



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

***“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y RIESGO SUICIDA EN  
ADOLESCENTES QUE ACUDEN A SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS 2017”.***

Tesis para Optar el Título de Segunda Especialidad en Terapia Familiar Sistémica

**AUTOR (A)**

Rebeca Marcela Carrión García

**ASESOR (A)**

Raúl Ernesto Porras Lavalle

**JURADO (A)**

Juan Víctor Sandonas Milla

Juan Roberto Chávez Navarro

Walter Peña Manrique

**LIMA – PERÚ**

**2019**

### **DEDICATORIA**

*Dedicada a mi familia, que con su paciencia y amor me apoyaron en el logro de mis objetivos.*

*A Dios que permite tener vida y salud para seguir adelante.*

*A mis colegas compañeras de especialidad que me motivaron a continuar y lograr realizar mi tesis.*

*A todos los padres de los pacientes y pacientes que colaboraron en este estudio.*

*Infinitamente gracias.*

## **Resumen**

El estudio titulado “La relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en el adolescente que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, 2017”. Quien conto con el objetivo principal de precisar si existe relación entre funcionamiento familiar y el riesgo suicida en el adolescente. La muestra fue de 159 adolescentes de ambos sexos que acudieron a servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas, a quienes se le aplicó la Prueba Face III de funcionalidad familiar y el cuestionario de Escala de Tendencias Suicidas de Poldinger aplicado para esta tesis. El tipo de estudio es descriptivo correlacional, nos muestra la relación entre funcionamiento familiar y el riesgo suicida, donde se presenta una relación altamente significativa, esto quiere decir, que mayor funcionamiento familiar es menor el riesgo suicida en el adolescente.

Palabras clave: Adolescente, funcionalidad Familiar y riesgo suicida.

## **Abstract**

The study entitled "The relationship between family functioning and suicidal risk in adolescents who attend the emergency service of the Pediatric Emergency Hospital, 2017." Who had the main objective to determine if there is a relationship between family functioning and suicidal risk in adolescents. The sample consisted of 159 adolescents of both sexes who attended the emergency service of the Pediatric Emergency Hospital, to whom the Face III Family Function Test was applied and the Poldinger Suicide Trends Scale questionnaire applied to this thesis. The type of study is descriptive correlational, shows us the relationship between family functioning and suicidal risk, where a highly significant relationship is presented, this means, that greater family functioning is less suicidal risk in adolescents.

**Keywords:** Adolescent, Family functionality and suicidal risk.

## ÍNDICE

Resumen .....	iii
Abstract .....	iv
INTRODUCCIÓN .....	7
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
1. Antecedentes teóricos:.....	9
1.1 Ámbito internacional:.....	9
1.2 Antecedentes de estudio en el ámbito nacional:.....	9
2. Planteamiento del problema .....	10
3. Formulación interrogativa del problema .....	11
4. Objetivos .....	11
4.1 Objetivo general .....	11
4.2 Objetivos específicos .....	11
5. Justificación.....	12
6. Definición conceptual. ....	13
CAPITULO II MARCO TEÓRICO .....	14
2.1 Bases teorías de la variable independiente: funcionamiento familiar .....	14
2.2 Bases teorías de la variable dependiente: riesgo suicida.....	16
2.3 Marco conceptual .....	20
2.4 Hipótesis.....	21
2.4.1 Hipótesis general .....	21
2.4.2 Hipótesis específicas.....	21

CAPITULO III MÉTODOS.....	21
3.1 Tipo de estudio.....	21
3.2 Diseño de estudio.....	22
3.3 Estrategia de la prueba de hipótesis .....	23
3.4 Población y muestra .....	23
3.5 Instrumentos de recolección de datos .....	24
3.6 Descripción del proceso de prueba de hipótesis .....	25
CAPITULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	26
Contraste de hipótesis.....	26
Análisis e interpretación de resultados.....	28
CAPITULO V .....	34
5.1 Discusión.....	34
5.2 Conclusión.....	38
5.3 Recomendaciones.....	38
Bibliografía.....	40
Anexos.....	45

## INTRODUCCIÓN

La metodología que se empleó para este estudio de investigación, fue de tipo descriptiva, correlacional, con corte transversal; que busca medir la asociación o relación entre dos o más variables y de sus dimensiones. Aplicando los instrumentos de medición que son el cuestionario de la prueba Face III y el cuestionario de Escala de Tendencias Suicidas para esta investigación, a una muestra de 159 adolescentes atendidos en el Hospital de Emergencias Pediátricas. Así comprobar la existencia en la relación entre funcionalidad familiar y riesgo suicida de los adolescentes que Acuden al servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.

Los resultados que arroje esta investigación nos permitirá realizar intervenciones oportunas a su vez incorporar atenciones especializadas para este tipo de problemática. A través de esta investigación podremos identificar aspectos de riesgo suicida en adolescentes, además determinar su frecuencia y el tipo de adaptabilidad y cohesión familiar con que cuentan.

Para el estudio de investigación se estructuro de la siguiente manera.

CAPÍTULO I: está conformado por los antecedentes nacionales e internacionales de la investigación, descripción del problema, la formulación general y específica del problema, los objetivos generales y específicos de problema, la justificación y definición conceptual.

CAPÍTULO II: está conformado las teorías según variable independiente y dependiente, el marco conceptual y la hipótesis.

CAPITULO III: está conformado por la metodología, que es el tipo, el diseño de la investigación, la estrategia de la prueba de hipótesis, población y muestra, instrumento de recolección de datos y descripción del procesamiento de prueba de hipótesis.

CAPITULO IV: está conformado por la contratación de la hipótesis y la interpretación de los datos recolectados a través de los instrumentos.

Finalmente, el CAPÍTULO V se realizará la discusión, las conclusiones y recomendaciones, la bibliografía y el anexo respectivo.



## CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1. Antecedentes teóricos:

El estudio se realizó en base a dos ámbitos: ámbito Nacional e Internacional.

#### 1.1 Ámbito internacional:

1. Entre los factores de riesgo familiares de intento suicida tenemos a Moscicki (1997) que refiere que los riesgos están relacionados directamente a “Las conductas suicidas en el historial familiar, al estado de ánimo, al uso y abuso de sustancias químicas dentro de la familia, la ausencia de uno o ambos padres o por la separación de estos del entorno familiar con el adolescente, los estilos de crianza negativos y violentos” (p 459).

2. Por otro lado, tenemos los riesgos están directamente relacionados como afirman Gonzales-Seijo, Ramos-Vicente, Lastra-Martinez, De Dios Vega (1996) a: “El estilo de vida y la estructura de la familiar, la relación entre los miembros de la familia, los desórdenes mentales de uno o varios miembros de la familia” (p. 138).

3. Y Tuszyunska (2011) nos dice que “Los acontecimientos, los cambios, la comprensión, la percepción y la calidad de vida que viven los miembros de la familia” (p.92). repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento continuamente.

#### 1.2 Antecedentes de estudio en el ámbito nacional:

1. En el Perú, escasos trabajos dan cuenta de la relación entre estas variables de estudio; sin embargo, se han encontrado investigaciones que abordan los temas por separado o relacionados con otras variables de estudio;

La prevalencia de vida de consideraciones o pensamientos de índole suicida en el adulto, adolescente y adulto mayor es de 30.3% 29.1% y 27.8% respectivamente. La prevalencia de vida en el adulto es mayor que en los adolescentes, la prevalencia

anual en los adolescentes es mayor respecto a los adultos (15.3% y 8.5% respectivamente), lo cual pone al suicidio y la depresión entre las prioridades de la salud mental durante la infancia y adolescencia (Informe MINSA, 2011, p.11).

