



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

**RELACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y TRASTORNO DE
ANSIEDAD E IDEACION SUICIDA EN ESCOLARES, INSTITUCIÓN
EDUCATIVA FRANCISCO LIZARZABURU, EL PORVENIR, 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

GENARO ERNESTO RODRÍGUEZ ARISTA

ASESORES:

MG. DAVID RENE RODRÍGUEZ DÍAZ

MG. ALEJANDRO E. CORREA ARANGOITIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD MENTAL

TRUJILLO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A MIS PADRES: Yovany y Eusberto

Por su amor, educación, dedicación, entrega y humildad que me han inculcado a lo largo de mi vida; por sus consejos, enseñanzas, valores y la motivación constante para lograr mis objetivos que me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor incondicional y sacrificio que han hecho de mi llegar a ser un profesional.

A MIS HERMANOS

Junior, Jordy, Leyla y Yomara por las risas y peleas, más que hermanos son verdaderos amigos, estar siempre a mi lado, apoyarme en cada momento cuando lo necesitaba, por sus consejos enseñanzas que siempre me brindaron.

AMIGOS

Por permitirme aprender más de la vida a su lado, todo esto es gracias a ustedes.

Genaro Ernesto Rodríguez Arista

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por ser mi guía e iluminar cada paso de mi vida; por permitirme llegar hasta este momento, pero sobre todo por brindarme su infinito amor, fuerza, bondad, humildad y la dicha de tener la oportunidad de ser un buen profesional y cumplir con mis metas.

A mis asesores

Mg. Alejandro Correa Arangoitia y Mg. David Rene Rodríguez Días por la paciencia y los conocimientos brindados durante el proceso de la elaboración del presente trabajo.

A la Universidad Cesar Vallejo

Por haberme albergado en sus aulas durante el tiempo de mi formación académica y brindarme una educación de calidad, forjar mis conocimientos.

A los profesores de la Institución Educativa Francisco Lizarzaburu

Prof.^{es} Rosomeri Rodríguez Murga, Juan Gamboa Cruzado y Psic. José Collabe Zavaleta quien gracias a ellos me brindaron las facilidades correspondientes y los conocimientos brindados durante el proceso de la elaboración del presente trabajo.

GENARO ERNESTO RODRÍGUEZ ARISTA

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

- Yo, GENARO ERNESTO RODRÍGUEZ ARISTA con DNI 73111497, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes constatadas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulada RELACIÓN ENTRE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y EL TRASTORNO DE ANSIEDAD E IDEACION SUICIDA EN ESCOLARES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA FRANCISCO LIZARZABURU, EL PORVENIR, 2018, son:
1. De mi autoría.
 2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por lo tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
 3. La tesis no ha sido auto plagiada: es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
 4. Los datos presentados en los resultados son reales no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad Cesar Vallejo.

Trujillo, enero del 2019.

GENARO ERNESTO RODRÍGUEZ ARISTA

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: RELACIÓN ENTRE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR Y EL TRASTORNO DE ANSIEDAD E IDEACION SUICIDA EN ESCOLARES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA FRANCISCO LIZARZABURU, EL PORVENIR, 2018, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico Cirujano.

El Autor.

ÍNDICE

PÁGINAS PRELIMINARES

Página del Jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaración de autenticidad	iv
Presentación	v
Índice	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	01
1.1. Problema	05
1.2. Hipótesis	05
1.3. Objetivos	05
II. MARCO METODOLÓGICO	06
2.1. Variables,	06
2.2. Operacionalización de la variable	06
2.3. Método	07
2.4. Tipo de estudio	07
2.5. Diseño	07
2.6 Población y muestra	07
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos,	08
2.8. Métodos de análisis de datos	09
2.9. Aspectos éticos	09
II. RESULTADOS	10
III. DISCUSIÓN	13
IV. CONCLUSIONES	15
V. RECOMENDACIÓN	16
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
VII. ANEXOS	19

RESUMEN

Se estableció si la disfunción familiar y el trastorno de ansiedad se relacionaban con la ideación suicida en escolares atendidos en el consultorio integral de salud de la Institución Educativa Francisco Lizarzaburu en el distrito de El Porvenir en el 2018. El estudio fue correlacional en una muestra de 237 alumnos a quienes se les aplicó el test de Apgar familiar, el test de ansiedad de Hamilton y el test de ideación suicida de Beck. Se halló que La prevalencia de disfunción familiar fue 43.5%, mientras que la ideación suicida fue 13.1% y la ansiedad 11.4%. Se encontró que existe una relación positiva débil entre la disfunción familiar e ideación suicida con una V de Cramer= 0.140 y $p=0.032$. Además existe una relación positiva débil entre la ansiedad y la ideación suicida al encontrarse una V de Cramer de 0.294 con una $p=0.000$. Se concluye que la disfunción familiar y el trastorno de ansiedad se relacionan con la ideación suicida en escolares atendidos en el consultorio integral de salud de la Institución Educativa Francisco Lizarzaburu en el distrito de El Porvenir.

