DESEO MINIMO		DESEO MODERADO		DESEO INTENSO		n	%
	n	%	N	%	n	%		
BUENA	34	23.3%	6	4.1%	0	0%	40	27.4%
DISFUNCIONAL LEVE	43	29.5%	11	7.5%	0	0%	54	37.0%
DISFUNCIONAL MODERDA	30	20.5%	10	6.8%	1	0.7%	41	28.1%

DISFUNCIONAL SEVERA	6	4.1%	2	1.4%	3	2.1%	11	7.5%
TOTAL	113	77.4%	29	19.9%	4	2.7%	146	100%

FUENTE: Ficha de recolección de datos

CORRELACIONAL DE SPEARMAN  $r = 0.185$

SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA  $p = 0.026$

#### IV.- DISCUSIÓN

Se puede apreciar que tras aplicar el test de Apgar para estimar la disfuncionalidad familiar (Tabla N°1), se halló que el 37% tuvo disfuncionalidad leve, 28.1% disfuncionalidad moderada y 7.5% severa, mientras que solo el 27.4% de adolescentes perteneció a una familia funcional.

Estudios previos informaron que existe un predominio de disfuncionalidad leve en los adolescentes, como la publicación de Moreno J, et al<sup>22</sup> en Colombia, quien mencionó que la disfunción leve alcanzó el 44%, seguido de la función normal. También Grandez R. en Perú, reportó que la disfunción leve estuvo presente en el 56,9%, de los adolescentes.<sup>27</sup> Sin embargo otros estudios señalan una mayor prevalencia de funcionalidad familiar como el de Ulate D<sup>21</sup>, en Costa Rica, quien halló que la prevalencia de buena función familiar fue del 68,6% y disfunción leve del 27,4%. Por su parte Pérez A.<sup>23</sup> en España, publicó que la funcionalidad familiar fue 74% y la disfunción leve 18%.

La disfunción familiar es multifactorial y la presencia o no de disfunción familiar, o variabilidad en su frecuencia porcentual va a depender de factores como son: el nivel socioeconómico, presencia de pobreza extrema, trabajo eventual en los jefes de familia, ausencia de alguno de los padres o padres sustitutos. También existen factores protectores como el apoyo de familiares o redes sociales, viviendas adecuadas entre otros.<sup>13, 14</sup>

Hay que tener en cuenta que la familia disfuncional, tiene límites intergeneracionales borrosos, ausencia de actitud negociadora, baja atención a los sentimientos y opiniones de sus integrantes donde las pautas de interacción

son fijas y rígidas, donde las funciones de los miembros no están establecidas, ni delimitadas. Cuanto más evidente las características mencionadas habrá una mayor percepción de disfunción familiar.<sup>15</sup>

En cuanto a ideación suicida en los adolescentes (Tabla N° 2), se observó que el 77.4% tuvo deseos de morir en un nivel mínimo, mientras que el 19.9% el deseo de morir fue moderado y solo un 2.7% manifestó tener un deseo de morir intenso.

Existe evidencia que la prevalencia de ideación suicida es diversa en cada escenario, el grupo de investigadores liderado por Pérez I, et al<sup>24</sup> halló que solo el 14,2% de adolescentes colombianos tuvieron ideación suicida. Mientras que, Rojas I, et al en Perú, halló una prevalencia de ideación suicida fue de 26,7%.<sup>26</sup> En cuanto al nivel, es obvio que es positivo encontrar un nivel de ideación suicida leve que indica un bajo riesgo. En el ámbito nacional Huapaya D.<sup>28</sup> y Vera M.<sup>29</sup> hallaron que el 83% de adolescentes presentaron bajo nivel de ideación suicida, sin embargo, llama la atención el resultado que publicó Pérez P.<sup>25</sup> al encontrar en los adolescentes un predominio de ideación suicida medio con 72,1%.

Un incremento del grado o nivel de ideación suicida depende de una serie de factores, es por eso importante realizar el tamizaje mental respectivo. Entre las causas del incremento de ideación suicida en los adolescentes se describen a: el aislamiento social, trastornos de ansiedad y uso de sustancias psicoactivas, que incrementa el riesgo de imitación, si el suicidio o intento de suicidio lo comete un amigo. Por lo tanto, la imitación desempeña un papel importante como factor de riesgo en algunos grupos de adolescentes, principalmente cuando hay coexistencia de trastornos psiquiátricos. El seguimiento de estas características es un componente que se recomienda al realizar actividades de prevención de suicidio en jóvenes y resalta la importancia del manejo de la información en lo relacionado con promoción de salud mental.<sup>42</sup>

Referente a la relación entre la disfuncionalidad familiar y la ideación suicida (Tabla N°3), se halló que existe una correlación positiva débil entre ambas



variables, tras aplicar el correlacional de Spearman y obtener un  $r=0.185$  con una  $p=0.026$

La mayoría de estudios previos señalan la relación entre la disfuncionalidad familiar y la ideación suicida, tal como lo describe Pérez I, et al<sup>24</sup> al señalar que dicha disfunción incrementa en más de dos veces el riesgo de ideación suicida. En el Perú, Pérez P.<sup>25</sup> también halló relación significativa con un  $r=303$  ( $p<0.05$ ). Rojas I, et al<sup>26</sup> también reportó un mismo comportamiento.