2. Según estudio realizado en la población adolescente residente en la Provincia de Huaral “en el año 2012, es de 21 886, mientras que para el distrito de Huaral, de 11 850 adolescentes; se han incrementado las atenciones en salud mental: 24% de las atenciones están relacionadas con la violencia familiar y el grupo de mayor atención son los adolescentes” (Minetto, 2012, p. 61), así por ejemplo en el 2011 y hasta julio de 2012, se ha atendido 993 casos de violencia familiar y 60 casos de intento de suicidio como Red Huaral.

## **2. Planteamiento del problema**

Las estimaciones realizadas indican que: “en el año 2020 las víctimas ascenderían a 1,5 millones, produciéndose muertes por suicidio en el mundo. Según la OMS, 2013, nos dice que las personas de 15 a 44 años tienen mayor probabilidad de suicidarse. Volviéndose así un problema para la salud pública,” p.26).

Algunos estudios han determinado que las personas con antecedentes familiares de separación, ruptura, desavenencias familiares, escasa comunicación, estructuras familiares rígidas tienen vulnerabilidad y tienen estrecha relación con el riesgo suicida. Presentándose muchos conflictos en la relación de adolescentes y los padres, asimismo la familia tiene que prepararse para los cambios internos y externos de cada uno de sus miembros en esta etapa.

El presente trabajo tiene por objetivo encontrar una relación entre funcionamiento familiar y riesgo suicida de los pacientes adolescentes atendidos en el servicio de servicio de Emergencia, los cuales nos proporcionarían hallazgos,

análisis, recomendaciones de prevención, programas de atención diferenciada en salud, apoyo de programas de salud mental a fin de disminuir dicha problemática.

### **3. Formulación interrogativa del problema**

#### **3.1 Problema general**

¿Qué relación existe entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida de los adolescentes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas en el año 2017?

#### **3.2 Problema específico**

¿Qué tipo de cohesión familiar predomina entre las familias de adolescentes que presentan riesgo suicida que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas?

¿Qué tipo de adaptabilidad familiar predomina entre las familias de adolescentes que presentan riesgo suicida que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas?

### **4. Objetivos**

#### **4.1 Objetivo general**

Precisar la relación entre funcionamiento familiar y el riesgo suicida de los adolescentes que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.

#### **4.2 Objetivos específicos**

1. Determinar el tipo de cohesión familiar que predomina en las familias de los adolescentes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.

2. Determinar el tipo de adaptabilidad familiar que predomina entre las familias de adolescentes que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.
3. Determinar el riesgo suicida de los adolescentes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.

## 5. Justificación

### **Punto de vista social:**

Para este estudio es necesario tomarse en cuenta, que en toda familia existen múltiples problemas como adaptabilidad inadecuada, escasa cohesión siendo caldo de cultivo para el riesgo suicida entre los adolescentes.

El riesgo y la tendencia suicida entre adolescentes, es un flagelo social que ocasiona en ellos traumas psicológicos, problemas en el aprendizaje y la dificultad para interaccionarse con su entorno.

### **Punto de vista institucional:**

Nuestra institución de salud, Hospital de Emergencias Pediátricas tiene como visión y misión la atención de emergencias y urgencias de pacientes de 0 a 19 años de edad. Siendo nuestra población objetivo los niños y adolescentes con múltiples problemáticas asociadas a las enfermedades por las que acuden a nuestro nosocomio. El ámbito familiar es uno de los espacios que damos prioridad para coadyuvar a la recuperación de los pacientes, así mismo la detección de 27 casos durante el año 2017 de tendencia suicida, nos da una casuística que debemos atender, asimismo nos obliga a prepararnos y estudiar esta problemática que va en aumento a nivel local y nacional.

### **Punto de vista teórico:**

Algunos estudios han determinado que las personas con antecedentes familiares de separación, ruptura, escasa comunicación y estructuras familiares rígidas tienen vulnerabilidad y relación directa con el riesgo suicida. Presentándose muchos conflictos entre adolescentes hijos y padres. Los padres tienen que prepararse para los cambios internos y externos de cada uno de sus miembros.

El estudio de la relación entre funcionamiento familiar y riesgo suicida de los pacientes adolescentes atendidos en el servicio de Emergencia, nos proporcionará datos importantes de análisis, recomendaciones de prevención, programas de atención diferenciada en salud, apoyo de programas de salud mental a fin de disminuir dicha problemática.

### **Punto de vista práctico:**

A través de esta investigación se buscará realizar la intervención al adolescente y a sus padres en relación con el tipo de funcionamiento familiar en el que se encuentra. Con el único fin de reducir las tendencias de riesgo suicida contribuyendo al mejoramiento de una cultura del buen trato en la calidad de vida individual y familiar de los adolescentes que son atendidos en el Servicio de Emergencia.

## **6. Definición conceptual.**

**Tabla N<sup>o</sup> 1: Distribución dimensiones conceptuales:**

<b>Variables</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>
<b>Variable Independiente</b> Funcionamiento Familiar	Es el ambiente donde los miembros que integran la familia interactúan, y esto se da a través de sus dos dimensiones: <b>cohesión:</b> Dispersa (10-34) Separada (35-40), conectada (41-45), Aglutinada (46-50) y <b>adaptabilidad:</b> Rígida (10-19), Estructurada (20-24), Flexible (25-28), Caótica (29-50).	Cohesión Familiar  Adaptabilidad Familiar
<b>Variable Dependiente</b> Riesgo Suicida	Es el acto suicida que puede ser realizado en un futuro por un individuo, donde cualquier acción puede ocasionarle consecuencias físicas al punto de poner en riesgo su vida.	1 No Riesgo 2 Riesgo Suicida 3 Tendencia al Riesgo Suicida

Fuente: Elaboración Propia

## CAPITULO II MARCO TEÓRICO

### 2.1 Bases teorías de la variable independiente: funcionamiento familiar

Teorías que explican el funcionamiento familiar. **Modelo circunplejo de David Olson**

Según (Musitu y Allant (1994):

David Olson desarrollo el modelo en el año 1979. Este modelo se basa en conceptos en terapia familiar y marital. Y posteriormente fue validado por Russell (1979). El presente modelo evalúa las dimensiones de adaptabilidad, cohesión y comunicación. (p.26)

#### **La Cohesión**

Es el grado de vínculo emocional que tienen los miembros de la familia y estas pueden ser conectados o separados. Se subdivide en familias desligadas, separadas, unida y enredada.

**Tipos de Cohesión:** (Olson, 2006, p. 56).

Se subdivide en 4:

- a) Desligada (10-34). se refiere a familias donde los miembros reflejan ausencia de unión afectiva. Es decir, donde “yo” prevalece. (Olson, 2006, p 68).
- b) Separada (35-40). Se refiere a familias donde los miembros reflejan moderada unión afectiva. Es decir, donde “yo” domina, pero pese a eso existe la presencia de un “nosotros”. (Olson, 1985, p. 157)
- c) Unida (41-45). Se refiere a familias donde los miembros que lo conforman se les observa unión afectiva, como la fidelidad e interdependencia entre ellos. Es decir, donde existe el “nosotros” con presencia del “yo”. Olson, 1985, p. 169)
- d) Enredada (46-50). Se refiere a familias donde los miembros que lo conforman se les observa una máxima unión con una fuerte exigencia hacia la lealtad y la fidelidad en la familia. Es decir, donde prima solo el “nosotros”. (Olson 1985, p.181).