Palabras claves: disfunción familiar, trastorno de ansiedad e ideación suicida

ABSTRACT

Established if the family dysfunction and anxiety disorder are related to suicidal ideation in students attended in the comprehensive practice of health of the Francisco Lizarzaburu educational institution in the District of El Porvenir in 2018. The study was correlational in a sample of 237 students who applied them family apgar test and the test of suicidal ideation of Beck. It was found that the prevalence of family dysfunction was 43.5%, while the suicidal ideation was 13.1% and anxiety 11.4%. We found that there is a weak positive relationship between family dysfunction and suicidal ideation with a Cramer = 0.140 V and $p = 0.032$. There is also a weak positive relationship between anxiety and suicidal ideation to be a 0.294 with p Cramer V = 0.000. It is concluded that family dysfunction and anxiety disorder are associated with suicidal ideation in students attended in the comprehensive practice of health of the Francisco Lizarzaburu educational institution in the District of El Porvenir.

Key words: family dysfunction, disorder of anxiety and suicidal ideation.

I. INTRODUCCIÓN

La ideación suicida es el primer paso para el intento de suicidio y posteriormente el suicidio. En salud pública el suicidarse representa una trágica decisión que corta de manera prematura la vida del individuo. Según la OMS anualmente cerca de 810 000 personas realizan el suicidio, aproximadamente tres por cada dos minutos. En este problema el grupo de adolescentes y población joven se halla dentro de los más perjudicados, entre las edades de 15 a 29 años, ubicándose el 76% de los casos de naciones de escasos y regulares ingresos económicos. No existen datos de la ideación suicida como conglomerado mundial, por lo tanto, el dato de suicidio brinda un panorama sobre lo que puede ocurrir si no se aborda la ideación suicida.¹

En Colombia en el 2014, publicaron un estudio aplicado a más de 600 adolescentes escolares, encontrándose la existencia de asociación de la presencia de disfuncionalidad familiar que incrementaba hasta en tres veces la posibilidad de ideación suicida en los adolescentes, ($p=0.001$), en la cual con la ésta se veía influenciada también por el acumulo de tensión entro del seno familiar, caracterizado por el poco apoyo entre sus integrantes, ausencia de valores y poca moral entre los integrantes.²

En Chile en el 2017 publicaron una investigación acerca de la relación entre la disfunción familiar y la ideación suicida, encontrándose que los grupos pertenecientes a personas con ideación pertenecían a familias disfuncionales, resaltando que la ruptura de relaciones interpersonales dentro de la familia conlleva a una estrecha relación ideación de suicidarse ($r=0.768$; $p=0.000$), incluso no solo intentarlo, también llegar al suicidio. De allí la necesidad de evaluar la funcionalidad familiar y la intención o ideación de suicidarse.³

En un estudio en el ámbito nacional evaluaron variables asociadas a la prevalencia de ideación suicida en adolescentes limeños. En la cual la ideación al suicidio estuvo presente en el 21.5% de los encuestados, siendo mayor en las mujeres, apreciándose que los trastornos ansiosos generalizados alcanzaron el 12% de la población adolescente incrementan en dos veces la probabilidad de la ideación suicida ($p=0.001$), estableciéndose que la ideación suicida es alta en la zona rural, aunque similar a la casuística internacional.⁴

Castaño J, et al (Colombia, 2016), evaluaron la ideación suicida y algunos factores que se asocian en adolescentes estudiantes en un Colegio de Caldas en Colombia. Se aplicó una investigación transversal en una muestra de 356 alumnos. El grupo estudiado tuvo 14 años en promedio, de los cuales el 12% presentó ideación suicida; el 5,3% en hombres y el 17,9% en mujeres. El 42,6% tuvo disfunción familiar. Hallaron relación entre la funcionalidad familiar y la ideación suicida ($p=0,000$). Concluyeron que los alumnos que tuvieron buena funcionalidad en el seno de su familia tuvieron menor posibilidad de ideación suicida y cuando esta ideación aumentó, disminuyó la función familiar.⁵

Sábato T. (Kuwait, 2013), estableció la relación de la depresión, ansiedad y autoestima en estudiantes adolescentes. Fue una investigación transversal, encontrándose que el 12,3% de estudiantes presentó ansiedad e ideación suicida, mientras que el 8.5% de estudiantes fueron estudiantes sin ideación suicida pero con ansiedad, hallándose relación entre ambas variables con una $p=0,01$, concluyeron que los estudiantes con ideación suicida tienen autoestima baja, un alto nivel de ansiedad, así como de depresión.⁶

Pérez P. (Perú, 2016), determinó la presencia de relación de funcionalidad familiar e ideación suicida, en 104 estudiantes del último año de nivel secundario en San Juan de Miraflores. La muestra estuvo conformada por 104 estudiantes en dos instituciones educativas. Los instrumentos aplicados fueron el Apgar familiar, así como la escala de la ideación suicida de Beck. Los resultados revelaron que se encontró una relación moderada inversa significativa de $r=0.303$ ($p<0.05$), entre el Funcionamiento familiar y la ideación suicida, concluyéndose que cuanto más disminuye la funcionalidad familiar, se incrementa la ideación de suicidio y viceversa.⁷