Es importante señalar el efecto psicológico que una mala relación y comunicación dentro de la familia puede incrementar la posibilidad de formarse la ideación suicida. Incluso el nivel de mala relación de comunicación con la madre afecta más al adolescente, en comparación con la comunicación con el padre.<sup>27</sup>

## **V.- CONCLUSIONES**

1. La disfunción familiar leve fue la predominante en los adolescentes.
2. La ideación suicida mínima es la que predominó en la población adolescente,
3. Existe relación positiva débil entre la disfuncionalidad familiar y la ideación suicida.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Realizar un estudio de cohorte prospectivo, con el fin de estimar si con estos resultados la disfunción familiar constituye un factor de riesgo para la presencia de ideación suicida en los adolescentes,
- Ampliar el referido estudio a poblaciones en comunidad o colegios con el fin de evitar probables sesgos de selección, de manera que los resultados puedan generalizarse.

## VII.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Vargas G, Vásquez C, Soto G, Ramírez L. Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. Manual para profesionales de la salud. Medellín. Secretaria de salud de Medellín. 2015.
2. Sánchez J, Villarreal M, Musitu G, Martínez B. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 2010; 19(2010): 279-287
3. Brezo J, Paris J, Barrer E. Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. *Psychol Med* 2007; 37: 1563-74.
4. Ventura R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib M. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Rev. méd. Chile*. 2010 Mar; 138(3): 309-315.
5. Carr A. *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. 3th Ed. New York. Taylor y Frances Group. 2015
6. Cabra O, Infante D, Sossa B. El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Rev Médica Sanitas* Abril - Junio de 2010; 13(2):28-35
7. Bobes J, Giner J, Saiz J. *Suicidio y psiquiatría, Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid, Triacastela. 2011
8. Mansilla F, *Suicidio y prevención*. Palma de Mallorca. InterSalud, 2010
9. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida: Evaluación y tratamiento*. Editorial de Ministerio de Ciencia e Innovación. 2011
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Guía sobre la prevención del suicidio*. Andalucía. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2010

11. Carvajal G, El, Caro C, Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá. *Colomb Med.* 2011; 42 (1): 45-56
12. De la Torre M. Centro de Psicología Aplicada. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid 2015.
13. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC -- Lima: Ministerio de Salud; 2011
14. Castejón J. Navas L. Aprendizaje, desarrollo y disfunciones: implicaciones. Alicante. España, Editorial Club Universitario. 2009. pp 337- 367.
15. Zurro M. Cano F. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 3ª ed. Madrid Elsevier 2010 pp166
16. González F, Gimeno A, Meléndez J, Córdoba A. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial *Escritos de Psicología* 2012;5(1);34-39
17. Rubinstein A, Terrasa S, Herramienta Clínica en Medicina Familiar. Editorial-Panamericana, 2º Edición. Argentina. 2006. Pag. 144.
18. Ela-Asen K. Intervención Familiar. Madrid. Editorial-Paidós. España, 2007, pag.108.
19. Suarez-Cuba M. El Médico Familiar y la atención a la familia. *Rev. Papeña de Medicina Familiar* 2006; 3(4):95-100.
20. Ceballos g, Suarez Y, Suescún J, Gamarra L, González K. Sotelo A. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.* Duazary, Enero - Junio De 2015;12(1): 3-9
21. Ulate D. Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez *Acta méd. costarric* enero-marzo 2013 (Citado 2 de Diciembre del 2015); 55 (1),23-29.
22. Moreno J, Chauta L. Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina,* enero-junio, 2012; 6(1):155-166