## **La adaptabilidad**

Es la flexibilidad a cambiar que tiene el sistema familiar o marital; en su estructura, en sus roles y reglas, antes situaciones de estrés o de su propio desarrollo” (Olson 2006, p. 59),

**Tipos de adaptabilidad:** (Olson, 1985, p. 159).

Se subdividen en 4 tipos:

- a. Rígida (10-19 muy baja) Se basa donde las funciones familiares están estrictamente definidas y donde las reglas se cumplen no existiendo la posibilidad de cambiarlas. El liderazgo en este tipo de familia es autoritario, con una disciplina es estricta, rígida y severa.
- b. Estructura (20-24 de baja a moderada) Se basa donde las funciones familiares son un tanto democrática, donde los padres toman las decisiones, las reglas algunas veces pueden cambian. El liderazgo y disciplina en algunas veces es igualitario o autoritario.
- c. Flexible (25-28 moderado a alta) Se basa donde las funciones familiares son democráticas; donde las decisiones, las funciones y las reglas se cumplen con flexibilidad, y pueden cambiar. El liderazgo es igualitario por qué cambios negociables.
- d. Extrema (29-50 muy alta) Se basa en las funciones familiares con falta de claridad y hay frecuentes cambios en las reglas que se hacen cumplir inconsistentemente. El liderazgo es limitado y la disciplina es muy poca severa.

## **Familia disfuncional**

Fromboise y Howard-Pitney (1995, p.72) afirman que los problemas familiares respecto al suicidio son producto de “la violencia física o sexual, la deficiente comunicación entre niños y padres, la inestabilidad y la discordia entre los miembros de la familia; siendo estos signos de familias disfuncionales para el adolescente.

Dukes y Lorch, afirman que:

Las relaciones y rupturas familiares y sumados a ello la psicopatología de los padres. Son factores estresores que contribuyen a la conducta suicida en adolescentes. También nos dice que familias con historial de suicidio o intento de suicidio tienen un mayor riesgo a que el adolescente se suicide. (1989, p. 239). Asarnow (1992) nos dice que, “se observa mayores problemas en familias con adolescentes con más intentos de suicidio que en otras. Es por eso que en pacientes psiquiátricos con tentativas de suicidio se observó menor cohesión y menor conflictividad familiar, que en otros que si había alto índice”. (Asarnow, 1992, p 35)

## **2.2 Bases teorías de la variable dependiente: riesgo suicida**

(Morón, 1977, p. 59) en relación al Diccionario de la Lengua Española (1996, p 345) nos dice en cuanto al suicidio que es considerado como un autoasesinato, donde “suicidio en inglés es *suicide*; del latino **sui** es sí mismo y **caedere** es matar. Quiere decir es la acción y el efecto que perjudica muy gravemente a quien lo realiza”.

(Reyes, 1999, p 89) nos hace mención a las conductas autodestructivas como son. Las directas que son las que ponen en peligro su vida y tienen el único fin de matarse. Y las indirectas buscan lo mismo como es el poner en peligro su vida, sin hacerse daño; cómo practicar deportes de riesgo, el uso y abuso en el consumo de alcohol o drogas y manejar automóviles a alta velocidad, donde solo se busca la sensación placentera que se asocia con el riesgo de dichas actividades

Schneidman, ha considerado los aspectos más comunes entre suicidio e intento suicida:

- a) Es suspender la conciencia.
- b) Es la intolerancia al dolor y la frustración las necesidades psicológico.
- c) La desesperanza y la falta de ayuda
- d) La depresión.



- e) La agresión.
- f) La comunicación de la intención.
- g) El pensamiento suicida es el enfrentamiento a lo largo de toda su vida. (1985, p 45).

### **Fases del suicidio según Poldinger**

Poldinger afirma que existen sostiene tres estadios del suicidio:

**El primer estadio**, se basa en la destrucción de su propia vida con el único fin de resolver los problemas reales o aparentes. Este impulso inicial son producto de agresiones y aislamiento social o de factores de sugestión.

**Segundo estadio**, se basa en las manifestaciones de avisos de suicidio, entendidas como las llamadas de socorro; pero muchas veces no son atendidas por prejuicios.

**El tercer estadio**, se basa en el acto mismo de quitarse la vida, cuando es necesario prestar atención a los indicios indirectos, donde la persona con anterioridad se mostraba angustiada y deprimida, y de pronto se muestran de aspecto tranquilo y con una actitud aparentemente serena. (1969, p. 167)

**El síndrome presuicidal** es un estado psíquico antes del acto suicida, que fue expuesto por Roy: “constricción del afecto y el intelecto, inhibición de la agresividad y fantasías suicidas, los cuales se refuerzan. El Síndrome presuicidal no forma parte de la enfermedad psiquiátrica, es denominador común de aquellos trastornos que conllevan al suicidio”. (1983, p.973)

Mitterauer: habla del síndrome axial “ las anamnesis de las familias suicidas nos revelan suicidios frecuentes que las propias familias no sabían. (1985, p. 6)

Shneidman: nos hace referencia que las personas que se suicidan lo hacen en busca de dar una solución a un problema sin solución. Para que el suicida se quite la vida no es porque sea algo sin sentido o accidental; para ellos es la evasión o el término de un pensamientos y sentimientos angustiantes.

la base del suicidio es el dolor intolerable, frustración, fracaso y devaluación de sus personas que con frecuencia lo sienten volviéndolos incapaces para alcanzar expectativas positivas que vallan a mejorar la situación de su vida. (1985, p.47).

### **Riesgo suicida**

Diccionario de la Lengua Española (1996), riesgo suicida significa “toda persona o un grupo de personas que tienen la posibilidad de poder manipular una conducta suicida,”. (1996, p.349)

El riesgo suicida es un acto intencionado con la posibilidad de que el individuo cometa un acto que pueda causaran consecuencias físicas al punto de poner en riesgo la vida.

Kirk, según los diferentes grados de riesgo suicida: como son alto, moderado o bajo.

### **Niveles de riesgo suicida: Alto**

- a) En un futuro cercano o inmediato, tienen sentimiento y pensamiento sobre el suicidio.
- b) Poseen los medios para hacerlo, con un plan específico e irreversible para completar el acto.
- c) Síntomas de depresión y de agitación, presentes.
- d) Hay historia de intentos suicidas previos.

### **Niveles de riesgo suicida: Moderado**

- a) Son pensamientos suicidas, a largo plazo.
- b) Solo tienen ideas y nunca tuvieron historia previa de intentos suicidas.

### **Niveles de riesgo suicida: Bajo**

- a) Solo ha habido ideaciones suicidas.

- b) Existen mínimos síntomas suicidas (depresión moderada o mínima, estrés).
- c) No existen planes recientes ni definitivos, tampoco medios para suicidarse. (1993, p. 69).

(Vásquez, 2015, p.271) nos hace referencia que, en el 2014, los suicidios consumados registrados según género: “varones 70 %, mujeres 30 %, y según edades son: entre 9 a 17 años el 10%, 18 a 33 el 44%, de 34 a 50 años el 30%”.

(Vásquez, 1997, p.60) también nos dice que en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi en el servicio de hospitalización, los intentos de suicidio por: “lanzamiento de altura 8.7%, ahorcamiento 31.3 %, envenenamiento con 31%, disparo 15.8% y otros 6.4%”.

Mil 600 casos de intentos suicidas vienen atendiendo el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – en lo que va del año 2017.

5 casos de intentos de suicidios al día. La tasa de intentos de suicidios en el Perú ha crecido entre un 20 % a 30 % en el último año. “El año pasado, en el 2016, se atendió en el INSM “HD-HN” a unas mil 200 personas y en lo que va del año hemos recibido a unas 1,600 personas”

La proporción genérica entre mujer a varón para los intentos de suicidio es de 5 a 1, siendo los métodos más utilizados la sobredosis de medicamentos, ingesta de venenos y heridas cortantes. (Vásquez, 2017, p.2)

La motivación para la toma de esta fatal decisión se encuentra en situaciones de depresión, ansiedad, problemas de alcohol o drogas. En las mujeres las causas que las induce a cometer estos intentos de suicidio son problemas de pareja, problemas económicos o violencia familiar.

## 2.3 Marco conceptual

### **Funcionamiento familiar**

Es el ambiente donde los miembros que integran la familia interactúan, y esto se da a través de sus dimensiones

### **Suicidio**

Es la acción o conducta que realiza el individuo con el único fin de terminar con su vida en busca de resolver un problema sin solución.