Ríos J. (Perú, 2014), comprobó la existencia de relación de la función familiar y la ideación suicida en estudiantes. Fue un estudio de tipo descriptivo y correlacional, aplicado a 216 individuos adolescentes con 16 años a más. Se encontró que la funcionalidad familiar alcanzó el 52.8% y la ideación suicida en el 36.2%, tras aplicar la prueba es dística se halló el valor de $X^2 = 9.488$, sin significancia estadística ($p=1.78$), concluyéndose la no existencia de una relación estadísticamente significativa entre la funcionabilidad de la familia y la ideación suicida.⁸

Considerando el contexto conductual y cognitivo, todo individuo que considera o piensa terminar con su vida es ya una ideación del suicidio. Se define como ideación suicida a la presencia de pensamiento que se asocia con culminar con su existencia de forma propia. A esta definición se agregan las ideas que involucran la ausencia del valor de su existencia, anhelos de morir, fantasías de quitarse la vida, así como la planificación de un acto de autoeliminación.⁹

Se mencionan una serie de factores influyentes en la posibilidad de ideación de suicidio, entre los que se hallan: el consumo de alcohol, síndrome depresivo, adicción a sustancias alucinógenas, psicosis, antecedentes de autolesionarse o intento de querer suicidarse, antecedente familiar de suicidio o alcoholismo, comportamiento de aislarse, enfermedades consuntivas, duelo por fallecimiento de familiar. Se incluye inestabilidad y violencia en la familia. Trastornos en la conducta o estado de ánimo, recordar abusos en el pasado. Al evaluar los determinantes de riesgo individuales, se debe considerar que cuando hay la presencia de varios determinantes se incrementará la posibilidad que un individuo tenga una idea de tipo suicida. Sin embargo, la no presencia no elimina la probabilidad de tener un intento de suicidio.¹⁰

Para Olson, la definición de la disfuncionalidad familiar es la falta de interacción de relaciones afectivas entre los integrantes del grupo familiar y con la particularidad de modificar su estructuración y cohesión por la falta de solución a los problemas evolutivos de la familia. Esta definición incluye situaciones que pasan las familias en el transcurrir de su existencia y las modificaciones que deben realizarse en su estructura para lograr adaptarse y cohesionarse. En el disfuncionamiento familiar hay presencia de un desbalance que imposibilita a la familia al cumplimiento exitoso de las metas y funciones asignadas. A veces esta disfunción se influenciada por algunas situaciones o determinantes estresantes que ocurre a lo largo de la evolución de la familia.¹¹

La familia se clasifica según su funcionalidad en: estructurada, caótica, rígida, flexible, separada, disgregada, aglutinada y relacionada. Apreciándose dos niveles de funcionamiento como es la adaptabilidad y la cohesión. En la dimensión denominando cohesión se evalúan la relación emotiva, las coaliciones y sus límites, la temporalidad y escenarios, toma de decisiones,

amistades, y momentos recreacionales. En cuanto a la adaptabilidad se incluye el estilo de negociación, empoderamiento familiar, roles, normatividad de las relaciones. La Cohesión es la relación emocional que los integrantes del conjunto familiar mantienen en conjunto y como de manera autónoma experimentan cada componente de la familia. Estima el nivel en que los integrantes se conectan o separan del resto del grupo familiar. En cambio, la adaptabilidad es la habilidad del grupo dentro del conjunto familiar con el fin de modificar estructuralmente su poderío, sus roles y normas en las relaciones familiares, respondiendo al estrés de la situación.¹²

La ansiedad está definida como la antelación de las desgracias, como daños al futuro, a la que se añade una sensación disforia o desagradable, con sintomatología de tensión. Esta sensación anticipada del daño podría ser externo o interno. Es un indicio de alarma que advierte sobre el inminente peligro, permitiendo al individuo adoptar acciones necesarias para combatir a dichas amenazas. Es necesario comprender que la ansiedad es el estado emocional normal o sensación angustiante ante una determinada situación y que representa una reacción común a distintas situaciones diarias que produce estrés. Como también algún nivel ansioso es considerado aceptable y normal dentro de las obligaciones y tareas diarias. Sólo cuando su intensidad está por encima de la capacidad de adaptación del individuo, es cuando la ansiedad se trasforma en patología, ocasionando sensaciones y síntomas molestos que influyen en el aspecto físico, psicológico como el de tipo conductual.¹³

La etapa adolescente especialmente en la escolar se suscita una serie de transformaciones biopsicosociales, que pueden marcar el futuro del individuo llevándolo a situaciones de pensar en el suicidio. El distrito de El Porvenir es un escenario de grandes problemas sociales y que no es ajena a los problemas de disfunción tanto social como familiar. Por o anteriormente descrito se hace necesario conocer el entorno familiar mediante su funcionalidad, así mismo la presencia de trastornos de ansiedad y como estos de alguna manera conllevar a que el individuo que se halla en su etapa adolescente se vea inmerso en situaciones de ideación suicida.