23. Pérez A. Cambios en la Estructura y la Función Familiar de los Adolescentes Españoles entre 1997 y 2010. Sociedad Iberoamericana de información científica. Noviembre 2012.
24. Pérez I, Téllez D, Vélez A, Ibáñez M. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. Rev. Colomb. Psiquiat. 2012; 41(1): 26-42
25. Pérez P. Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación secundaria del distrito de San Juan de Miraflores. Psique Mag 2016;4(1): 81-94
26. Rojas I, Saavedra J. Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana. Rev Neuropsiquiatr, Lima 2014; 77(4): 32-39
27. Grandez R. Actores familiares asociados a la ideación suicida en los adolescentes de la institución educativa Benito Juárez. 2011. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma Lima; 2011
28. Huapaya D. Factores asociados a ideación suicida en adolescentes escolares de 3er, 4to y 5to años de secundaria de instituciones educativas públicas del cono este de Lima, 2009. Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú 2010.
29. Vera M. 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, 2009. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010
30. González R, Cárdenas A, Martínez A, Martínez O, Blanco. M. Suárez I. Salud familiar en adolescentes con antecedentes de intento suicida. Propuesta de intervención. Policlínico Docente II. Manzanillo. Revista Médica. Granma Multimed 2016; 20(1)
31. Wayne W. D. Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud. México DF: Editorial Limusa S.A. De C.V., 2002
32. Casal J, Mateu E. Tipos de muestreo Rev. Epidem. Med. Prev. 2010;1: 3-7
33. León O. y Montero, I. Métodos de Investigación en psicología y Educación (3ª edición). McGraw-Hill: Madrid.
34. Higueta, L.F., Cardona, J. Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia), 2014. Rev. CES Psicol. 2016; 9(2):167-178.

35. Suarez M, Alcalá S. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz, Enero - Junio 2014; 20(1):52-58
36. Córdova M. Rosales J. Confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior Rev Alter Psico Febrero-marzo 2012 (Citado el 12 de Junio del 2013); 16(26):17-26
37. Forero L. Avendaño M, Duarte Z, Campo A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. Rev ColomPsiqui; 2006; XXXV(1):23-30
38. Fathalla Mahmoud, F. Guía práctica de investigación en salud. Washington, D.C: OPS, 2008.
39. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª edición. México Distrito Federal: Mc Graw Hill; 2014
40. Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza Brasil 2013 Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf)
41. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. Lima. CMP; 2009
42. Sánchez R, Guzmán Y, Cáceres H. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. Rev Colom Psiqu. 2009; XXXIV(1):12-25
43. Cornellà J. Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. Pediatr Integral 2009;XIII(3):241-251

## ANEXO 1

### FICHA SOLICITUD DE PERMISO (HOSPITAL II-1 RECUAY)

#### Solicitud de Permiso

Fecha:..

Señor     Director del Hospital II-1 de Recuay :

Asunto   : Proyecto de Investigación Científica

Yo, Abimael Kevin Urtecho García, Alumno de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, de Trujillo, me dirijo a Ud, para saludarle cordialmente y solicitarle la autorización para la ejecución del proyecto de Tesis denominado **Disfuncionalidad Familiar relacionado a ideación suicida en la adolescentes**. A realizarse en el Hospital de Recuay. En Febrero del 2017

Mucho estimare disponer de su atención al requerimiento en razón de que el proyecto de investigación se ejecute y llegue a concluir con el permiso correspondiente de su institución.

Se adjunta: proyecto de Tesis/ silabus del curso



Agradeciendo la gentileza de su atención, quedo a la espera de su respuesta.

Atentamente:

-----

Urtecho García Abimael Kevin.

## ANEXO 2

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### “Disfuncionalidad Familiar asociado a Ideación suicida en los adolescentes del Hospital de Recuay. 2017”

##### I. DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE

Número de Ficha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de HC: \_\_\_\_\_

Edad;

Género; Masculino ( ) Femenino ( )

##### II.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Marque con una X la respuesta que Ud. cree se acerca más a la verdad

<b>FUNCIÓN</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					

Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, etc					
Me satisface como compartimos en familia el tiempo para estar juntos.					

### III.- ESCALA DE BECK (Obtenido de Córdova M. et al<sup>29</sup>)

#### A. Características de la actitud ante la vida o la muerte

##### 1. Su deseo de vivir es

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Mediano o poco (Débil)
- 2. No tengo deseo de vivir

##### 2. Su deseo de morir es:

- 0. No tengo deseos de morir
- 1. Pocos deseos de morir
- 2. Deseo moderado o fuerte de morir

##### 3. Sus razones para vivir/morir

- 0. Más razones para vivir que para morir
- 1. Igual unas que otras
- 2. Más razones para morir que para vivir

##### 4. Deseo de realizar un intento de suicidio

- 0. Ninguno
- 1. Poco (Débil)
- 2. Moderado a fuerte

##### 5. Intento de suicidio de forma pasiva

- 0. Tomaría precauciones para salvar la vida

- 1. Dejaría a la suerte el vivir/morir
- 2. Evitaría los medios necesarios para salvar o conservar la vida
- **Si en los 4 códigos de los ítems 4 y 5 la puntuación es 0, sáltese las secciones II, III, IV, puntuando "8" (no aplicable) en cada uno de los espacios codificados en blanco "()"**.

**B. Características de la Ideación/Deseo suicida**

**6. La duración de la ideación/deseo suicida**

- 0. Breve, duran poco tiempo s son períodos pasajeros
- 1. Amplios períodos o temporada
- 2. Continuo (crónico), o casi continuo

**7. Su frecuencia de la ideación/deseo suicida**

- 0. Raro, ocasionalmente
- 1. Frecuentemente pienso
- 2. Casi todo el tiempo pienso

**8. Su actitud hacia los pensamientos a ideación/deseo suicida**

- 0. Rechazo los pensamientos
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación los pensamientos o deseos

**9. Su Control sobre el acto suicida o deseo de suicidio**

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

**10. Sus razones o motivos que detiene la tentativa de suicido (familia, religión,)**

- 0. No intentaría porque algo lo detiene
- 1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen
- 2. No tiene o mínimo interés en las razones que la detienen
- (Indicar cuales son los factores que lo detienen\_\_\_\_\_)

**11. Razones para pensar o desear el Intento suicida**

- 0. Manipular el ambiente, atraer la atención, venganza
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, manera de resolver problemas

#### C. Características del Intento de suicidio planeado

##### **12. Método: especificidad/planificación de pensar el intento**

- 0. No considerar método o plan
- 1. Considerado pero sin elaborar los detalles
- 2. Detalles resueltos, planes bien formulados

##### **13. Método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.**

- 0. Método no disponible, no oportunidad
- 1. Método que requeriría tiempo, esfuerzo/no oportunidad
- 2a. Método y oportunidad disponibles
- 2b. Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.

##### **14. Sensación de "capacidad para realizar el Intento"**

- 0. No coraje, no tiene valor, temeroso, incompetente
- 1. Inseguro de tener coraje, o valor o capacidad de hacerlo
- 2. Estoy seguro de tener valor y coraje

##### **15. La Expectativa de anticipación de un Intento actual y real**

- 0. No
- 1. Sin seguridad, sin claridad
- 2. Si

#### **IV. Realización del intento de suicidio**

##### **16. Preparación real de hacerlo**

- 0. Ninguna preparación
- 1. Alguna preparación (empezar a guardar pastillas)
- 2. Completa (preparativos terminados)

##### **17. Nota suicida**

- 0. No ha escrito nota o carta (ninguna)
- 1. Solo Iniciada pero no terminada, solo ideas sobre ella
- 2. Completada, o escrita, incluso depositada

**18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidios arreglos (Testamento, arreglos, pagos) preparar la muerte (seguros, testamento, donaciones, etc.)**

- 0. Ninguno
- 1. Ideas sobre o hacer algunos arreglos
- 2. Ha realizado o completado los arreglos

**19. Engaño/Ocultación de la idea de realizar el intento suicida**

- 0. Revela las ideas abiertamente
- 1. Evita o revela las ideas con reserva
- 2. Intenta ocultar, engañar, mentir

**V. Antecedentes**

**20. Intentos de suicidio previos**

- 1. Ninguno, nunca ha intentado
- 2. Una vez
- 3. Más de una vez

**INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

**A.- VALORACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA**

A) 0 - 12; sin ideación suicida

B) 13 - 38; con ideación suicida.

**VALORACIÓN APGAR FAMILIAR**

**FUNCIÓN**

**PUNTAJE**

Buena función familiar

18 a 20 puntos

Disfunción familiar

00 a 17 puntos

### ANEXO 3

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN (Autorización para realizar una investigación médica)**

1.-El (La) que suscribe:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre del padre o madre de familia) de\_\_\_\_\_años de edad, identificado con DNI\_\_\_\_\_ y con domicilio en;\_\_\_\_\_ (calle, numero, urbanización/sector,), por este medio, con toda libertad y sin ningún tipo de presión, acepto ser parte de la investigación Científica:

Disfuncionalidad Familiar relacionado a ideación suicida en los adolescentes

Esta Investigación realizada por la alumna de medicina URTECHO GARCÍA Abimael Kevin quien me informó de manera detallada la participación de mi menor hijo(a), durante el proceso, así mismo los datos que obtenga serán de reserva exclusiva para el referido estudio manteniendo la confidencialidad de mis datos personales. Ante lo expuesto doy mi consentimiento a participar en dicho estudio.

Recuay, Febrero del 2017

(Firma del Padre de familia)