### **Riesgo Suicida**

Es el acto suicida que puede ser realizado en un futuro por un individuo, donde cualquier acción puede ocasionarle consecuencias físicas al punto de poner en riesgo su vida.

### **Cohesión Familiar**

Es el grado del vínculo emocional que tienen los miembros de una familia entre sí”.

Familia desligada (10-34)

Familia Separada (35-40)

Familia unidad (41-45)

Familia enredada (46-50).

### **Adaptabilidad Familiar**

Es el sistema familiar que tiene la capacidad de cambiar su estructura, sus roles y sus reglas respondiendo al estrés y a su propio desarrollo”.

Se subdivide en:

Familias rígidas (10-19 muy baja)

Familias Estructurada (20-24 de baja o moderada)

Familia Flexible (25-28 moderado a alta)

Familia Extrema (29-50 muy alta).

## **Adolescencia**

Según Papalia, Wendkos y Duskin esta etapa se caracteriza por la transición de los cambios físicos, psicológicos y sociales que se van adoptan durante su desarrollo el cual le va permitir modelar su conducta. (2010, p. 354)

Es la etapa que marca la transformación del niño en adulto, siendo este un periodo que enlaza ambos periodos. Según la Organización mundial de la salud (2002) “la adolescencia es de 10 a 19 años, (2002, p.34).

### **2.4 Hipótesis**

#### **2.4.1 Hipótesis general**

Existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en el adolescente que acude al servicio de Emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el año 2017.

#### **2.4.2 Hipótesis específicas**

- 1) Existen diferencias en los tipos de cohesión familiar de los adolescentes que acude al servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.
  
- 2) Existen diferencias en los tipos de adaptabilidad familiar del adolescente que acude al servicio de emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas.
  
- 3) Existen diferencias respecto al riesgo suicida del adolescente que acude al servicio de emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas.

## **CAPITULO III MÉTODOS**

### **3.1 Tipo de estudio.**

El estudio es de tipo descriptivo - explicativo. Es descriptiva porque pondrá en manifiesto las características actuales que presentaba un fenómeno con el único fin de

precisar la relación entre las variables en mención. Este tipo de investigación trata de responder a las preguntas: ¿Cómo es el fenómeno y cuáles son sus características?

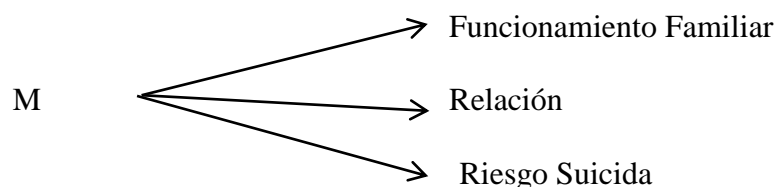
Por otra parte, la investigación también será explicativa en la medida que sea orientada al descubrimiento de los factores que pueden incidir en la ocurrencia de dicho fenómeno, en nuestro caso sería establecer la relación entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida en adolescentes atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas. Esta investigación tratará de responder a las preguntas: ¿Por qué se presenta así el fenómeno? ¿Cuáles son los factores o variables que están afectándolo?

### 3.2 Diseño de estudio.

La investigación que se desarrolla es de diseño correlacional. Que básicamente se encarga de medir a las variables, precisando su asociación entre ellas, con el fin de brindar una explicación completa (de causa y efecto) del fenómeno a investigar.

Cuando se trata de una muestra de sujetos, el investigador observa la presencia o ausencia de las variables que se desea relacionar y luego relaciona por medio de la técnica estadística.

Esta investigación tiene como propósito medir la relación que existe entre el funcionamiento familiar y riesgo suicida en adolescentes atendidos en el servicio de Emergencia en el Hospital Emergencias Pediátricas.



**Dónde:** Hospital de Emergencias Pediátricas

**M** = 159 adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.

**X** = Funcionamiento Familiar

**Y** = Riesgo Suicida

**r** = Relación significativa

### 3.3 Estrategia de la prueba de hipótesis

Los criterios de selección son:

#### **Criterios de inclusión:**

- Adolescentes entre las edades de 10 a 19 años.
- Atendidos en el servicio de emergencia.
- Adolescentes alfabetos.
- Escogidos al azar.
- Los adolescentes que presentaron la problemática.

#### **Criterios de exclusión:**

- Los niños de edad de 0 años a 9 años y 11 meses.
- Los analfabetos.
- Los adolescentes no presentaron la problemática.

**Criterios de eliminación:** Encuestas mal llenadas e incompletas.

### 3.4 Población y muestra

#### **a) Población**

La población de estudio está definida por el total de 1765 adolescentes atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas en el año 2017

#### **b) Marco muestral**

La información del marco muestral, proviene de los registros de pacientes adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.

### c) Tipo de muestreo

La muestra será probabilística y estratificada.

### d) Tamaño de la muestra

Los criterios para la muestra:

- población: 1765
- nivel de confianza: 99%
- error de muestreo: 1%
- tamaño de la muestra: 159

## 3.5 Instrumentos de recolección de datos

Los datos que se recolectarán mediante los siguientes instrumentos:

- a) **Cuestionario.** Su objetivo es registrar las preguntas y respuestas, cuyos resultados permitirán recolectar los datos necesarios y deseados para la investigación.
- b) **Análisis documental:** Tiene el propósito de conocer y deducir diferentes enfoques, teorías, conceptualización y criterios de diversos autores sobre un tema determinado.
- c) **El fichaje:** esta técnica, nos permite recolectar información teórica para la elaboración del marco teórico.
- d) **La encuesta:** se aplicará a 159 adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.
- e) **La entrevista:** esta técnica se utilizará al aplicar las encuestas y el test con la población escogidas al azar.
- f) **Muestreo:** técnica estadística es empleada para calcular la población a estudiar y la selección de los adolescentes a entrevistar.
- g) **Tabulación y análisis de datos:** será mediante el programa estadístico SPSS.



### 3.6 Descripción del proceso de prueba de hipótesis

El procedimiento es el siguiente:

- a) **Primero**, con el SPSS se elaborará las tablas univariadas y bivariadas, a las que les aplicará prueba estadística, para determinar el grado de asociación entre las variables.
- b) **En segundo**, como se señaló anteriormente mediante el modelo estadístico de regresión, se identificará a relación significativa entre funcionamiento familiar y riesgo suicida en adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas.

## CAPITULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### Contraste de hipótesis

El coeficiente de correlación que se deriva de la aplicación de su modelo de regresión es de 57.1% lo que significa que hay una fuerte relación entre las variables. El coeficiente de determinación es de 32.6%, lo cual significa que el modelo expresa el 22.9% de la variabilidad de los datos. El modelo de regresión identifica los factores de la variable **funcionamiento familiar** que se relaciona con el **riesgo suicida**, con resultados menores a 0.05 y que el modelo considerado como muy significativos, se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla N° 2: Modelo de Regresión**

#### Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,571 <sup>a</sup>	,326	,229	,214

Fuente: Elaboración Propia

El modelo de regresión identifica como factores que afectan al funcionamiento familiar del adolescente, aquellas variables con resultados menor e igual a 0.05 y que se considera como muy significativa. Sin embargo, según los resultados del SPSS 23; tratándose de un modelo final con la variable dependiente, se puede calcular las estadísticas de influencia por que el ajuste no es indicado.