La información obtenida permitirá conocer el escenario en que se desarrolla el escolar, mejorando las estrategias de afrontamiento en el área psíquica como también social, ayudando a los docentes como personal de salud encargado de esta etapa de vida, el establecer pautas que

eviten el pensamiento suicida y de esta manera abordar situaciones que contribuyan a peligrar la vida del escolar adolescente, beneficiando a la comunidad educativa.

1.1. Formulación del problema

¿Existe relación entre la disfunción familiar, el trastorno de ansiedad y la ideación suicida en escolares atendidos en el consultorio integral de salud de la Institución Educativa Francisco Lizarzaburu en el distrito de El Porvenir en el 2018?

1.2. Hipótesis

H₁- La disfunción familiar y el trastorno de ansiedad se relacionan con la ideación suicida en escolares atendidos en el consultorio integral de salud de la Institución Educativa Francisco Lizarzaburu en el distrito de El Porvenir en el 2018

H₀- La disfunción familiar y el trastorno de ansiedad no se relacionan con la ideación suicida en escolares atendidos en el consultorio integral de salud de la Institución Educativa Francisco Lizarzaburu en el distrito de El Porvenir en el 2018

1.3. Objetivos.

Objetivo General

Determinar la relación entre la disfunción familiar, el trastorno de ansiedad y la ideación suicida en escolares atendidos en el consultorio integral de salud de la Institución Educativa Francisco Lizarzaburu en el distrito de El Porvenir en el 2018.

Objetivos Específicos:

- Establecer la frecuencia de disfunción familiar entre los escolares adolescentes.
- Establecer la presencia de trastorno de ansiedad entre los escolares adolescentes
- Determinar la presencia de ideación suicida entre los escolares adolescentes
- Relacionar la disfunción familiar con la ideación suicida
- Relacionar la presencia de trastorno de ansiedad y la ideación suicida.
- Determinar las características de la población estudiada como edad y género.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Variables, Operacionalización:

Variable 1: disfunción familiar. Cualitativo nominal

Variable 2: trastorno de ansiedad. Cualitativo nominal

Variable 3: Ideación suicida. Cualitativo nominal

. Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
Disfunción familiar	Falta de interacción de relaciones afectivas entre los integrantes del grupo familiar y con capacidad para modificar su estructura por la falta de solución a los problemas evolutivos de la familia. ¹¹	Se hará uso del test apgar familiar que consta de 5 items y clasifica el familia funcional y disfuncional	Funcionalidad familiar Disfuncionalidad familiar	Cualitativo Nominal
Trastorno de ansiedad	Antelación de desgracias o daños a futuro, con sensación disforia o desagradable y tensión. Que puede ser externo o interno. Es un indicio de alarma que advierte sobre el inminente peligro, permitiendo al individuo adoptar acciones necesarias para combatir a dichas amenazas. ⁵	Se hará la aplicación del test de ansiedad de Hamilton que consta de 14 preguntas y clasifica con y sin ansiedad.	Con ansiedad Sin ansiedad	Cualitativo Nominal
Ideación suicida	Presencia de pensamiento que se asocia con culminar con su existencia de forma propia. A esta definición se agregan las ideas que involucran la ausencia del valor de su existencia, anhelos de morir, fantasías de quitarse la vida, así como la planificación de un acto de autoeliminación. ⁹	Se utilizará el test de ideación suicida de Beck conformada por 20 preguntas y clasifica en pacientes con y ausencia de la ideación suicida.	Con ideación suicida Sin ideación suicida	Cualitativo nominal

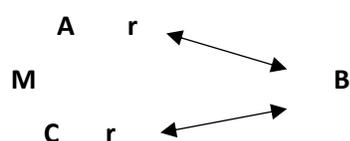
2.2. Método

Observacional

2.3. Tipo de investigación:

Prospectivo transversal |

2.4. Diseño de investigación: Se utilizó un diseño correlacional ¹⁶



Donde:

M = Muestra.

A = Disfunción familiar

B = Ideación suicida

C = Trastorno de ansiedad

r = Relación de las variables de estudio

2.5. Población y muestra

POBLACIÓN: Fue de 619 alumnos en etapa adolescente entre los once y diecinueve años de edad que se encuentran matriculados en la Institución Educativa Institución Educativa N° 80819 “Francisco Lizarzaburu del Distrito del Porvenir en el mes de noviembre del año 2018.

MUESTRA:

Tamaño de muestra: En ésta investigación se usó la proporción de una población finita, aplicable en trabajos correlacionales, contando con 237 alumnos. (Anexo 01).

Unidad de análisis: fue cada estudiante en la etapa adolescente, perteneciente a la Institución Educativa N° 80819 que cumple con los criterios de selección.

Unidad de muestra: El mismo alumno considerado como unidad de análisis

Muestreo: se aplicó el tipo estratificado, dividiendo la población según edad y secciones, obteniéndose los 237 alumnos de manera proporcional a las características mencionadas anteriormente. Finalmente, en cada sección usará la aleatorización numérica.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Escolar cuyo año de vida se situó entre 11 a 19 años y se encuentren estudiando en el año 2018.
- Escolar que asiste a clases al momento que se desarrolla el estudio.

Criterios de exclusión:

- Escolar adolescente que presente su ficha de recolección de datos incompleta
- Escolar adolescente que no desee participar en el estudio.
- Escolar adolescente cuyo padre, madre o tutor(a) no firmó la carta de consentimiento informado.

2.6. Técnicas procedimientos e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad:

LA TÉCNICA: La recolección de datos se obtuvo mediante la aplicación de la técnica denominada encuesta para lo cual se adjuntó tres test cada alumno objeto de estudio.

PROCEDIMIENTO: Previa autorización correspondiente de la Institución Educativa N° 80819 y en coordinación con la Dirección y personal docente, se procedió la recolección de la data para aplicar los test respectivos.

Luego, se procedió a seleccionar aleatoriamente a los estudiantes que pertenecieron a la etapa adolescente, teniendo en cuenta los requisitos de exclusión como el de inclusión, en cada sección se aplicaron los test que se hayan en la ficha de recolección de la data, aplicadas de forma individual, preservando la privacidad en el desarrollo de los test. En cuanto a la temporalidad de aplicación del instrumento fue de 35 minutos.

La encuesta se realizó durante la semana, teniendo en cuenta la cantidad de secciones y tratando de no entorpecer las actividades diarias de los docentes y estudiantes, esto con el fin de no crear inconvenientes en la aplicación del estudio.

INSTRUMENTO: Estuvo constituido de dos partes: en primer lugar, se logró la información de los años de vida y el sexo. La segunda parte indicó la presencia del test Apgar familiar para valorar la disfunción familiar, el test de ideación suicida de Beck y la escala de ansiedad de Hamilton.

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: El instrumento fue validado, con el apoyo de tres profesionales de medicina quienes evaluarán la pertinencia de los test

2.8. Métodos de análisis de datos

Los datos se tabularon y analizaron con el paquete estadístico: IBM-SPSS 23.0 en español, en el caso de las variables por ser cualitativas se consideró tanto las frecuencias de tipo relativo, las que fueron trasladadas a tablas de entrada múltiple. En cuanto a la estadística descriptiva se aplicó el V de Cramer para variables nominales, con su significancia de tipo estadístico que fue como mínimo la $p < 0,05$.^{17, 18}

2.9. Aspectos éticos

Considerando que ésta investigación se aplicó en el interior de los ambientes del referido colegio, también se solicitó al Director de la referida institución formadora la aplicación del instrumento que contiene los tres test a aplicar al alumnado adolescente. Una vez aceptada la solicitud, se envió una comunicación a los tutores o padres de familia del alumnado seleccionado, para hacer de conocimiento el objetivo de la investigación y las condiciones de su realización, como el consentimiento informado. Es importante señalar que se respetó la decisión del adolescente de ser parte o no de la investigación, para lo cual se consideró las pautas y normatividad de la declaratoria de la Asociación Médica Mundial realizada en Brasil en el 2013.^{19, 20}

RESULTADOS

TABLA N° 1 RELACION ENTRE LA PRESENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR Y LA IDEACION SUICIDA. COLEGIO FRANCISCO LIZARZABURU, EL PORVENIR 2018.

DISFUNCION FAMILIAR	IDEACION SUICIDA					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SI	19	8.0%	84	35.4%	103	43.5%
NO	12	5.1%	122	51.5%	134	56.5%
TOTAL	31	13.1%	206	86.9%	237	100.0%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

V DE CRAMER=0.140

p=0.032

La Tabla N°1 expresa la correlación entre la disfunción familiar y la ideación suicida, donde se obtuvo una V de Cramer de $r=0.140$ con una significancia estadística de $p=0,032$, la cual al situarse entre 0,2 hasta 0.39, corresponde a una correlación positiva débil

TABLA 2.- RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD Y LA IDEACIÓN SUICIDA. COLEGIO FRANCISCO LIZARZABURU, EL PORVENIR 2018

ANSIEDAD	IDEACIÓN SUICIDA					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SI	11	4.6%	16	6.8%	27	11.4%
NO	20	8.4%	190	80.2%	210	88.6%
TOTAL	31	13.1%	206	86.9%	237	100.0%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

V DE CRAMER²=0.294

p=0.000

La Tabla N° 2 se analiza la correlación entre la ansiedad y la ideación suicida, donde se obtuvo una V de Cramer de $r=0.294$ con significancia estadística que alcanza una $p=0,000$, la cual al ubicarse entre 0,2 hasta 0.39, corresponde a una correlación positiva débil.

TABLA 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA COMO EDAD Y GÉNERO COLEGIO FRANCISCO LIZARZABURU, EL PORVENIR 2018.