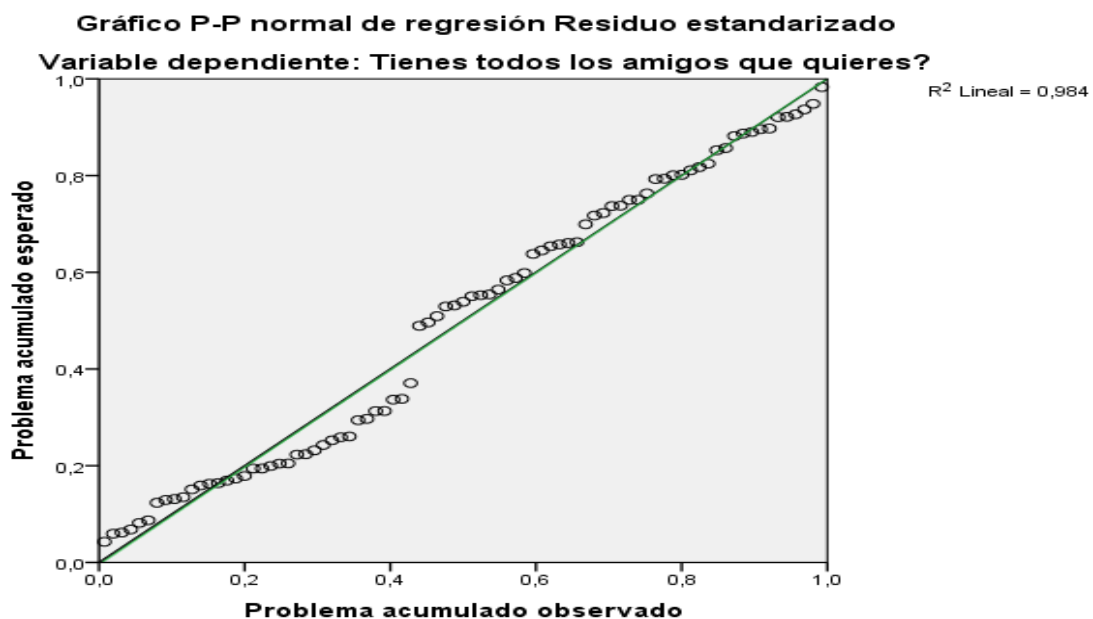
**Tabla N° 3**  
**Coefficientes<sup>a</sup>**

Modelo	Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados	t	Sig.	95.0% intervalo de confianza para B	
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior
	2,088	,197		10,578	,000	1,698	2,478
Los miembros de la familia se piden apoyo unos a otros	,001	,024	,002	,026	,980	-,046	,048
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de os hijos para resolver los problemas	-,091	,029	-,288	-3,130	,002	-,148	-,033
Aptamos las amistades de los demás miembros de la familia	,054	,025	,173	2,127	,035	,004	,105
Los hijos pueden opinar sobre su propia disciplina	,013	,023	,046	,569	,570	-,033	,059
Nos gusta convivir solamente con os familiares más cercanos	-,066	,024	-,208	-2,706	,008	-,114	-,018
Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad	-,045	,021	-,161	-2,102	,037	-,087	-,003
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	,032	,026	,100	1,261	,209	-,018	,083
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas	-,023	,024	-,071	-,948	,345	-,072	,025
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	-,030	,029	-,094	-1,047	,297	-,087	,027
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	,049	,023	,166	2,121	,036	,003	,094
Nos sentimos muy unidos	,009	,027	,029	,327	,744	-,045	,063
En nuestra familia los hijos toman las decisiones	,060	,025	,196	2,447	,016	,012	,109
Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente	-,039	,024	-,135	-1,591	,114	-,087	,009
En nuestra familia las reglas cambian	-,007	,023	-,023	-,296	,767	-,052	,038
Con facilidad podemos planear actividades en familia	,020	,028	,061	,717	,475	-,035	,076
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	,078	,023	,324	3,397	,001	,033	,123
Consultamos unos con otros para tomar decisiones	-,038	,024	-,133	-1,565	,120	-,085	,010
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene autoridad	,023	,025	,077	,949	,344	-,025	,072
La unión de la familia es muy importante	-,026	,022	-,096	-1,170	,244	-,070	,018
Es difícil decir quien hace las labores de hogar	-,014	,020	-,056	-,706	,481	-,053	,025

Fuente: Elaboración Propia

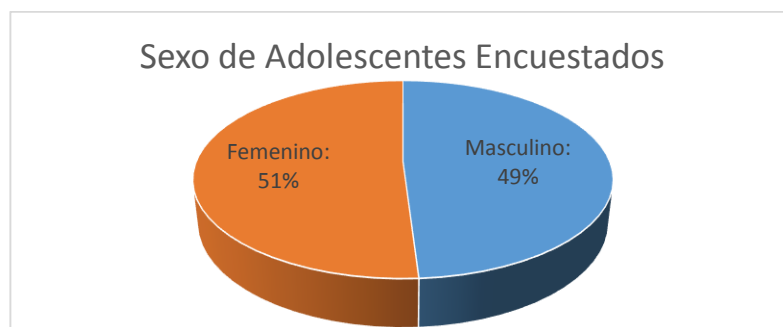
El grafico que a continuación se presenta, muestra una relación entre variable dependiente riesgo Suicida y la variable independiente funcionamiento familiar

**Grafico N° 1**



### Análisis e interpretación de resultados

**Grafico N° 2: Porcentaje de adolescentes atendidos según sexo en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el año 2017.**



Elaboración Propia

Grafico 2: El presenta grafico nos muestra los aspectos generales de los 83 adolescentes que fueron encuestado, el 51.8% del sexo masculino y el 48.2% al sexo femenino.

**Tabla N° 3: Edad de los adolescentes atendidos en el Hospital de Emergencias**

**Pediátricas**

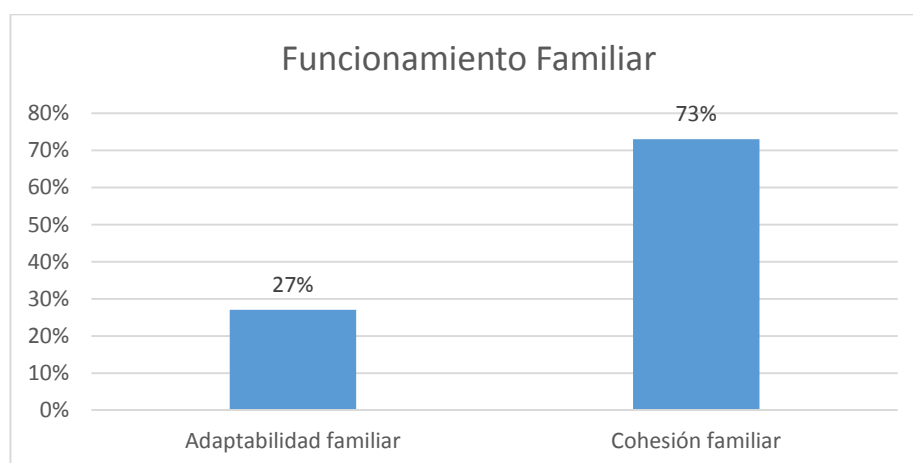
Edad de los adolescentes		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	10 -11	30	18.1
	12-13	62	38.6
	14-15	32	19.3
	16-17	30	18.1
	18-19	5	6.0
	Total	159	100.0

Tabla 3: La edad de los adolescentes encuestados se encuentra en un 18.1% entre las edades de 10 a 11 años, el 38.6% entre 12 a 13 años, también 19.3% entre las edades de 14 a 15 años, así mismo 18.1% entre las edades de 16 a 17 años, y por ultimo 6.0% entre las edades de 18 a 19 años

**4.2.1.2 Análisis e interpretación de la variable independiente: Funcionamiento**

**Familiar**

**Gráfico N° 4: Nivel de funcionamiento familiar del adolescente atendido en Hospital de Emergencias Pediátricas en el año 2017**



Elaboración propia

Grafico 4: se puede apreciar que el 73% de los encuestados manifiestan contar con una cohesión familiar importante, seguido de un 27% que refiere que en sus familias hay adaptabilidad familiar en proporción menor.

**Tabla N° 5: Funcionamiento familiar según sexo de adolescente atendido en el servicio de emergencia.**

	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
R Adaptabilidad familiar	11,9%	15,1%	27,0%
SF Cohesión familiar	37,7%	35,2%	73,0%
Total	49,7%	50,3%	100,0%

Elaboración propia

En la tabla 5: podemos apreciar que la cohesión familiar es alta en relación con sexo masculino representado por el 37,7% respecto al porcentaje de 35,2% que afirmo el sexo femenino. Según tabla descrita de distribución podemos afirmar que el 73% de los encuestados adolescentes atendidos en el servicio de Emergencia afirmo que cuenta con la sub variable cohesión familiar muy alta, respecto a la sub variable adaptabilidad familiar solo respondió que contaban un 27% del total de encuestados.

**Tabla N° 6: Sub variable cohesión según respuesta de adolescente atendido en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el año 2017.**

N°	PREGUNTAS DE SUBVARIABLE COHESION	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	Total
C1	Los miembros de tu familia se piden apoyo unos a otros	4%	13%	19%	45%	19%	100%
C3	Aceptamos a las amistades de los demás miembros de la familia	6%	17%	23%	40%	14%	100%
C5	Nos gusta convivir con familiares cercanos	7%	13%	29%	32%	19%	100%
C7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	7%	16%	39%	29%	9%	100%
C9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	7%	11%	32%	36%	14%	100%
C11	Nos sentimos muy unidos	3%	10%	29%	38%	20%	100%
C13	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente	9%	14%	12%	30%	35%	100%
C15	Con facilidad podemos planear actividades en familia	5%	19%	15%	39%	22%	100%
C17	Consultamos unos con los otros para tomar decisiones	7%	13%	25%	28%	27%	100%
C19	La unión de la familia es muy importante	5%	11%	28%	29%	27%	100%

Elaboración propia.

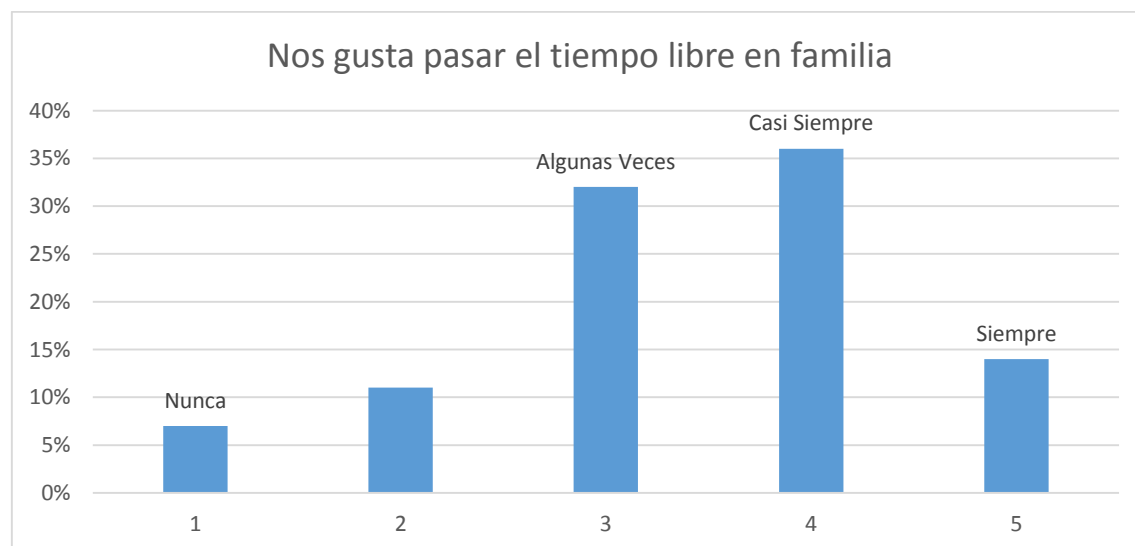
En esta tabla 6: podemos apreciar que a la pregunta C1 “los miembros de tu familia se piden apoyo los unos a otros” un 45% respondió que casi siempre en relación a un 4% de los adolescentes encuestados que refirió que casi nunca los miembros de la familia se apoyan.

A la pregunta C3 “Aceptamos a las amistades de los demás miembros de la familia” el 40% respondió casi siempre, en relación a un 6% de adolescentes que respondió nunca aceptan a sus amistades.

A la pregunta C5 “Nos gusta convivir con familiares cercanos”, el 32% de los adolescentes encuestados respondió casi siempre, en relación al 7% que afirmo nunca les gusta convivir con familiares cercanos.

A la pregunta C19 “La unión de la familia es muy importante” el 29% respondió **casi siempre**, mientras que el **5%** respondió nunca es importante la unión de la familia.

#### **Gráfico N° 4 Porcentaje de adolescentes atendidos en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el año 2017**



Elaboración propia.

En el gráfico 4: en la columna **casi siempre** tenemos que el 36% afirma “nos gusta pasar tiempo libre en familia”, mientras que el 7% a firma que no les gusta pasar tiempo libre en familia.

#### 4.2.1.3 Análisis e interpretación de la variable dependiente: Riesgo Suicida

**Tabla N<sup>o</sup> 7: Riesgo Suicida según sexo de los adolescentes atendidos en el servicio de emergencia.**

	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
No riesgo	22,6%	25,2%	47,8%
Tendencia al Riesgo suicida	26,4%	23,9%	50,3%
Riesgo suicida	0,6%	1,3%	1,9%
Total	49,7%	50,3%	100,0%

Elaboración propia.

En la tabla 7: podemos observar que el número mayor de entrevistados corresponde al sexo femenino en un 50.3%, respecto a 49.7% de sexo masculino.

Asimismo, podemos observar que el 22.6% de adolescentes de sexo masculino afirmaron no tener riesgo suicida frente a un 25.2% de adolescentes de sexo femenino de cuyas encuestas arrojaron no tener riesgo suicida.

Sobre la tendencia del riesgo suicida tenemos que un 26.4% de adolescentes de sexo masculino marco esta tendencia, respecto a adolescentes de sexo femenino con un 23.9% que presentaron tendencia a riesgo suicida. El porcentaje de adolescentes entrevistados que tiene riesgo suicida represento el 1.9%

**Tabla N<sup>o</sup> 8: Tendencia al riesgo suicida según entrevista a adolescente atendido en el Hospital de Emergencias Pediátricas en el año 2017.**

		Recuento	% de N tablas
TSRS	No riesgo	76	47,8%
	Tendencia al Riesgo suicida	80	50,3%
	Riesgo suicida	3	1,9%
	Total	159	100,0%

Elaboración propia.



En la tabla 8: tenemos que de los 159 adolescentes entrevistados que fueron atendidos en el servicio de emergencia, 76 de ellos registraron no riesgo, 80 entrevistados manifiestan tendencia al riesgo suicida y solo 3 de ellos tuvieron riesgo suicida.

## CAPITULO V

### 5.1 DISCUSIÓN

Nuestro objetivo en la presente investigación ha sido determinado en la relación significativa que existe entre el funcionamiento familiar y el riesgo suicida de los adolescentes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas. Al analizar los resultados encontramos que existe relación significativa por la cohesión, adaptabilidad familiar con el riesgo suicida del adolescente.

Para analizar el funcionamiento familiar y riesgo suicida de los adolescentes podemos observar en las tablas 9 y 10.

**Tabla N<sup>o</sup> 9: Relación entre variable funcionamiento familiar y tendencia al riesgo suicida según porcentaje de adolescentes atendidos en el servicio de emergencia.**

	TSRS			
	No riesgo	Tendencia al Riesgo suicida	Riesgo suicida	Total
Adaptabilidad familiar	11,9%	14,5%	0,6%	27,0%
Cohesión familiar	35,8%	35,8%	1,3%	73,0%
Total	47,8%	50,3%	1,9%	100,0%

Elaboración propia

Tabla 9: Se puede apreciar que un 47.8% de los adolescentes encuestados en el servicio de Emergencia del Hospital de emergencias pediátricas presentan No riesgo, apoyados en las respuestas de que su adaptabilidad y cohesión familiar, mientras que se aprecia que un 50.3% atraviesa por tendencia al Riesgo Suicida y un 1.9% atraviesa por ha tenido Riesgo Suicida.

**Tabla 10: relación entre la adaptabilidad familiar en relación a la tendencia del riesgo suicida de los adolescentes atendidos en el servicio de emergencia.**

		TSRS			
		No riesgo	Tendencia al Riesgo suicida	Riesgo suicida	Total
ADAPT	RIGIDA	1,9%	2,5%	0,0%	4,4%
	ESTRUCTURADA	14,5%	17,6%	0,6%	32,7%
	FLEXIBLE	23,3%	20,1%	0,6%	44,0%
	CAOTICA	8,2%	10,1%	0,6%	18,9%
	Total	47,8%	50,3%	1,9%	100,0%

Elaboración propia.

Podemos ver en esta tabla 10: que existe un cuadro de doble entrada donde tenemos al 47.8% de adolescentes que no tienen riesgo suicida y que respecto a la adaptabilidad familiar tienen en proporción mayor un 14.5% de familias estructuradas, mientras que un 23.3% cuenta con familias de tipo flexible según su opinión.

Asimismo, respecto a adolescentes que tienen riesgo suicida que representa el 1.9%, tenemos que cuentan con familias estructuradas y familias de tipo flexibles.

**Tabla 11: Relación entre Cohesión familiar y tendencia al riesgo suicida de los adolescentes atendidos en el servicio de emergencia.**

		TSRS			
		No riesgo	Tendencia al Riesgo suicida	Riesgo suicida	Total
COHE	DISPERSA	10,7%	12,6%	0,6%	23,9%
	SEPARADA	30,8%	32,1%	1,3%	64,2%
	CONECTADA	6,3%	5,0%	0,0%	11,3%
	AGLUTINADA	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
	Total	47,8%	50,3%	1,9%	100,0%

Elaboración propia.

Tabla 11: se observa que el 50.3% de los encuestados en el Hospital de Emergencias Pediátricas refiere tener tendencia al riesgo suicida y actualmente cuentan con una cohesión familiar de 12.6% que refiere tener una cohesión familiar dispersa, un 32.1% tienen cohesión separada, mientras un 5% cuenta con cohesión conectada y solo un 0.6% aglutinada. Tenemos que los adolescentes que presentan riesgo suicida predominan como tipo de familia por cohesión como separada.

**Tabla 12: Porcentaje de adaptabilidad familiar y cohesión familiar en los adolescentes atendidos en el servicio de emergencia.**

RSF	Adaptabilidad familiar	43	27,0%
	Cohesión familiar	116	73,0%
	Total	159	100,0%

Elaboración propia.

Tabla 12: podemos apreciar que del total de pacientes adolescentes entrevistados tenemos que solo 43 adolescentes tienen adaptabilidad familiar adecuada, mientras que 116 adolescentes refieren que hay cohesión familiar en su grupo familiar.

### **PRIMERO:**

Se comprobó la hipótesis específica 1, que plantea que existen diferencias en los tipos de cohesión familiar de los adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas. Existe correlación entre la variable, vale decir que el 23% tiene cohesión **dispersa** o extrema separación emocional con muy poca interacción entre sus miembros, el 64.2% es cohesión **separada** donde hay una moderada unión afectiva, cierta lealtad, 11.3% es cohesión **conectada** una considerable unión afectiva y el 0.6% es **aglutinada** con extrema cercanía emocional.

## **SEGUNDA**

Se comprobó la hipótesis específica 2, que plantea que tipos de adaptabilidad familiar predomina entre los adolescentes entrevistados atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas. La correlación encontrada entre ambas variables es típica, Tal es así, que por la adaptabilidad familiar en los adolescentes tenemos **rígida** 4.4% caracterizada por el autoritarismo, estricto y autocrático, **estructurada** 32.7% donde hay reglas de relación moderada a veces autoritario a veces igualitario. **Flexible** 44% donde el liderazgo es igualitario y **caótica** 18.9% donde el liderazgo es limitado e ineficaz.

## **TERCERA**

Se comprobó la hipótesis específica 3, que plantea que existe diferencias respecto al riesgo suicida de los adolescentes atendidos en el servicio de emergencia en el Hospital de Emergencias Pediátricas. La correlación encontrada no riesgo 47.8%, mientras que el 50.3% se encuentra en tendencia al riesgo suicida y el 1.9% muestra riesgo suicida siendo casos que se deben atender con suma urgencia.

## **5.2 CONCLUSIÓN**

Se concluye que el funcionamiento familiar de los adolescentes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Pediátricas tiene relación directa con el riesgo suicida.

Se concluye que el tipo de cohesión familiar predominante en las familias de los adolescentes atendidos en emergencia es la separada con un 64.2% de los entrevistados, mientras que un 23.9% manifiesta que su cohesión es dispersa.

Se concluye además respecto a adaptabilidad familiar que tenemos que un 44% de adolescentes que manifiesta que su familia es flexible, mientras un 32.7% refiere es estructurada.

Se concluye que el porcentaje de 1.9% de adolescentes con riesgo suicida, aunque represente 3 personas son pacientes que deben ser atendidos inmediatamente por especialistas a fin de que no desencadenen en intentos de quitarse la vida.

## **5.3 RECOMENDACIONES**

Debido a lo evidenciado en esta investigación el funcionamiento familiar y riesgo suicida de los adolescentes atendidos en el servicio de emergencia, arrojo importante información que nos servirá para realizar trabajos especializados dirigidos a este grupo etario de adolescentes, asimismo, nos vemos en la necesidad de informar, sensibilizar a los padres de familia sobre las relaciones adecuadas que deben establecer con sus hijos, los proyectos de familia y proyectos de vida, donde se desarrolle habilidades para identificar y resolver problemas, y sobre todo resaltar su trascendental rol como educador dentro del hogar

Se debe elaborar, implementar y ejecutar programas, talleres participativos dirigidos a los adolescentes hospitalizados en el Hospital de Emergencias Pediátricas a fin de

prevenir el riesgo suicida, fortaleciendo el funcionamiento familiar que delimite los roles, límites y jerarquías dentro del sistema familiar para modificar sus interacciones familiares, es indispensable la intervención del Terapeuta Familiar Sistémico, donde se priorice la búsqueda del síntoma.

Se debe buscar promover también campañas de prevención contra el riesgo suicida en adolescentes, que es un gran factor disfuncional en las familias de nuestra sociedad peruana.

## BIBLIOGRAFÍA

### VII BIBLIOGRAFICAS

- Alegre, C. (1999). *Factores de riesgo asociados al intento de suicidio*. Tesis de Título de Especialista en Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Ambrosio, J. M. (1982). *Estudio de tres casos clínicos*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. UNMSM. Lima-Perú.
- Asarnow, J. R. (1992). Suicidal ideation and attempts during middle childhood: Associations with perceived family stress and depression among child psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), 35-40.  
[http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2101\\_6](http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2101_6)
- Becerra M., Lucy & Vite Y., Vilma (2003). Caracterización del Paciente con Intento Suicida Atendido en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima Perú. *Científica de Enfermería*. Recuperado de <http://www.cep.org.pe/cicep/revista/volumen1/cap9-12.pdf>
- Bryan, C.y Rudd, MD. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin. Psychol* 2006. Feb; 62 (2): 185-200
- Buendía, José (2004). *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Camacho, P., León, N., & Silva, I. (2009). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en adolescentes, *Enfermería Herediana*. 2 (2), 80-85.
- Castro, P., Orbegoso, O., & Rosales, P. (2006). Caracterización del paciente con intento de suicidio en un hospital general de Lima, 1995-2004, *Medicina Experimental y Salud Pública*. 23(4), 293-296.



Diccionario de la Lengua Española (1996). Publicado por Sociedad General Española de Librería. España.

Dukes, R. y Lorch, B. (1989). The effects of school, family, self-concept, and deviant behaviour on adolescent suicide ideation. **Article in *Journal of Adolescence*** 12(3):239-51 · October 1989.

Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. Un estudio de Sociología. Epublibre.

Ferreya, A. (2003). *Sistema de interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución*. Tesis de Grado de la Facultad de Psicología. Universidad Mayor de San Marcos. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bib\\_virtual/tesis/Salud/ferreya\\_ra/contenido.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bib_virtual/tesis/Salud/ferreya_ra/contenido.htm).

Fromboise, E. y Howard-Pitney. (1995). The zuni life skills development curriculum *Journal of Counseling Psychologist*, 6 (71-81).

García, R. & Ramírez, A. (2010). *Riesgo suicida y cohesión familiar en estudiantes de la carrera de medicina*. Universidad de Oriente. Ciudad de Bolívar. Febrero, 2010. Trabajo presentado para optar el título de Médico Cirujano. Universidad De Oriente Núcleo Bolívar. Escuela De Ciencias De La Salud “Dr. Francisco Battistini Casalta”. Departamento de Salud Mental. Bolívar-Venezuela.

Gonzales-Seijo, Ramos-Vicente, Lastra-Martínez, De Dios Vega (1996)  
Patología psiquiátrica en adolescentes con tentativa de suicidio.  
*Psicopatología*; 1996, Vol. 16, nº 4: 133-138

Guibert, W. & Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 17(5), 452-460.

Harnel, S. Tousignant, M. (1993). Comportements suicidaires et placement hors foyer avant 12 ans. *Prismes* 3 (517-548)

- Hernández, S., Fernández C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta. Ed.). México: Trillas.
- Herrera, P. & Avilés, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Medicina General Integral*. 16(2), 134-137.
- Kirk, W, G. (1993). Adolescent suicide: A school-based approach to assessment & intervention. Champaign: *Research Press*.
- Larraguibel, M., González, P, Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Pediatría*. 71 (3).
- Mamani, A. (2008). *Funcionamiento familiar y afrontamiento del estrés en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el grado de Magister en psicología. UNMSM. Lima – Perú.
- Minetto, A (2012). *Violencia familiar e ideación suicida en adolescentes del Hospital San Juan Bautista de Huaral*. Tesis para optar el grado de Medico. UNMSM. Lima
- Manual de Faces III (2010). *Faces III. Escala de cohesión y adaptabilidad familiar*. Recopilación Gabinete de Psicometría UNMSM.
- Mitterauer, B. (1985). Bipolar Mood Disorders: An affected Sibling study. *Sympton Correlations*. (18) 5-6.
- Moron, P. (1977). *El suicidio*. Buenos Aires: Ábaco de Rodolfo De palma.
- Moscicki, E. (1997) Identification of Suicide Risk Factors Using Epidemiologic Studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70327-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70327-0)
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H. Napa, N. & Perales A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Medicina Experimental y Salud Pública*. 23(4), 239-246.

- Musitu, G. Allant, A. (1994). Socialización Familiar y valores en el adolescente. Un análisis intercultural. *Anuario de Psicología*. 31(5), 15-32.
- OMS (2002). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
- OMS (2013). *Suicide prevention*. Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)
- Olson, D. (2006). *Circumplex Model of Marital & Family Systems: Life Innovations*, Minnesota.
- Olson, D.H. (1991). Commentary: Three-dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACES III. *Family Process*, 30, 74-79.
- Olson, D.H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *FACES III*. Family Social Science, University of Minnesota, St. Paul, Minnesota.
- Pacheco, A. (2010). Algunos factores de riesgo del intento suicidio en adolescentes Hospital Guillermo Almenara I. 1996-2000. *Pediatría 2010*. 63 (2), 25-29. Recuperado de [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.Php?pid=S1993-68262010000200005&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.Php?pid=S1993-68262010000200005&script=sci_arttext) 155
- Papalia, D. Wendkos, S y Duskin R. (2010). *Desarrollo Humano*. Instituto Politecnico Nacional Santo Tomas. Mexico.
- Poldinger, W (1969). *La Tendencia al Suicidio*. Estudio Medico, psicológico, medico sociológico. Editorial: Ed. Morata. Facultad de Ciencias biologicas., Madrid. 1ª Edición.
- Reyes, L (1999) *Curso fundamental de tanatología*  
Ediciones Zubiria. España
- Rodríguez, G. & Salazar, E. (2005). *Factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes*. Complejo Hospitalario Ruiz y Páez. Centro de Salud Mental.

Ciudad de Bolívar 2000-2004. Trabajo de Grado. Dpto. de Salud Mental. Esc.  
Cs. Salud Bolívar U.D.O. pp.48.

Roy, A. (1983). Family history of suicide. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 971-974.

Schneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*. Universidad de California.

Stoelb, M. y Chiriboga, J. (1998). A process model for assessing adolescent risk for  
suicide. *En Journal of Adolescence*, 21, 359-370.

Tuszynska A. (2011). La cantante del gueto de Varsovia. Madrid: Alianza editorial.

Vásquez, P. (2014). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería  
Av. enferm., Volumen 32, Número 2, p. 271-279.

Vásquez, F. (1997). Estudio de intento de suicidio en el servicio de emergencia del  
Instituto de Salud Mental "Honorio delgado Hideyo Noguchi" 1994 - 1996. *An Salud  
Mental* 1997, 13(1-2): 59-85.

**ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL  
ESPECIALIDAD EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA**

Prueba Faces III de Funcionamiento Familiar para adolescentes de David Olson  
Dirigido a los adolescentes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas

OBJETIVO: Obtener información sobre funcionamiento familiar de los adolescentes atendidos  
en el Hospital de Emergencias Pediátricas.

Edad: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Encierra en un círculo tu respuesta correcta.**

	N° de Preguntas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de la familia se piden apoyo unos a otros					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de os hijos para resolver los problemas					
3	Aptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4	Los hijos pueden opinar sobre su propia disciplina					
5	Nos gusta convivir solamente con os familiares más cercanos					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene autoridad					
19	La unión de la familia es muy importante					
20	Es difícil decir quien hace las labores de hogar					

**CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EMERGENCIA  
EN EL HOSPITAL EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS**

**Objetivo:** Obtener información acerca del riesgo suicida.

**DATOS GENERALES:**

**Edad:**

**Sexo:**

**INSTRUCTIVO:**

Por favor responda las siguientes preguntas, no existen preguntas buenas, ni malas.

Lea determinadamente y subraye lo que crea correspondiente según su vivencia personal.

**Escala de tendencias suicidas**

Nº	ITEMS	SI	NO
1	¿Has estado pensando en quitarse la vida recientemente?		
2	A menudo?		
3	¿Ha tenido que pensarlo sin quererlo hacer?		
4	¿Tiene ideas precisas de cómo haría?		
5	¿Ha hecho preparativos?		
6	¿Ha hablado con alguien de sus intenciones suicidas?		
7	¿Ha tratado de suicidarse alguna vez?		
8	¿Hay alguna persona entre sus familiares amigos o conocidos que se hayan suicidado?		
9	¿Consideras desesperada tu situación o sin esperanza?		
10	¿Tiene dificultades para pensar en otros asuntos aparte de sus problemas?		
11	¿Ha tenido menos contactos con familiares, amigos o conocidos recientemente?		
12	¿Aún está interesado en lo que pasa alrededor o en su trabajo? ¿Aún le interesan sus hobbies?		
13	¿Tiene alguien con el que habla libremente y con confianza de sus problemas?		
14	Vive con alguien más como familiares o amigos?		
15	Siente que tiene fuertes responsabilidades familiares		
16	Siente que tiene raíces en alguna religión o comunidad ideológica		