INTERVALO DE EDAD	GENERO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%
11 A 13 AÑOS	54	22.8%	50	21.1%	104	43.9%
14 A 16 AÑOS	50	21.1%	50	21.1%	100	42.2%
17 A 19 AÑOS	17	7.2%	16	6.8%	33	13.9%
TOTAL	121	51.1%	116	48.9%	237	100.0%

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

En la Tabla N° 3 se observa el género según el intervalo de edad, encontrándose que los varones predominaron con 51.1%, mientras que las mujeres alcanzaron el 48.9%. El intervalo de edad que alcanzo mayor porcentaje fue el de 11 a 13 años con 43.9%. seguido del intervalo de 14 a 16 años con 42.2%, finalmente el intervalo de 17 a 19 años con 13.9%.

III. DISCUSIÓN

En la tabla 1: Se aprecia La prevalencia que la disfunción familiar alcanzó la mitad de la muestra estudiada, mientras que la décima parte de dicha población manifestó tener ideación suicida, encontrándose que existe una relación positiva débil entre la disfunción familiar y la ideación suicida es decir a mayor disfunción familiar mayor ideación suicida.

Estudios previos, también reportaron porcentajes similares al presente estudio tal es el caso de Castaño J, et al en Colombia⁵ al hallar una prevalencia de disfunción familiar de 46.2%, por su parte Ríos J, en Perú⁸ encontró un porcentaje ligeramente mayor con 52%.

Este resultado indica poca cohesión en la relación emotiva y comunicación entre los integrantes de la familia, donde el empoderamiento familiar y los roles que desempeñan sus integrantes no están bien definidos, incluso los adolescentes estarían tomando decisiones de manera autónoma sin opiniones o apoyo del entorno familiar.¹²

Por otro lado, la ideación suicida en los estudios previos como el Castaño J, et al en Colombia⁵ quienes hallaron cifras similares de prevalencia de ideación. Sin embargo, hay otras investigaciones que señalan cifras mayores de ideación suicida como el de Bazán J,⁴ en el Perú que alcanzó el 21.5% y el de Ríos J. en Perú⁰ quienes encontraron porcentajes que duplica a lo encontrado en el presente estudio.

Un incremento de la prevalencia de ideación suicida depende de muchos factores aparte de lo estudiado como son ciertos factores entre los que se menciona el consumo de alcohol, síndrome depresivo, adicción a sustancias alucinógenas, antecedentes de autolesionarse o intento de querer suicidarse, antecedente familiar de suicidio o alcoholismo, comportamiento de aislarse, enfermedades consuntivas, duelo por fallecimiento de familiar, adamas de la inestabilidad y violencia en la familia. Si existe por lo menos uno de estos factores ya aumentaría la probabilidad de padecer ideación suicida.⁹

Referente a la asociación estudios reportados anteriormente como el de Castaño J, et al en Colombia⁵ Bazán J⁷, así como Ríos J. en Perú⁸ en el Perú, corroboran los hallazgos descritos en la presente investigación. Esta relación se interpreta que a mayor disfunción familiar se incrementa la posibilidad de ideación suicida, esperándose que un poco más de la décima parte de los que presentan disfunción familiar desarrollen ideación suicida. Esto se debe que en la etapa adolescente especialmente en la escolar se suscita una serie de transformaciones biopsicosociales, que por la falta de apoyo y comunicación con la familia pueden marcar el futuro del individuo llevándolo a situaciones de pensar en el suicidio.¹³

En la Tabla 2: Se observa que la décima parte de escolares presentaron trastorno de ansiedad. Y que su presencia se relaciona con el desarrollo de ideación suicida, siendo positiva y débil, es decir a mayor ansiedad mayor posibilidad de ideación suicida estimándose que cerca del 29% de adolescentes que tienen ansiedad pueden padecer de ideación suicida.

El estudio de Bazán J, et al realizado en el Perú halló cifras similares de ansiedad comparado con el presente estudio, al igual que Sábado T. en Kuwait⁶, quien halló cifras cercanas como que también afirmó que dichas variables de estudio se relacionaron ($p=0.01$). Estos resultados indican que la ansiedad al ser una sensación angustiante ante una determinada situación y que representa una reacción común a distintas situaciones diarias que produce estrés, está afectando al adolescente conduciéndolo a la ausencia del valor de su existencia, anhelos de morir, fantasías de quitarse la vida, así como la planificación de un acto de autoeliminación.⁹

En la tabla N° 3: La mayoría de la población estudiada se situó entre los 14 a 16 años que constituye la etapa más crítica en la adolescencia, donde ocurren las mayores transformaciones biopsicosociales, que pueden marcar el futuro del individuo llevándolo a situaciones de pensar en el suicidio.¹³ En cuanto al sexo que ligeramente fue mayor el sexo masculino sobre el femenino, sin embargo, la diferencia de frecuencias es mínima lo cual no afectarían los resultados del estudio.

CONCLUSIONES

- 1.** La disfunción familiar y el trastorno de ansiedad se relacionan con la ideación suicida en escolares atendidos en el consultorio integral de salud de la Institución Educativa Francisco Lizaraburu en el distrito de El Porvenir.
- 2.** Establecer la disfunción familiar entre los escolares adolescentes.
- 3.** Establecer la presencia de trastorno de ansiedad entre los escolares adolescentes.
- 4.** Conocer la presencia de ideación suicida entre los escolares adolescentes.
- 5.** La disfunción familiar se relaciona con la ideación suicida de manera positiva y débil.
- 6.** El trastorno de ansiedad se relaciona con la ideación suicida. de manera positiva y débil.
- 7.** La mayoría de los alumnos son de género masculino y pertenecieron al intervalo de 11 a 13 años .

VI. RECOMENDACIONES

Realizar investigaciones de cohorte que establezcan el grado de riesgo que tienen cada una de las variables como es el trastorno de ansiedad y la disfunción familiar en la ocurrencia de la ideación suicida, considerando además otros escenarios donde se establecen otros factores sociales como nivel de pobreza y violencia familiar.

Difundir los resultados al equipo de salud mental, del Hospital Santa Isabel, jurisdicción a la que donde la referida institución educativa con el fin de establecer mecanismos de apoyo psicológico a las familias que presentan tanto disfunción familiar como trastorno de ansiedad entre sus integrantes, con el fin de explicarles la asociación hallada en la presente investigación

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. (internet) Washington, DC: OPS, 2014. (Citado 7 de agosto del 2018) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf
2. Paniagua R, González C, Rueda S. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública (internet) 2014, [citado 10 de Agosto del 2017] ;32(3):314-321. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0120-386X2014000300006&lng=en>.
3. Morales S, Echávarri O, Barros J, Maino M, Armijo I, Fischman R, et al. Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. Psykhe (internet) (Santiago) 2017 (citado 26 de agosto del 2017);26(1):1-14. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282017000100006&script=sciarttext>
4. Bazán J, Olórtegui V, Vargas H, Huayanay L. Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Rev Neuropsiquiatr (internet) 2016 (citado 28 de agosto del 2017); 79 (1): 1-7 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a02v79n1.pdf>
5. Dela Torre M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Madrid. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid. 2013. (Citado 20 de agosto del 2017). Disponible en: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocoloideacion_suicida.pdf.
6. Sábato T. Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en estudiantes de Enfermería (internet). Metas de Enferm mar 2013 (citado 3 de enero del 2019); 12(2): 67-74. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262727333_Factores_psicologicos_relacionados_con_el_riesgo_suicida_en_estudiantes_de_enfermeria/download
7. Villardón L. el pensamiento de suicidio en la adolescencia. (internet). Bilbao. Universidad de Destuo. 2010. (citado 3 de setiembre del 2017). Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=aGT8y7P56IYC&printsec=frontcover&dq=ideacion+suicida&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewils_v879LVAhUB6SYKHapdA2cQ6AEINTAD#v=onepage&q&f=false
8. Olson D, Russell C, Sprenkle D. Circumplex model: systemic assessment and treatment of families.(internet) EE.UU. Editorial Routledge; 2009. (citado 7 de agosto del 2017) Disponible en: <https://www.iberlibro.com/products/isbn/9780866567763/1146901756>

9. Ramírez C, Méndez E, Barrón F, Riquelme H, Cantú R. Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil. (internet), México: Institución Nuevo Amanecer, 2008. (citado 25 de agosto del 2019) Disponible en: <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidadfamiliar.pdf>
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. (internet) Madrid. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. (citado 3 de agosto del 2017) Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
11. Castaño J, Álvarez J, Cañón S, Bernier L, Castaño A, Galdino P. et al. Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una Institución Educativa De Palestina-Caldas en Colombia, (internet) 2012 (citado 24 de agosto del 2017). Arch Med (Manizales) 2016; 16(1):61-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273846452007.pdf>
12. Pérez P. Funcionamiento familiar e ideación suicida en alumnos de 5to año de educación Secundaria del distrito de San Juan de Miraflores. Psique Mag, (internet) 2016;4(1):31-38. (Citado 22 de agosto del 2017). Disponible en: <http://ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/download/136/57>.
13. Ríos J. Funcionamiento familiar y riesgo suicida en estudiantes que acuden a clínica universitaria en la ciudad de Huancayo. (Tesis Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología). Lima Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad De Psicología. 2014. (Citado 22 de agosto del 2017). Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:VzN8qzbBdxQJ:cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3653/1/Rios_pj.pdf+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=pe
14. Vega J, Coronado O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. Validity of a version in Spanish of the Beck Depression Inventory in medical in-patients. Rev Neuro psiquiatr (internet) 2014 (Citado 12 de mayo del 2018); 77 (2); 95-103. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>
15. Torres E, Vega C, Vinalay G, Arenas E, Rodríguez A. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en púerperas mexicanas con y sin preeclampsia. Enfermería

Universitaria (internet) 2015 (Citado 12 de mayo del 2018); 12(3): 122-133. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000457>

16. Benítez A. Caballero M. Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Acta Colombiana de Psicología (internet) 2017 (citado 24 de setiembre del 2017), 20(1):221-231 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79849735011.pdf>
17. Muñoz O. Epidemiología. (internet) Cuenca. Ediciones Universidad de Cuenca: 2009. (citado 12 de agosto del 2017) Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=7MBLqVW1SMQC&pg=PA307&dq=perfil+clinico+epidemiologico+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwIyo62Ig_3cAhVB1IMKHdTBAvcQ6AEIJjAA#v=onepage&q=perfil%20clinico%20epidemiologico%20definicion&f=false
18. Argimón J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ª ed. Barcelona. Elsevier España. 2013
19. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª edición. México Distrito Federal: Mc Graw Hill; 2014
20. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

VIII. ANEXOS

Anexo N°01

Es ésta investigación se usó la fórmula para la proporción de una población finita, aplicable en trabajos correlacionales.

$N = 619$ alumnos entre 11 y 19 años de edad.

$Z = 95\%$ (1.96)

$p = 0.5$ = considerando el valor de 0.5 como la ideal proporción para conseguir una muestra con tamaño suficiente.

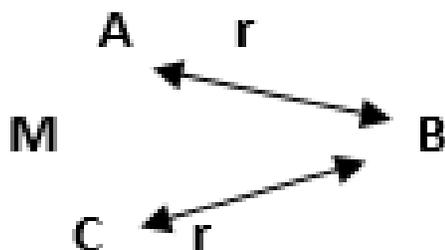
$q = 1 - P (1 - 0.5) = 0.5$

$E = 0.05$ = es el error mínimo aceptable.

$$n = \frac{N Z^2 x p q}{(N-1) E^2 + Z^2 x p q}$$

$$n = \frac{619 (1.96)^2 x (0.5) (0.5)}{(618) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$n = 237$ alumnos entre 11 a 19 años de edad



ENCUESTA

I. DATOS INFORMATIVOS

- Edad:
- Sexo: M () F ()

II. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

1. Deseo de vivir
 0. Moderado a fuerte
 1. Poco (débil)
 2. Ninguno (no tiene)
2. Deseo de morir
 0. Ninguno (no tiene)
 1. Poco (débil)
 2. Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/morir
 0. Vivir supera a morir
 1. Equilibrado (es igual)
 2. Morir supera a vivir
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo
 0. Ninguno (inexistente)
 1. Poco (débil)
 2. Moderado a fuerte
5. Deseo pasivo e suicidio
 0. Tomaría precauciones para salvar mi vida
 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener la vida
6. Duración

0. Breves, periodos pasajeros
 1. Periodos largos
 2. Continuos (crónicos) casi continuos
7. Frecuencia
 0. Rara (ocasionalmente)
 1. Intermitente
 2. Persistentes y continuos
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos de suicidio
 0. Rechazo
 1. Ambivalente; indiferente
 2. Aceptación
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio
 0. Tiene sentido de control
 1. Inseguridad de control
 2. No tiene sentido de control
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)
 0. No lo intentaría porque algo lo detiene
 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen. Indicar qué factores lo detienen
11. Razones para pensar/desear el intento suicida.
 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
 1. Combinación de 0-2.
 2. Escapar, acabar, salir de problemas.
12. Método: especificidad/oportunidad de pensar el intento.
 0. Sin considerar.
 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
 2. Detalles elaborados/bien formulados.
13. Método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.
 0. Método no disponible, no oportunidad.

1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
 2. Método y oportunidad disponible.
 - 2.a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.
14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.
0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.
 1. No está seguro de tener valor.
 2. Está seguro de tener valor.
15. Expectativa/anticipación de un intento real.
0. No
 1. Sin seguridad, sin claridad.
 2. Sí.
16. Preparación real.
0. Ninguna.
 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
 2. Completa.
17. Nota suicida.
0. Ninguna.
 1. Solo pensada, iniciada, sin terminar.
 2. Escrita. Terminada.
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).
0. No.
 1. Solo pensados, arreglos parciales.
 2. Terminados.
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.
0. Revela las ideas abiertamente
 1. Revela las ideas con reservas.
 2. Encubre, engaña, miente.
20. Intento de suicidio anteriores.
0. No.
 1. Uno.
 2. Más de uno.

PUNTAJE TEST DE BECK:

- **No riesgo: 0**
- **Leve: 1 - 13**
- **Moderado: 14 - 26**
- **Severo: 27- 40**

	ITEMS TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
1	Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2	2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud					
3	3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4	4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5	5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6	6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor en el día.					
7	7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa					
8	8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo					
9	9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10	10. Síntomas respiratorios.					

	Opresión o constricción del pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea					
11	11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismo (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento					
12	12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, falta de erección, impotencia, aparición de la frigidez y eyaculación precoz,					
13	13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					
14	Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos, sudor, tics en los párpados.					

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Nombre: _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Puntaje Total: