

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**MALTRATO INTRAFAMILIAR RELACIONADO AL RIESGO DE
SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE 4° Y 5° AÑO
DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE
PAILLARDELLE TACNA 2014**

TESIS

Presentada por:

Bach. MARGOT ESTEFANY MORALES GALLEGOS

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**MALTRATO INTRAFAMILIAR RELACIONADO AL RIESGO DE SUICIDIO
EN LOS ADOLESCENTES DE 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA
DE LA I. E. ENRIQUE PAILLARDELLE
TACNA 2014**

TESIS

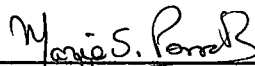
Presentada por:

BACH. MARGOT ESTEFANY MORALES GALLEGOS

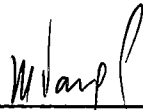
Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobada por: Unanimidad, ante el siguiente jurado



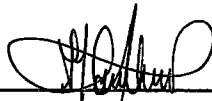
**Dra. María Porrás Roque
PRESIDENTA**



**Mgr. María Vargas Salcedo
JURADO**



**Lic. Gladys Arratia Torres
JURADO**



**Mgr. Luz Marina Ticona Pajares
ASESORA**

*El presente trabajo está dedicado a DIOS y a mi familia
por su amor y apoyo incondicional.*

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, y comprensión me alentaron a lograr este objetivo.

- A Dios quien me ha permitido cumplir mis sueños y no desfallecer en ellos.
- A mis padres quienes me dieron la vida y la oportunidad de realizarme como profesional.
- A la Mrg. Luz Marina Ticona, por el asesoramiento continuo a lo largo del presente estudio.
- A mi amigo padre y consejero, Juan Morales que con su apoyo me permite desarrollarme, avanzar como profesional y ser humano.
- Al Profesor Mario Rodríguez Navarro, Director de la I.E. Enrique Paillardelle quien colaboro incondicionalmente con mi persona para realizar este estudio.

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

Pág.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentos y formulación del problema.....03

1.2 Objetivos.....08

1.3 Justificación.....09

1.4 Formulación de la hipótesis.....09

1.5 Operacionalización de variables.....10

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....12

2.2 Bases teóricas.....15

2.4 Definición conceptual de términos.....35

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Material y métodos.....	37
3.2 Población y muestra.....	37
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	38
3.4 Procedimientos de recolección de datos.....	41
3.5 Procesamiento de datos.....	41

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados.....	43
4.2. Discusión.....	69

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio se realizó en la I.E. Enrique Paillardelle a los adolescentes de 4to y 5to año de secundaria, durante el mes de octubre del 2014, con el objetivo de determinar la relación entre el maltrato intrafamiliar y el riesgo de suicidio en adolescentes, para tal efecto se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal; tomando como unidades de estudio a 180 adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria. Para el recojo de la información se utilizó como método la encuesta, referida al Maltrato intrafamiliar y riesgo de suicidio, para la relación entre variables se utilizó la prueba Pearson por ser la más adecuada para el estudio. Los resultados obtenidos indicaron que el 46,7% presentó un nivel bajo de maltrato intrafamiliar y el 54,4% mostró mediano riesgo suicida; concluyéndose que existe correlación positiva considerable entre el maltrato intrafamiliar y el riesgo de suicidio en adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle. (Correlación de Pearson: 0,750)

ABSTRACT

This study was conducted in the I.E. Enrique Paillardelle teens 4th and 5th grade, during the month of October 2014, in order to determine the relationship between domestic abuse and the risk of suicide in adolescents. To this end a study of descriptive, correlational and cross-sectional was conducted; taking as units of study for teens 180 fourth and fifth grade. To gather information on the survey, based on domestic abuse and suicide risk, to the relationship between variables was used as the Pearson test method was used to be the most suitable for the study. The results showed that 46,7% had a low level of domestic abuse and 54,4% showed medium suicide risk; It concluded that there is significant positive correlation between domestic abuse and the risk of suicide in adolescents El Enrique Paillardelle. (Pearson correlation: 0,750)

INTRODUCCION

Hoy en día se debe tener en cuenta que los adolescentes en la etapa escolar se encuentran influenciados por diversos factores socioculturales los cuales influyen en su conducta, pero el factor que influye directa y decididamente es la familia, quien viene a ser la primera escuela del niño para su formación personal y así poder integrarse en la sociedad.

De la misma forma el riesgo suicida también es un hecho de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, y sociales; se considera como la expresión de una falla de mecanismos adaptativos de la persona al medio ambiente, provocada por una situación de conflicto actual o permanente que genera un estado de tensión emocional.

El suicidio parte como una serie de situaciones sociales (problemas con la familia, maltrato, depresión, baja autoestima o deficiente comunicación) por el otro lado, esas situaciones sociales pueden llevar al adolescente a tomar esa decisión a partir de lo que escucha entre sus compañeros, los adultos y los medios de comunicación, en cuanto a que es una forma de afrontar el mundo, este es el entorno en el que se vive.

La práctica de enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico, que permite enseñar a los usuarios cómo deben experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilarlos. La interacción de estos es el centro del proceso de enfermería; se caracteriza por ser una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico.

Conscientes de esta realidad y siendo el Profesional de Enfermería encargado de velar por el cumplimiento de la Atención Integral al Adolescente, la Enfermera debe trabajar en la creación de condiciones biopsicosociales que generen participación del equipo multidisciplinario a favor de promover la salud positiva en los adolescentes, por tal motivo se desarrolló el presente estudio : "Maltrato intrafamiliar relacionado con el riesgo de suicidio en adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Enrique Paillardelle", esperando que los resultados obtenidos contribuyan a orientar la realización de actividades preventivas promocionales, dirigidas a reducir el riesgo suicida en dicha población.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La población adolescente a pesar de presentar tasas de mortalidad baja, es un grupo etéreo vulnerable de mucha importancia, por lo que sus tasas de morbilidad, hacen que este grupo y sus necesidades, actualmente sean consideradas por los lineamientos de política del sector salud.

Según el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2013 la población adolescente (12 a 17 años) representa el 11.5% de la población total. (1)

La Organización Mundial de la Salud (2014) define al maltrato como los abusos y la desatención de que son víctima los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, diferenciándola con la violencia por su intensidad e intención. (2)

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF 2009), informa que el número de niños y adolescentes que son físicamente maltratados se ha incrementado dramáticamente en los últimos 10 años y continúa incrementándose, hay probablemente dos mil muertos cada año en América Latina que son resultados de esta causa. (3).

La Organización de Naciones Unidas para la igualdad de Género y empoderamiento de las mujeres (ONU MUJERES), en el año 2010 nos informa que la violencia (maltrato) no solo ocasiona daños físicos y psicológicos, sino que también acarrea costos –más allá del sufrimiento no visible y del impacto en su calidad de vida y bienestar- que incluyen aquellos costos que el sobreviviente y su familia deben asumir a nivel de salud (física o mental), trabajo y finanzas, así como el efecto que ello tiene en los hijos. Sólo la violencia doméstica tiene un coste aproximado de 32.900 millones de dólares en Inglaterra y Gales. En Chile, las pérdidas económicas como resultado de la violencia doméstica cuestan US\$1.56 billones o más que el 2 por ciento del Producto Bruto Interno (PBI) en 1996, y en Nicaragua llegan a US\$29.5 millones o 1.6 por ciento del PBI nacional en 1997.(4)

Así mismo dentro del Programa de Defensoría del Perú en el 2009 se han presentado denuncias sobre violación de los derechos del niño(a) y adolescente se estima que el 22% de casos corresponde al maltrato infantil y adolescente, un 49% de niños (as) y adolescentes reciben golpizas por parte de los padres siendo considerado este acto como normal y cotidiano; así mismo el

74,4% de los agresores se encontraba ecuánime, 24,1% en estado de ebriedad y el 1,5% drogados. (5)

La Policía Nacional del Perú (PNP) ha registrado a nivel nacional en el 2013 un total de 40 mil denuncias por violencia familiar, de los cuales el 16,4% pertenece a adolescentes entre 12 y 17 años; este año, en siete meses, ya van 30 mil casos registrados.(6)

La Encuesta de Salud Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2012) nos informa que la forma de castigo que utilizó el padre biológico para castigar a sus hijas e hijos, en primer lugar fue la reprimenda verbal (77,2%); en segundo lugar fue prohibiéndoles algo que le gusta (33,7%), en tercer lugar se encuentra los golpes o castigos físicos con un 30%, de los cuales el mayor porcentaje con un 47,1% de las madres no tiene educación. El 17,6 % de las mujeres entrevistadas manifestaron que para educar a hijas e hijos era necesario el castigo físico. (7)

La Oficina de Gestión de la Informática y estadística del Hospital Hipólito Unanue Tacna (2012) muestra que se registraron 2824 denuncias por violencia familiar en Tacna, de los cuales el 94% de los denunciados son las mujeres mientras el 6% son de hombres. A la vez informa que la población menor de edad de Tacna que sufrió agresión, son 2 607 personas, de los cuales el 49% es agresión física, el 33% es psicológico, el 4% sexual y otro tipo corresponde al 14%.(8)

El Instituto Gestalt de Lima (IGL 2009) refiere que, los varones se suicidan más que las féminas en relación de tres a uno. Sin embargo, las mujeres cometen más cantidad de intentos que los hombres. En el Perú, se quitan la vida 650 personas al año entre edades mayormente de 15 a 24 años. El suicidio ocupa el cuarto lugar como causa de muerte, siendo los motivos más frecuentes los conflictos familiares (27,6%), conflictos sentimentales (22,1%), problemas mentales (17,6%), problemas económicos (2,2%), enfermedad física (0,8%), también es dado ya que el 90 por ciento de las jóvenes que se quitan la vida tienen problemas mentales no diagnosticados ni tratados oportunamente.

Especialistas del IGL advierten que se encuentran en riesgo de suicidio veinte de cada 100 personas en la ciudad de Lima debido a problemas de depresión. Este problema representa a un millón 600 mil habitantes, siendo uno de los aspectos más preocupantes que generalmente el 80% de casos con esta patología terminan en suicidio debido a la falta de atención, diagnóstico y tratamiento oportuno. (9)

El IGL también sostiene que tienen más factores de riesgo aquellas personas que provienen de hogares donde ha habido situaciones de violencia, como abandono de uno de los padres, maltrato físico o psicológico, entre otros problemas.(9)

Vásquez, Jefe del Programa de Prevención del Suicidio del Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-HideyoNoguchi", en el año 2009 nos informa que, por lo general los niños y adolescentes adoptan medidas radicales contra sus vidas debido a que son sometidos a maltrato físico y psicológico por sus

padres o familiares cercanos, igualmente otros factores de riesgo que predisponen a un comportamiento suicida en adolescentes son: la procedencia de hogares disfuncionales, fallas escolares, aislamiento social, etc.(10)

El Análisis situacional de Salud de Tacna (ASIS) del año 2012, en la etapa de vida adolescente (12-17 años) presenta 12 defunciones, haciendo una tasa de 0,35 por 1,000 habitantes de este grupo y son las mujeres más afectadas (75%) que los varones (25%). La primera causa de muerte fue los Accidentes que obstruyen la respiración, seguido de las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), Infecciones respiratorias agudas y la enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón. (11)

La Oficina de Estadística del Hospital Hipólito Unanue (HNHU) referente al año 2013 nos muestra las situaciones presentadas en emergencias, en donde se plasma que en el año 2013, el total de intentos de suicidios fueron de 66, de los cuales el 71% son de mujeres y el 29% de hombres, las edades con mayores intentos de suicidios oscilan entre 14-19 años con el 50%, el distrito con mayor intento de suicidio es Tacna, seguida de Gregorio Albarracín, Alto de la Alianza y Ciudad Nueva.(12)

Así mismo, la I.E. Enrique Paillardelle, es una institución en donde los adolescentes tienen antecedentes familiares de suicidio con 55.8% según la autora (13), llegando a la conclusión en su

estudio que los adolescentes presentan ideación suicida baja con 41,7%, y cohesión familiar baja con un 45,3%, lo que hace más importante el hecho de realizar más estudios en dicha institución.

Por lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el maltrato intrafamiliar y el riesgo de suicidio en adolescentes de 4° y 5° año de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle en Tacna 2014?

1.2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la relación entre el maltrato intrafamiliar con el riesgo de suicidio en adolescentes de 4° y 5° de secundaria de la I. E. Enrique Paillardelle en Tacna 2014.

Objetivos específicos

- Determinar en los adolescentes el nivel del maltrato intrafamiliar.
- Identificar el tipo de maltrato intrafamiliar en los adolescentes.
- Determinar el riesgo suicida en la población de estudio adolescente.

1.3. JUSTIFICACION

La etapa de vida adolescente, es un periodo de múltiples cambios, de descubrimiento de la propia identidad, así como de la de autonomía individual, en donde la relación familiar se debilita y donde el mundo de nuevas experiencias lo hace al adolescente vulnerable al riesgo de suicidio.

Esta investigación permite establecer si existe una relación entre el maltrato intrafamiliar y el riesgo de suicidio. La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar el conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud, lo que permitirá a los profesionales de Enfermería orientar el trabajo de promoción de la salud hacia el mantenimiento de conducta saludables y prevención de riesgos.

1.4. FORMULACION DE LA HIPOTESIS

El maltrato intrafamiliar está relacionado significativamente con el riesgo de suicidio en adolescentes de 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Enrique Paillardelle” - Distrito de Gregorio Albarracín, Tacna 2014.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	PUNTAJE	ESCALAS
1. VARIABLE Maltrato intrafamiliar: es todo caso de maltrato físico, sexual o emocional o la falta de atención del adolescente dentro de la familia".	Nivel del maltrato intrafamiliar	Nivel bajo	14-20	Ordinal
		Nivel moderado	21-28	
		Nivel alto	29-42	
	-Maltrato físico	Nivel bajo	0-6	
		Nivel moderado	7-12	
		Nivel alto	13-18	
	-Maltrato psicológico	Nivel bajo	0-6	
		Nivel moderado	7-12	
		Nivel alto	13-18	
	-Negligencia	Nivel bajo	0-2	
		Nivel moderado	3-4	
		Nivel alto	5-6	

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Muñoz Cueva ⁽¹⁴⁾, realizó la investigación "Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años del (CEPUSM) Lima 2006", cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar. El estudio fue analítico de corta transversal, en una muestra de 504 estudiantes preuniversitarios. Se concluyó, que existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes que pertenecen a familias con niveles bajos de cohesión familiar. El 40.3% eran de familias nucleares. El 48% de los encuestados presento deseos pasivos de morir, el 30% ideación suicida, el 15% elaboro un plan suicida y 9% intento suicidarse.

Suarez Monje ⁽¹⁵⁾, realizó el estudio titulado "Maltrato Intrafamiliar en Valencia-España 2007". Investigación de tipo no experimental y descriptiva, cuyo propósito era determinar qué factores generan maltrato intrafamiliar en los adolescentes. Con una muestra de 74 adolescentes de 15 -19 años de ambos sexos pertenecientes a la Universidad de Catalán, llegando a la conclusión que el 48,1% son adolescentes de padres casados, con un nivel de escolaridad completa, categoría ocupacional obrero y proveniente de una familia nuclear. Las discusiones en el hogar y la ingestión de bebidas alcohólicas fueron los factores generadores

de violencia en el 96,1%. Los golpes ligeros 88,3%, y la humillación verbal 73,4% fueron las manifestaciones más frecuentes de violencia contra los adolescentes.

Choque Ayala ⁽¹⁶⁾, realizó la investigación “Maltrato Intrafamiliar y su influencia en el autoestima de los adolescentes de la I.E. Jorge Chávez del Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2009”. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La población estuvo constituida por adolescentes de 4to y 5to año de secundaria, siendo un total de 250 alumnos, tomando una muestra de 154 adolescentes cuyas edades eran de 15 a 17 años. Llegando a la conclusión que existe influencia significativa del maltrato intrafamiliar sobre la autoestima del adolescente.

López Hurtado ⁽¹⁷⁾, realizó la investigación “Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes, Tacna 2010”, tuvo el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados al intento suicida. El estudio fue de casos y controles, en una muestra de 162 adolescentes del área de salud perteneciente al policlínico Docente “Julian Grimau Garcia”. De los cuales el 33,33% habían atentado contra su vida y 66,66% no tenían comportamientos suicidas. Se concluyó que los factores comúnmente asociados a la conducta suicida son los antecedentes patológicos familiares y los conflictos familiares (maltrato y económicos).

Condori Mamani y Falcón Alvarez ⁽¹⁸⁾, realizaron la investigación “Clima Social familiar relacionado a la vulnerabilidad al estrés y riesgo suicida en adolescentes de tres Instituciones Educativas Nacionales del Cono Sureste- Arequipa 2011”. El

estudio fue descriptivo de corte transversal y diseño de correlación, con una muestra de 211 adolescentes, el grupo de edad predominante fue de 16 a 17 años. Se concluyó, respecto al clima familiar en las diferentes dimensiones y a nivel global la mayoría de la población en estudio percibe un clima social familiar inadecuado. Con referencia a la variable riesgo de suicidio a nivel global el 61,6% presenta máximo riesgo, en las edades de 15-17 años (68,7%), predomina el sexo femenino con 55,5%, según la dimensión ideación suicida el 59.2% presenta máximo riesgo seguido del mediano riesgo con 29.9%. Del análisis estadístico con el chi-cuadrado se encontró un alto nivel de significancia estadística ($X^2:0,001$), por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables clima social familiar con el riesgo suicida.

Maquera Maquera ⁽¹⁹⁾, Investigó “Influencia del maltrato intrafamiliar en la conducta agresiva del adolescente de la I.E. Cesar Cohaila Tamayo distrito de Ciudad Nueva-Tacna 2011”. El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal y de diseño no experimental, con una muestra de 220 estudiantes entre 12 a 17 años, utilizando un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple. Se concluyó que según edad, de acuerdo el nivel de maltrato intrafamiliar se presenta en adolescentes, cuyas edades se encuentra entre 15 ,16 y 17 en un 38,6%, los adolescentes presentan en su mayoría un nivel moderado de maltrato intrafamiliar (79,55%) y conducta agresiva del mismo nivel (47,27%). Del análisis estadístico con el chi-cuadrado ($X^2:0,003$), se acepta la hipótesis, finalmente se puede ver que los que

presentan alto nivel de maltrato intrafamiliar y conducta agresiva son 2 de 23 estudiantes (40,0%).

2.2 BASE TEORICA

La Organización Mundial de la Salud (2012) considera a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez estableciendo las posibilidades de independencia socioeconómica. (20)

Según el MINSA (2009), informa que el término adolescencia proviene del verbo latino *adolescere* que quiere decir crecer y suele emplearse para denominar la etapa de transición de la infancia a la vida adulta; sin embargo, la adolescencia tiene una connotación mucho más significativa que solamente crecer. En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se acordó que el término “adolescencia” comprende al grupo etario con edades entre los 10 y 19 años, pero que este requerimiento puede modificarse según los países, el MINSA en el Perú define adolescencia entre las edades comprendidas entre 12-17 años 11 meses y 29 días. (21)

La Organización Panamericana de la Salud (2008) define a la adolescencia como la transición entre el niño de edad escolar hacia la

etapa adulta. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios fisiológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta por lo tanto, sus límites no se asocian solamente a características físicas. (22)

MALTRATO INTRAFAMILIAR

“La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2003 refiere que el maltrato intrafamiliar es todo caso de maltrato físico, sexual o emocional o la falta de atención del adolescente dentro de la familia”. (23)

Los casos de malos tratos se dan todos los grupos religiosos, étnicos, raciales y en todas las áreas geográficas, la gran mayoría de estos casos de maltrato se dan en la familia con menos recursos, tal vez debido a la falta de oportunidades educativas para poder manejar las frustraciones emocionales y económicas.

Cuando el adolescente vive rodeado de modelos agresivos, va adquiriendo un repertorio conductual caracterizado por una cierta tendencia a responder agresivamente a las situaciones conflictivas que pueden surgir con aquellos que les rodean como la familia o adolescentes de su mismo entorno.

De acuerdo a nivel de maltrato intrafamiliar, tenemos:

- **Maltrato intrafamiliar bajo:** 14-20 puntos. Cuando no existe nunca los tres tipos de maltrato intrafamiliar: maltrato físico, emocional y el maltrato por negligencia y abandono
- **Maltrato intrafamiliar moderado:** 21-28 puntos. Cuando existe rara vez los tres tipos de maltrato intrafamiliar: maltrato físico, emocional y el maltrato por negligencia y abandono.
- **Maltrato intrafamiliar alto:** 29-42 puntos. Cuando existe siempre los tres tipos de maltrato: intrafamiliar: maltrato físico, emocional y el maltrato por negligencia y abandono

Existen tipos de maltrato intrafamiliar:

✓ **Maltrato físico:**

Cualquier agresión no accidental provocada por el padre o tutor que provoque daño físico en el adolescente.

- El daño más común es a la piel, el sistema esquelético, el sistema nervioso central y cualquier otro sistema orgánico.

- Las manifestaciones clínicas de maltrato físico son variadas.

Maltrato físico bajo: 0-6 puntos. Cuando no existe nunca alguna agresión y daño físico.

Maltrato físico moderado: 7-12 puntos. Cuando existe rara vez algún tipo de agresión o daño físico.

Maltrato físico alto: 13-18 puntos. Cuando existe siempre agresiones y daños físicos hacia la persona.

Se puede clasificar de la siguiente manera:

- Lesiones físicas graves: fracturas de huesos, hemorragias, lesiones internas, quemaduras, envenenamiento, hematomas, etc.
- Lesiones físicas menores o sin lesiones: no requieren atención médica y no ponen en peligro la salud física del menor.
- El adolescente que es víctima de este tipo de maltrato puede presentar o manifestar que sus padres o tutores cuando le pegan lo realizan: con las manos (bofetadas, pellizcos, nalgadas, etc). Con objetos (palos, chancletas, etc), otros (empujones, derramarle algo encima).

✓ **Maltrato emocional o psicológico:**

Se manifiesta a través de expresiones de rechazo, insultos, falta de afecto y atención ocasionado por el padre o tutor. El Centro Nacional sobre abuso y negligencia (C.N.A.N.) de la UNICEF, lo

expresa mediante el rechazo, aislamiento, ignorar, aterrorizar, corrupción (someter).

Maltrato psicológico bajo: 0-6 puntos. Cuando no existe nunca expresiones de rechazo, insultos, falta de afecto y atención ocasionada por el padre o tutor.

Maltrato psicológico moderado: 7-12 puntos. Cuando existe rara vez expresiones de rechazo, insultos, falta de afecto y atención ocasionada por el padre o tutor.

Maltrato psicológico alto: 13-18 puntos. Cuando existe siempre expresiones de rechazo, insultos, falta de afecto y atención ocasionada por el padre o tutor.

El Centro Nacional sobre Abuso y Negligencia (C.N.A.N.) de la UNICEF, lo expresa mediante el rechazo, aislamiento, ignorar, aterrorizar, corrupción (someter).

- Rechazar: Implica conductas de abandono, los padres rechazan las expresiones espontaneas del adolescente, sus gestos de cariño; desaprueban sus iniciativas y no lo incluyen en las actividades familiares.

- Aterrorizar: Amenazar al adolescente con un castigo extremo o con un siniestro, creando en él una sensación de constante amenaza.
- Ignorar: Se refiere a la falta de disponibilidad de los padres para con el adolescente. El padre preocupado por sí mismo y es incapaz de responder a las conductas del adolescente.
- Aislamiento: Privar al adolescente de las oportunidades para establecer relaciones sociales.
- Someter (corrupción): Impedir la normal integración del adolescente, reforzando pautas de conductas antisociales.

El adolescente puede referir que cuando no se comporta adecuadamente sus padres o tutores: le insultan con frecuencia, le muestran indiferencia, amenazan con abandonarlo, le regañan constantemente, amenazan con agredirle físicamente o prohibirle salir de su habitación u hogar. También son frecuentes el uso de palabras obscenas, las discusiones entre mayores y las discusiones con los vecinos.

Por otro lado, el maltrato de tipo psicológico y negligencia indica que le hace creer al menor que está solo en el mundo, no responde a las interacciones sociales normales, lo percibe al mundo como caprichoso y hostil, en el cual hay que comportarse de manera destructiva y antisocial. Estos afectos resultan como amenazas para el desarrollo humano.

✓ **Maltrato por negligencia o abandono:**

Se refiere a no actuar convenientemente ante las necesidades físicas, sociales y psicológicas del menor. Se priva al adolescente de los cuidados básicos, aun teniendo los medios económicos, se posterga o descuida la atención de la salud, educación, alimentación, protección, etc.

El adolescente que es víctima de este tipo de maltrato refiere que alguna vez sus padres lo han: dejando fuera de casa y sin poder entrar por más de una hora, desprotegido del frío, abandonado en la escuela, abandonado en el hospital, sin alimentación, solo en el hogar, y en compañía de un menor.
(24)

Maltrato por negligencia bajo: 0-2 puntos. Cuando no existe nunca desatención por las necesidades físicas, sociales, psicológicas y cuidados básicos del menor.

Maltrato por negligencia moderado: 3-4 puntos. Cuando existe rara vez desatención por las necesidades físicas, sociales, psicológicas y cuidados básicos del menor.

Maltrato negligencia alto: 5-6 puntos. Cuando existe siempre desatención por las necesidades físicas, sociales, psicológicas y cuidados básicos del menor.

Factores predisponentes del maltratador:

Los factores predisponentes del maltratador, el factor socioeconómico, el haber sido golpeado cuando era niño, la autoevaluación moral, el aislamiento social, la desconfianza para con el medio y la facilidad de la expresión de impulsos agresivos o conducta agresivas. (25)

Factores de riesgo del maltrato intrafamiliar:

Son cuatro factores de riesgo más importantes (26)

- Familias disfuncionales
- El abuso de drogas y alcohol
- Tipo de empleo
- Nivel de educación

Consecuencias del maltrato intrafamiliar:

Un adolescente que vive constantemente golpeado o maltratado psicológicamente, tiende a sentir que nadie lo quiere y a pensar que el no vale nada, y vive enrabiado, lleno de sentimientos de odio y pena. El maltrato hace que el adolescente se sienta constantemente negado, descalificado e inútil.

Un adolescente con este tipo de reacciones guardara su rabia y amargura por un tiempo ,pero frente a cualquier otro hecho de la vida puede explotar y manifestarse más violento que los demás .Esa violencia

proviene de esta rabia guardada, de sentirse poco querido y rechazado.
(27)

Ciclos del maltrato intrafamiliar:

El maltrato intrafamiliar transita a través de un proceso cíclico que se repite, según los expertos, cada vez con más gravedad y frecuencia. Tenemos:

Primer ciclo: Acumulación de tensión

Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos. Por ejemplo, dar portazos, arrojar

Segundo ciclo: Episodio agudo de violencia

Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas. El abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.

Tercer ciclo: Período de calma, arrepentimiento o luna de miel

Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño. (28)

RIESGO SUICIDA

Riesgo

La OMS (2008) define al riesgo como el daño potencial que puede surgir por un proceso presente o suceso futuro, es decir, es la posibilidad de que un peligro pueda llegar a materializarse. (29)

Suicidio

La OMS (2007) define al suicidio como un acto con resultado fatal mediante el cual sin ayuda de otros una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de acabar con su vida o conseguir consecuencias sobre su estado físico. (30)

Riesgo suicida

Bernabé (2007), refiere que el riesgo suicida está presente en aquellas personas que tienen ideas suicidas, antecedentes autolíticos, sentimientos de depresión, desesperanza y aspectos que se relacionan con el suicidio. (31)

Impulsividad y suicidio

Téllez (2007), es un factor que desinhibe la conducta y origina un alto riesgo de suicidio, aunque tiende a asociarse más

con intentos fallidos o gestos cuidados ya que los que se intentan suicidar impulsivamente comparados con los que predeterminadamente lo hicieron, tienen menor probabilidad de morir en el acto. Se ha llegado a suponer que la impulsividad/agresividad causa el intento de suicidio, mientras que la depresión es causa de los suicidios consumados, esto debido a que la impulsividad incrementa el riesgo de intentos de suicidio pero impide planear el acto suicida, y por eso con frecuencia el intento no es letal. La impulsividad está relacionada también con el uso de medios más violentos, lo que se puede considerar como un marcador de elevadas conductas agresivas impulsivas. (32)

Villagomez (2005), el riesgo suicida se clasifica en cuatro tipos:

- La conducta suicida impulsiva; que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo.
- La sensación de que la vida no vale la pena; sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, el adolescente considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán.
- Una enfermedad grave; que puede llevar al individuo a pensar que no hay otra salida
- El intento suicida como medio de comunicación; en donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio, y así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean. También que puede ser un intento por atraer el interés de los demás o

de un medio para expresar sus sentimientos de enojo.(33)

Factores del riesgo suicida en adolescentes:

➤ Factores culturales y sociodemográficos

Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.

Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes. Oberg fue el primero en utilizar el término 'shock cultural' para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por:

- Esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura.
- Sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás.
- Sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura.
- Confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura.

- Sorpresa, angustia, disgusto e indignación ante las diferencias culturales a las que debe adaptarse.
- Sentimientos de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura.
- Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal.

Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

➤ **Situación familiar y eventos vitales adversos**

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.

- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.

- Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

Los elementos abordados con anterioridad son muy frecuentes en las familias de los adolescentes con riesgo suicida, pero no son los únicos. Es muy posible que usted pueda incrementar esta lista con experiencias conocidas.

➤ **Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio**

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades (34):

- Depresión.
- Trastornos de Ansiedad.
- Abuso de alcohol.
- Abuso de drogas.

- Trastornos incipientes de la personalidad.
- Trastorno Esquizofrénico.

Factores y conductas protectoras

Se entiende a estos factores como la existencia de aspectos internos y externos en las personas que las protegen y las hacen menos vulnerables a daños que afecten su bienestar y su desarrollo integral.

Algunos de los elementos se denominan factor internos y radican en la persona mismo (estima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía) y otros conocidos como actores externos, ubicados en distintos escenarios como la familia y la comunidad y a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños.

Se pueden enumerar entre los factores protectores del suicidio los siguientes:

- Presencia de habilidades sociales que permitan la integración a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva.
- Presencia de confianza en si mismo, aprendiendo a sacar experiencias positivas de los fracasos, fomentando la resiliencia.
- Educación que cuente con el destaque de éxito, evitando así sentimientos de inseguridad

- Presencia de habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades
- Obtención de capacidad de autocontrol
- Desarrollo de una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad
- Presencia de buena autoestima, autoimagen y suficiencia
- Desarrollo de inteligencia y habilidades para resolver problemas
- Capacidad de buscar ayuda en momentos de dificultades sabiendo elegir la persona más adecuada para brindarlos
- Capacidad de ser receptivo a las experiencias ajenas, soluciones y conocimientos para incorporarlos a su repertorio
- Adecuada integración social y creación de un criterio de pertenencia
- Formación de buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos maestros y otras figuras significativas.
- Contar con el apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta apoya
- Lograr una autentica identidad cultural
- Empleo adecuado y sano del tiempo libre
- Evitar el consumo de sustancia adictivas (alcohol drogas tabaco y fármacos)
- Capacidad para posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo con resultados duraderos
- Desarrollo de una variedad de actividades e intereses extra hogareños para equilibrar dificultades en el hogar
- Capacidad para expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos o ideas suicidas

- Capacidad para hacer uso racional de las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio.

Detección del riesgo suicida

Villardón en el 2003, señala que los diversos factores de riesgo parecen ser insuficientes en sí mismos para que aparezca un intento suicida, por lo que más bien se considera que una combinación de factores interactúe en función del sexo, arazá, personalidad, factores culturales y otros factores sociodemográficos. Esta forma de entender el suicidio concede una esperanza para la predicción y prevención del mismo, pero incluye al mismo tiempo una dificultad por la evidente complejidad del proceso basada en la interrelación y la influencia recíproca de las múltiples variables mencionadas en la conducta suicida. (35).

A continuación se tienen indicadores que intervienen en la identificación de riesgo suicida en adolescentes:

❖ Identificación de la aflicción

Cualquier cambio repentino o dramático que afecta el desempeño de un adolescente, su concurrencia al centro escolar o

su comportamiento personal deben ser considerados seriamente.

Es el caso de:

- Falta de interés en las actividades cotidianas
- Descenso general en las calificaciones
- Disminución del esfuerzo
- Comportamiento inadecuado en la clase
- Ausencias inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso
- Fumar excesivamente, beber o uso inadecuado de drogas
- Incidentes que conducen a violencia estudiantil o a intervención de la policía

❖ Evaluación del riesgo suicida

Cuando el personal del Centro Educativo evalué el riesgo de suicidio, deberá considerar que estos problemas son siempre multidimensionales, es decir la presencia de múltiples factores que puedan converger y no solamente alguno o uno solo

a) Intentos de suicidio previos

Los antecedentes de intentos de suicidio previos son factores de riesgo más significativos,. Los jóvenes afligidos tienden a repetir sus actos.

❖ Depresión

Otro factor importante es la depresión. El diagnóstico de la depresión debe ser hecho por un médico o un psiquiatra infantil, pero los profesores y los otros miembros del equipo escolar, deben

poder darse cuenta de la variedad de síntomas que forman parte de la enfermedad depresiva.

❖ Situaciones de riesgo

Otra tarea importante es identificar situaciones ambientales y acontecimientos negativos, de acuerdo a lo esbozado previamente, que activen los pensamientos suicidas y así aumenten el riesgo de suicidio.

Shaffer, en el 2006 considera que una estrategia razonable para la prevención del suicidio consiste en rastrear sistemáticamente a los varones de 15 a 19 años, grupo etario que se considera de mayor riesgo para intentos de suicidio especialmente en aspectos como intentos de suicidio previos, preocupaciones suicidas recientes y serias, depresión, complicaciones uso de alcohol o sustancias. Lo anterior teniendo en cuenta que los programas de rastreo necesitan ir más allá de la identificación de un adolescente con perfil de alto riesgo, debiendo estos ser derivados para evaluación y abordaje terapéutico si es requerido.(36)

LINEAMIENTOS PARA LA ACCION EN SALUD MENTAL DIRECCION REGIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PERU 2004

Las nuevas propuestas del modelo de atención integral de salud MAIS, elaboradas por la Dirección regional de Salud, busca que el componente de salud Mental forme parte de la salud integral.

Dentro de los nueve lineamientos para la acción de salud mental, se encuentra el lineamiento 2, titulado "Integración de la Salud Mental en la concepción de la Salud" donde establece prioridades de Salud Mental para los distintos niveles de intervención (básica, especializada), según ciclo vital y poblaciones especiales, haciendo referencia a los adolescentes de la siguiente manera:

- ✓ Adolescente: alcohol y drogas, prevención y atención del embarazo precoz, suicidios, trastornos de conducta (violencia, psicosis de inicio temprano). Enfatizar la prevención de estos problemas, y la promoción de valores, relaciones humanas saludables y de espacios y oportunidades de participación y desarrollo integral.(37)

Respecto a los lineamientos del adolescente, destaca el lineamiento N°1: Acceso universal a los/las adolescentes a una atención diferenciada en los servicios públicos y privados de salud, con especial énfasis en salud mental, sexual y reproductiva, prevención y atención del maltrato basada en género y la familia

2.3 DEFINICION CONCEPTUAL DE TERMINOS

MALTRATO INTRAFAMILIAR

Es todo maltrato físico, sexual o emocional o la falta de atención del adolescente dentro de la familia.

➤ **Maltrato físico:**

Cualquier agresión no accidental provocada por el padre o tutor que provoque daño físico en el adolescente.

➤ **Maltrato emocional o psicológico:**

Se manifiesta a través de expresiones de rechazo, insultos, falta de afecto y atención ocasionado por el padre o tutor. El Centro Nacional sobre abuso y negligencia (C.N.A.N.) de la UNICEF, lo expresa mediante el rechazo, aislamiento, ignorar, aterrorizar, corrupción (someter).

➤ **Maltrato por negligencia o abandono:**

Es el no actuar convenientemente ante las necesidades físicas, sociales y psicológicas del menor. Se priva al adolescente de los cuidados básicos, aun teniendo los medios económicos, se posterga o descuida la atención de la salud, educación, alimentación, protección, etc.

RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

Posibilidad que tiene el adolescente (12-17 años) con pensamientos suicidas de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1.-MATERIAL Y METODOS:

El presente trabajo de investigación de acuerdo al problema y los objetivos propuestos es una investigación cuantitativa de tipo descriptiva, porque se va a describir las variables de maltrato intrafamiliar y riesgo de suicidio en el adolescente, correlacional, porque se relacionaran ambas variables y de corte transversal porque se realizó en un solo tiempo.

3.2.- LA POBLACION Y MUESTRA:

3.2.1. Población

La institución educativa Enrique Paillardelle cuenta con un total de 1976 alumnos, dentro de los cuales 48 alumnos son del nivel inicial, 965 alumnos del nivel primario y 963 en el área secundaria, con 32 aulas en total, de las cuales 6 aulas son de 4to año y 5 de 5to año.

La población que se seleccionó para el estudio fueron adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria, por ser la población más vulnerable al riesgo de suicidio, ya que las edades con mayores intentos de suicidios oscilan entre 14-19 años, los cuales hacen un total de 339 alumnos.

3.2.2. Muestra

El tamaño de muestra se calculó mediante la fórmula de Cochran, dando como resultado 180 adolescentes de 4° y 5° de secundaria. La selección de las aulas fue por conveniencia. (Ver Anexo N°01)

Criterios de inclusión:

- Adolescentes de ambos sexos que se encuentren en el aula al momento de la encuesta en el Centro Educativo
- Adolescentes que se encuentren cursando en 4° y 5° año de secundaria.
- Adolescentes de 12-17 años

Criterios de exclusión:

- Adolescentes ausentes el día de la aplicación de la encuesta
- Adolescentes que no deseen participar en la investigación, es decir que se muestren negativos a participar en la encuesta.

3.3.- LA TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

En el presente estudio se utilizó el método de la encuesta, la cual consiste en obtener información de los sujetos de estudio proporcionados por ellos mismos sobre opiniones, conocimientos, actitudes, sugerencias.

Una encuesta estructurada con un total de 38 ítems: (Ver Anexo N°02)

La primera parte consta de 05 ítems:

- ✓ Datos Generales: edad sexo grado de estudios.
- ✓ Datos específicos: con indicadores acerca de las características familiares: estado civil de los padres y tipo de familia.

La segunda parte es sobre la Escala de maltrato intrafamiliar percibido por el adolescente. El instrumento fue elaborado por Andrea Maquera Maquera en su estudio titulado “Influencia del maltrato intrafamiliar en la conducta agresiva del adolescente de la I. E. Cesar Cohaila Tamayo distrito de Ciudad Nueva Tacna -2011”, validado por expertos en el año 2011. Esta escala consta de 14 ítems, todos los ítems evalúan el maltrato intrafamiliar, del 1 al 6 evalúa el maltrato físico, del 7 al 12 evalúa el maltrato emocional o psicológico, el 13 al 14 evalúa el maltrato por negligencia o abandono. Esta escala asume un rango de puntaje de 14 a 42 puntos obtenidos, por la sumatoria de los puntajes parciales, cada uno de los ítems asume los valores de:

- Nunca: 01 punto
- Rara vez: 02 puntos
- Siempre: 03 puntos

- **Maltrato intrafamiliar bajo:** 14-20 puntos. Cuando no existe nunca los tres tipos de maltrato intrafamiliar: maltrato físico, emocional y el maltrato por negligencia y abandono

- **Maltrato intrafamiliar moderado:** 21-28 puntos. Cuando existe rara vez los tres tipos de maltrato intrafamiliar: maltrato físico, emocional y el maltrato por negligencia y abandono.
- **Maltrato intrafamiliar alto:** 29-42 puntos. Cuando existe siempre los tres tipos de maltrato: intrafamiliar: maltrato físico, emocional y el maltrato por negligencia y abandono

La tercera parte es un Instrumento de riesgo de ideación suicida de Aaron Beck. Escala de Intencionalidad Suicida, su objetivo es evaluar las características de la tentativa suicida. El instrumento fue validado en el año 2004 en E.E.U.U. por Heredia Segura. La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global, de este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38.

Las sub-escalas originalmente propuestas por Beck (1979), fueron las siguientes: I. Características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), II. Características de los pensamientos y los deseos de suicidarse (6 reactivos), III. Características del intento suicida (4 reactivos) y IV. Actualización del intento suicida (4 reactivos).

- ❖ **Mínimo riesgo:** 0-12 puntos. El adolescente no tiene deseos de realizar un intento suicida, toma precauciones para cuidar su vida.
- ❖ **Mediano riesgo:** 13-24 puntos. El adolescente tiene pensamientos suicidas, pero cierta duda de realizarlos.
- ❖ **Máximo riesgo :** 25-38 puntos. El adolescente tiene pensamientos suicidas, tiene expectativas de realizar un intento suicida, ha realizado acciones finales para preparar la muerte no toma precauciones para cuidar su vida.

3.4.-LOS PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

La recolección de datos se realizó mediante la entrega de una encuesta a los adolescentes en su I.E. Enrique Paillardelle.

Se tomó a los adolescentes de 4to y 5to año que asigno el encargado del área de secundaria, asignándome las aulas que se encontraban en clases de Tutoría, 4 aulas de 4to año y 4 aulas de 5to año, iniciando con las previas indicaciones correspondientes a los adolescentes.

3.5.-PROCESAMIENTO DE DATOS:

Luego de la obtención de los datos se procesó con el Software SPSS. Para el análisis bivariado entre el maltrato intrafamiliar relacionado al riesgo de suicidio en adolescentes se utilizó para el análisis estadístico la correlación de Pearson. Se consideró un nivel de confianza de 95% y un valor $p < 0,05$ para probar la Hipótesis de investigación.

Para la presentación de los resultados se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada en base a los objetivos planteados con sus respectivos gráficos.

CAPITULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales son presentados en distribución de frecuencias y tablas de contingencia, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

CUADRO N° 01

NIVEL DEL MALTRATO INTRAFAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE TACNA 2014

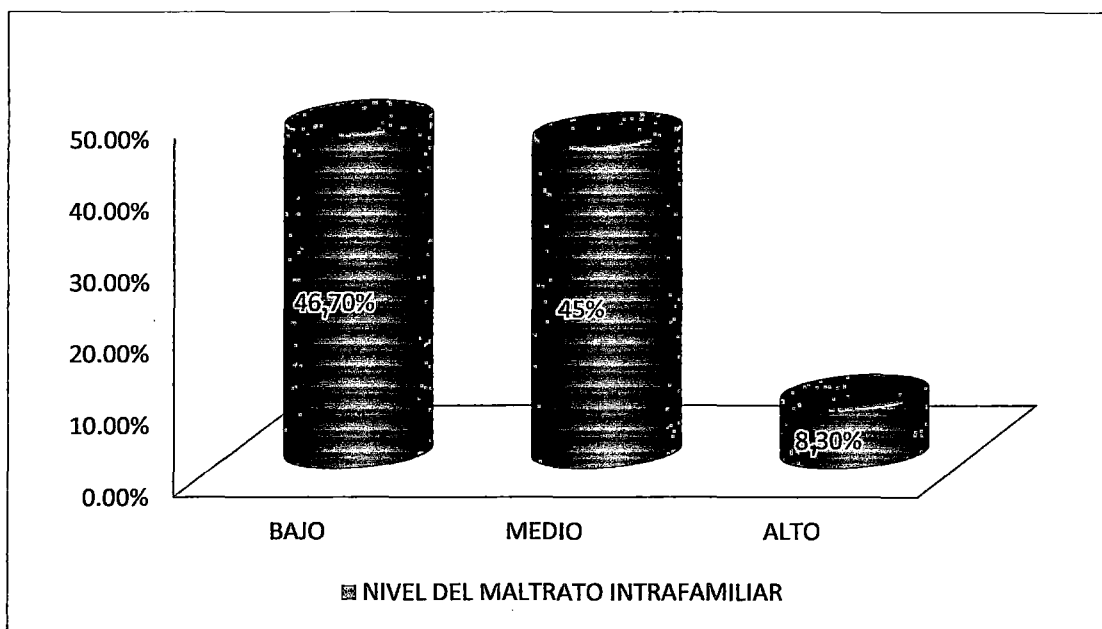
NIVEL DEL MALTRATO INTRAFAMILIAR	Adolescentes	
	N°	%
Bajo	84	46,7
Moderado	81	45,0
Alto	15	8,3
TOTAL	180	100

FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

En este cuadro se observa que predominan el nivel de maltrato intrafamiliar bajo (46,7%), y moderado (45,0%), seguido del nivel de maltrato intrafamiliar alto (8,3%) en los adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle. Se aprecia que la diferencia entre ambos porcentuales es mínima, solo del 1,70%, que son 3 adolescentes.

GRAFICO N° 01

NIVEL DEL MALTRATO INTRAFAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N°01

CUADRO N° 02

NIVEL DEL MALTRATO FISICO EN LOS ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE TACNA 2014

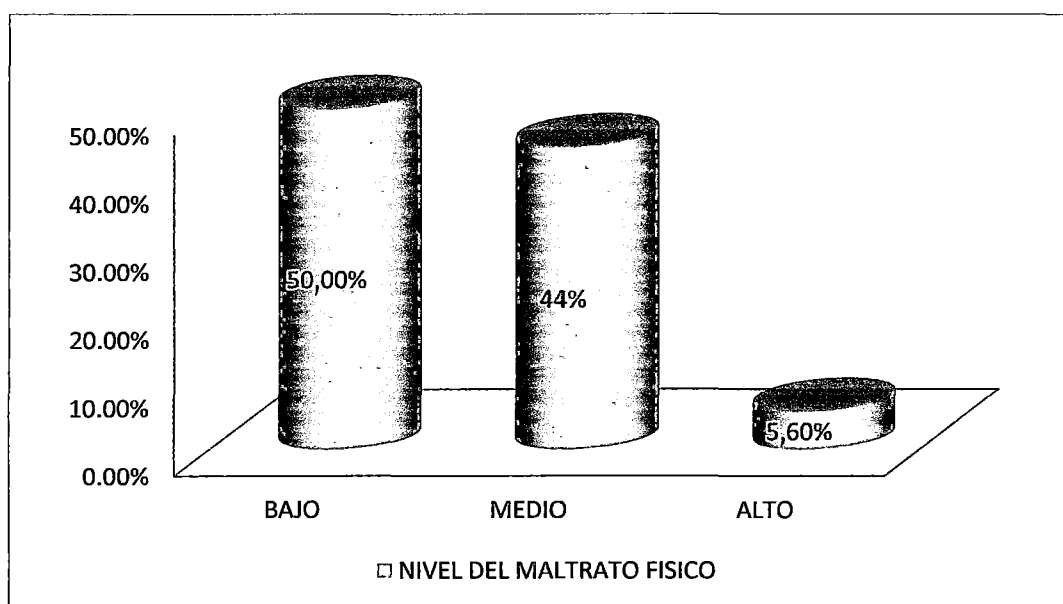
NIVEL DEL MALTRATO FISICO	Adolescentes	
	N°	%
Bajo	90	50,0
Moderado	80	44,4
Alto	10	5,6
TOTAL	180	100,0

FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

En este cuadro se aprecia el nivel de maltrato físico, donde predominan el nivel bajo (50,0%), y nivel moderado (44,4%), seguido del nivel alto (5,6%) en los adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle. La diferencia entre los porcentajes de nivel bajo y moderado es mínima, mostrándonos porcentajes significativos. Destacando los ítems tus padres te ocasionan golpes en el cuerpo y tu padre te empuja bruscamente.

GRAFICO N°02

NIVEL DEL MALTRATO FISICO EN LOS ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N° 02

CUADRO N° 03

NIVEL DEL MALTRATO PSICOLOGICO EN LOS ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE TACNA 2014

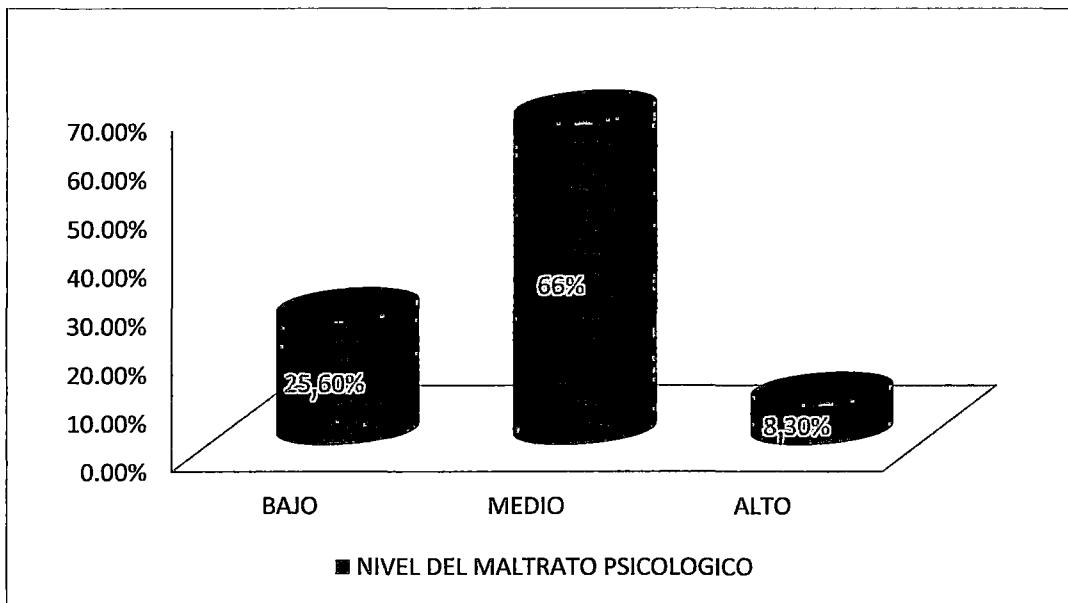
NIVEL DEL MALTRATO PSICOLOGICO	Adolescentes	
	N°	%
Bajo	46	25,6
Moderado	119	66,1
Alto	15	8,3
TOTAL	180	100,0

FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

En el presente cuadro se observa que predomina el nivel del maltrato psicológico moderado (66,1%), seguido del nivel bajo (25,6%) y nivel alto (8,3%) en los adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle. Teniendo en cuenta que los ítems que más resaltan son: Tu padre te grita o insulta por algún motivo en casa, Tu padre te amenaza cuando sacas malas notas, Tu padre se burla de ti con apodos.

GRAFICO N°03

NIVEL DEL MALTRATO FISICO EN LOS ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N°03

CUADRO N° 04

NIVEL DEL MALTRATO POR NEGLIGENCIA EN LOS ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE TACNA 2014

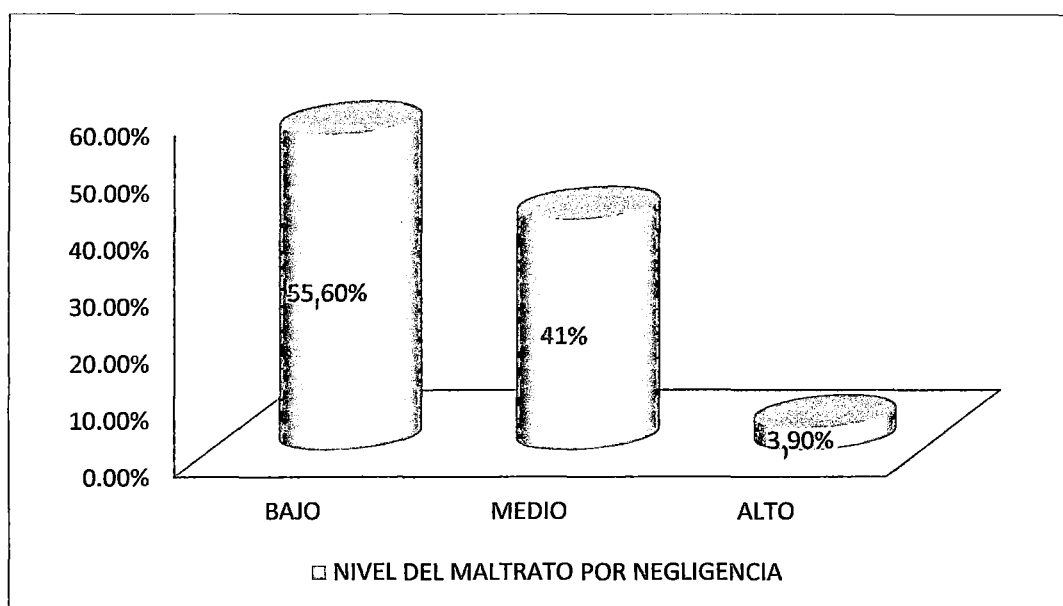
NIVEL DEL MALTRATO POR NEGLIGENCIA	Adolescentes	
	N°	%
Bajo	100	55,6
Moderado	73	40,6
Alto	7	3,9
TOTAL	180	100,0

FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

En este cuadro se observa que en primer lugar se encuentra el nivel de maltrato por negligencia bajo (55,6%), seguido del nivel moderado (40,6%) y del nivel alto (3,9%) en los adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle.

GRAFICO N° 04

NIVEL DEL MALTRATO POR NEGLIGENCIA EN LOS ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N°04

CUADRO N° 05

**NIVEL DEL MALTRATO INTRAFAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES,
SEGÚN EDAD DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE**

TACNA 2014

EDAD	MALTRATO INTRAFAMILIAR						TOTAL	
	BAJO		MODERADO		ALTO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
15	24	13,33	19	10,55	3	1,66	46	25,55
16	36	20,00	31	17,22	4	2,22	71	39,44
17	24	13,33	31	17,22	8	4,44	63	35,10
TOTAL	84	46,60	81	45,00	15	8,27	180	100

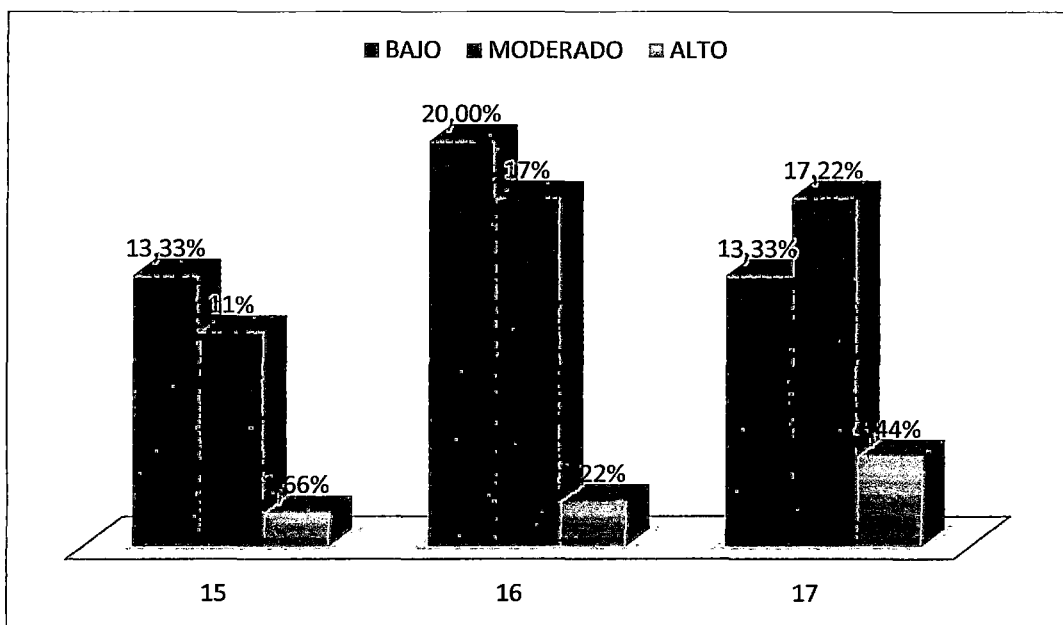
FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

Según edad, en el cuadro se observa que destaca la edad de 16 años con niveles de maltrato bajo (20,00%) y moderado (17,22%), seguido de la edad de 17 años con maltrato intrafamiliar moderado (17,22%) y bajo (13,33%), finalmente la edad de 15 años con maltrato intrafamiliar bajo (13,33%) y moderado (10,55%), se observa también que el nivel de maltrato alto en todas las edades presenta porcentajes mínimos.

GRAFICO N° 05

NIVEL DEL MALTRATO INTRAFAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES, SEGÚN EDAD DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N°05

CUADRO N° 06

NIVEL DEL MALTRATO INTRAFAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES, SEGÚN SEXO DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014

SEXO	MALTRATO INTRAFAMILIAR						TOTAL	
	Bajo		Moderado		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Femenino	42	23,33	43	23,88	7	3,88	92	51,11
Masculino	42	23,33	38	21,11	8	4,44	88	48,88
TOTAL	84	46,66	81	45	15	8,33	180	100

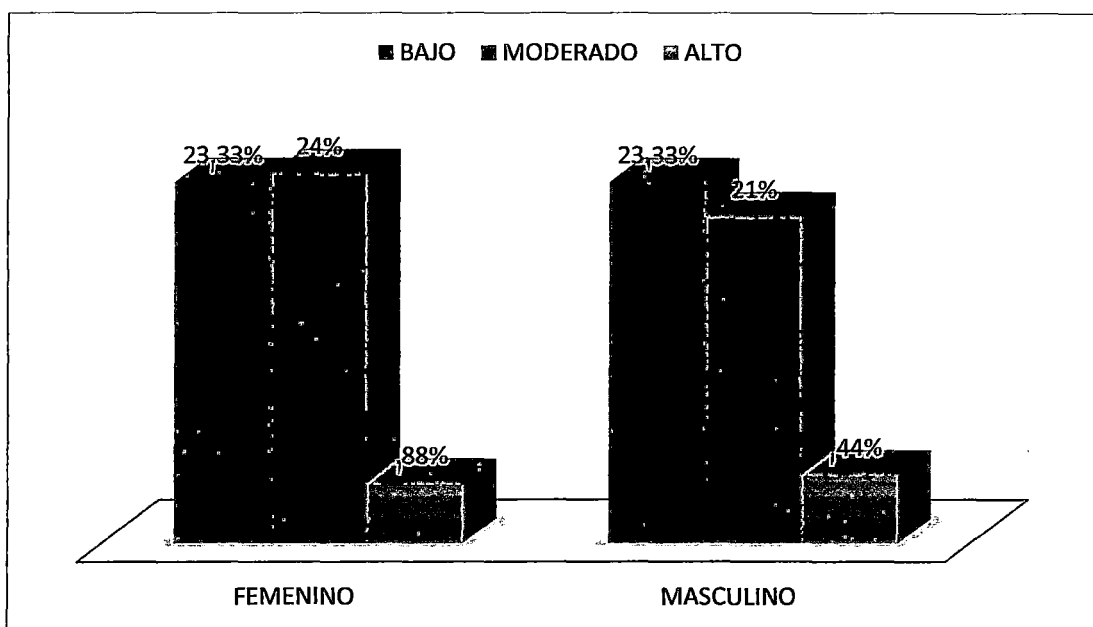
FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

Según el sexo, en este cuadro se observa que predomina el maltrato en el sexo femenino, presentando el nivel de maltrato intrafamiliar moderado (23,88%) y bajo (23,33%), seguido del masculino con maltrato intrafamiliar bajo (23,33%) y moderado (21,11%).

GRAFICO N° 06

NIVEL DEL MALTRATO INTRAFAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES, SEGÚN SEXO DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N°06

CUADRO N° 07

NIVEL DEL MALTRATO INTRAFAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES, SEGÚN TIPO DE FAMILIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014

TIPO DE FAMILIA	MALTRATO INTRAFAMILIAR						Total	
	Bajo		Moderado		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
NUCLEAR	56	31,10	45	25,00	6	3,33	107	59,43
MONOPARENTAL	13	7,22	18	10,00	7	3,88	38	21,10
EXTENSA	15	8,33	18	10,00	2	1,11	35	19,44
TOTAL	84	46,65	81	45,00	15	8,32	180	100

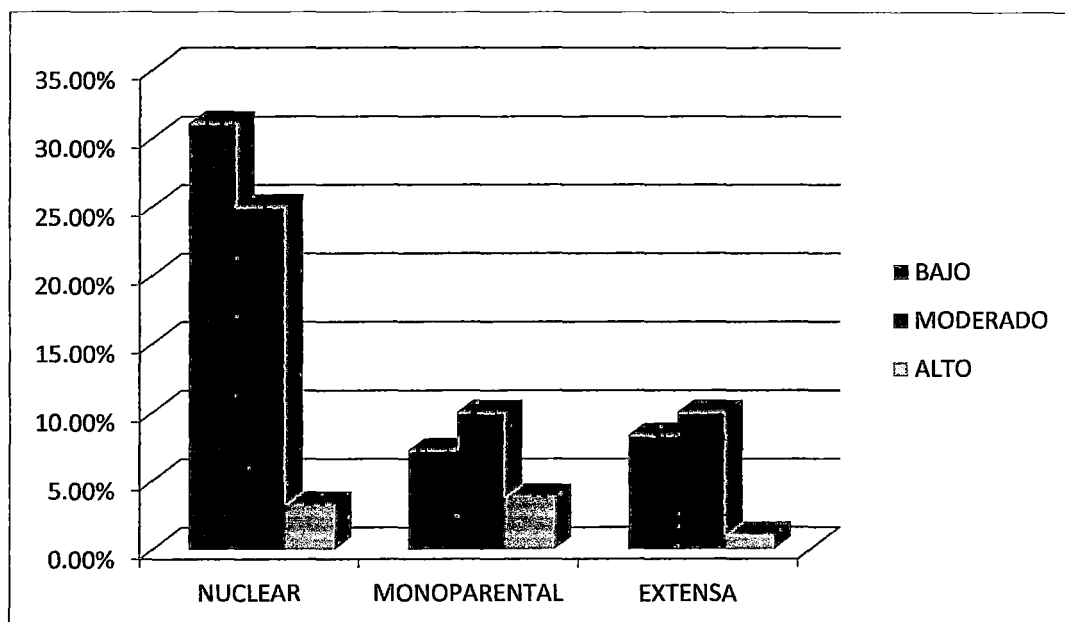
FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

Según el tipo de familia, las familias nucleares son las que presentan mayores porcentajes en los niveles de maltrato intrafamiliar bajo (31,10%) y moderado (25,00%), seguido de las familias monoparentales con maltrato intrafamiliar moderado (10,00%) y finalmente la familia extensa con maltrato intrafamiliar moderado (10,00%).

GRAFICO N° 07

NIVEL DEL MALTRATO INTRAFAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES, SEGÚN TIPO DE FAMILIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N°07

CUADRO N°08

RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014

RIESGO DE SUICIDIO	Adolescentes	
	N°	%
Mínimo	60	33,3
Mediano	98	54,4
Máximo	22	12,2
TOTAL	180	100,0

FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

En este cuadro se observa que prevalece el riesgo de suicidio mediano (54,4%), sobre del riesgo mínimo (33,3%), y finalmente se encuentra el riesgo de suicidio máximo (12,2%) en los adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle.

GRAFICO N°08

**RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO
DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE**

TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N°08

CUADRO N°09

**RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES, SEGÚN EDAD DE
LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE**

TACNA 2014

EDAD	RIESGO DE SUICIDIO						TOTAL	
	Mínimo		Mediano		Máximo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15	14	7,77	27	15,00	5	2,77	46	25,55
16	27	15,00	38	21,11	6	3,33	71	39,44
17	19	10,55	33	18,33	11	6,11	63	35,00
TOTAL	60	33,33	98	54,44	22	12,22	180	100

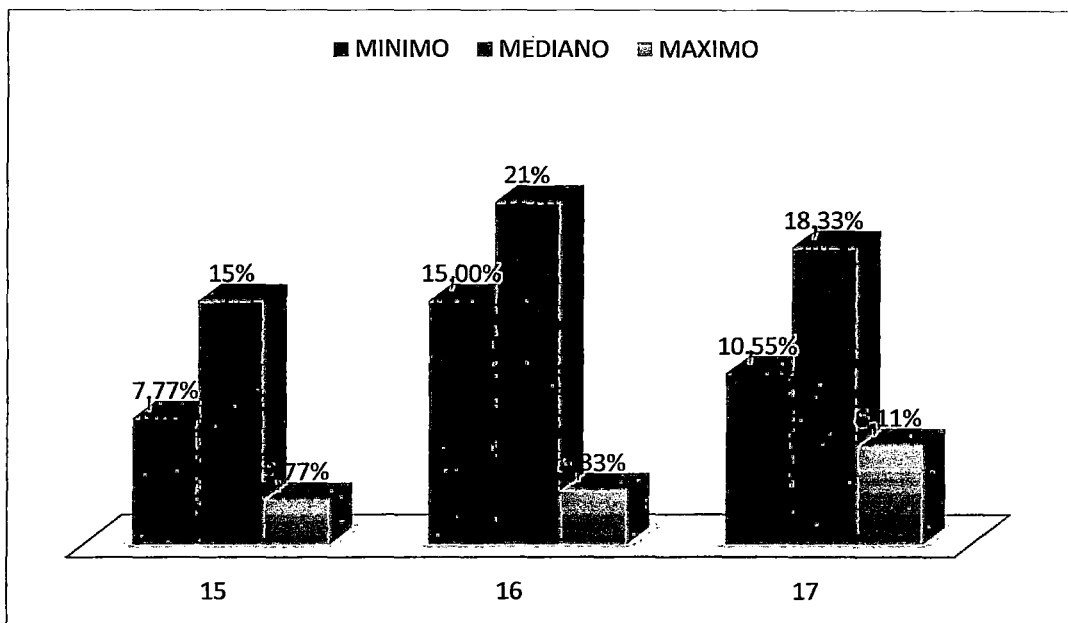
FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

Según edad, en el cuadro se observa que los porcentajes que destacan están en las edades de 16 años con riesgo de suicidio mediano (21,11%) y 17 años con riesgo de suicidio mediano (18,33%), seguido de la edad de 15 años también con riesgo de suicidio mediano (15,00%) y 16 años con riesgo de suicidio bajo (15,00%).

GRAFICO N°09

RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES, SEGÚN EDAD DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N°09

CUADRO N°10

RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES, SEGÚN SEXO DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014

SEXO	RIESGO DE SUICIDIO						TOTAL	
	Mínimo		Mediano		Máximo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	27	15,00	53	29,44	12	6,66	92	51,11
Masculino	33	18,33	45	25,00	10	5,55	88	48,88
TOTAL	60	33,33	98	54,44	22	12,22	180	100

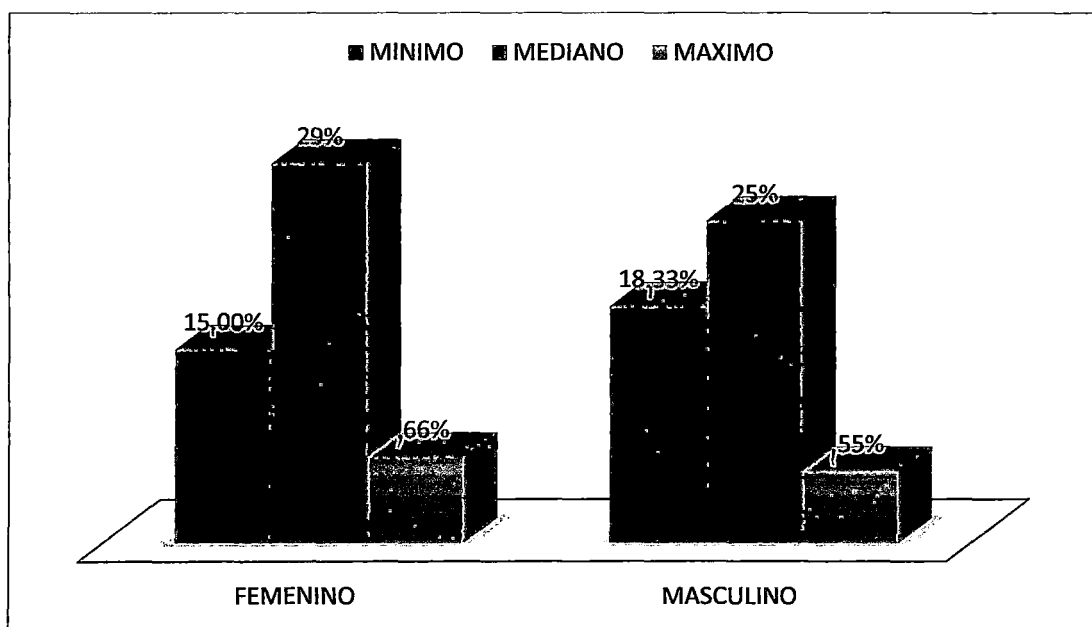
FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

En este cuadro según sexo, se observa que destacan ambos sexos, ya que la diferencia porcentual es mínima de 4,44%, primero se encuentra el riesgo de suicidio mediano en el sexo femenino (29,44%), seguido del masculino (25,00%) también con riesgo mediano.

GRAFICO N°10

RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES, SEGÚN SEXO DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N°10

CUADRO N° 11

RIESGO DE SUICIDIO DE LOS ADOLESCENTES, SEGÚN TIPO DE FAMILIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014

TIPO DE FAMILIA	RIESGO DE SUICIDIO %			Total
	Mínimo	Mediano	Máximo	
Nuclear	20,55	32,77	6,11	59,43
Monoparental	5,55	11,11	4,44	21,1
Extensa	7,22	10,55	1,66	19,44
Total	33,33	54,44	12,22	100

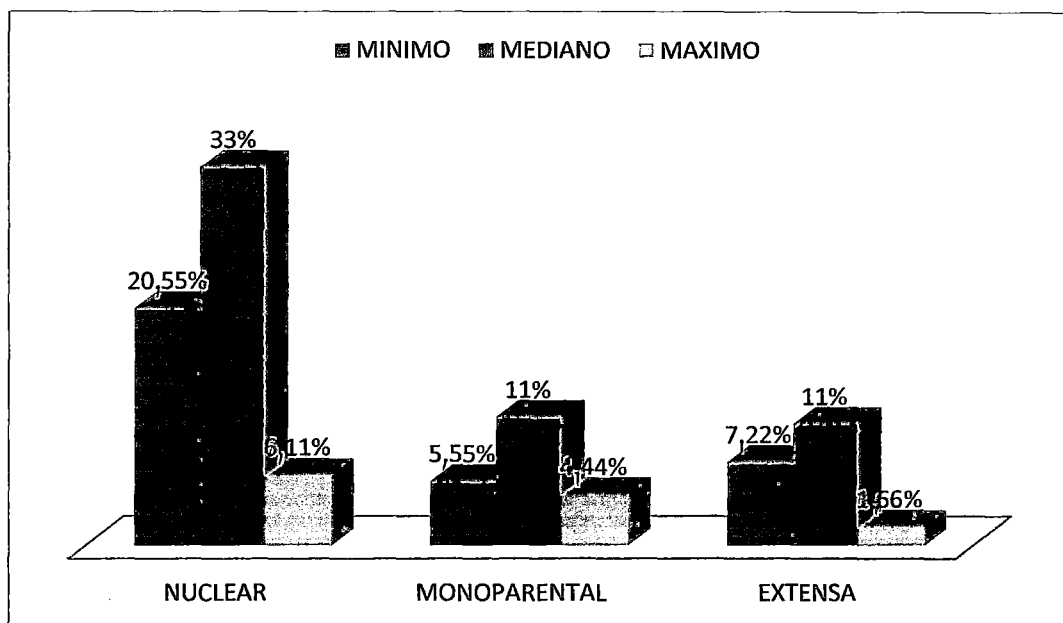
FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

En este cuadro, según tipo de familia se observa que prevalece el riesgo de suicidio mediano en la familia nuclear (32,77%), seguido del riesgo bajo (20,55%), de la familia monoparental con riesgo de suicidio mediano (11,11%) y familia extensa también con riesgo de suicidio mediano (10,55%), los resultados de riesgo máximo en los tipos de familia son porcentajes mínimos.

GRAFICO N° 11

RIESGO DE SUICIDIO DE LOS ADOLESCENTES, SEGÚN TIPO DE FAMILIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N°11

CUADRO N°12
MALTRATO INTRAFAMILIAR RELACIONADO AL RIESGO DE
SUICIDIO EN ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE
SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE
TACNA 2014

RIESGO DE SUICIDIO	MALTRATO INTRAFAMILIAR						TOTAL	
	Bajo		Moderado		Alto		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Mínimo	60	33,33	0	0	0	0	60	33,33
Mediano	23	12,77	74	41,11	01	0,55	98	54,44
Máximo	01	0,55	07	3,88	14	7,77	22	12,22
TOTAL	84	46,7	81	45,0	15	8,3	180	100

FUENTE: Encuesta aplicada a los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle

En este cuadro se observa, que de 98 adolescentes con riesgo mediano de suicidio el 41,11% recibe maltrato intrafamiliar moderado, el 12,77% bajo y el 0,55% alto.

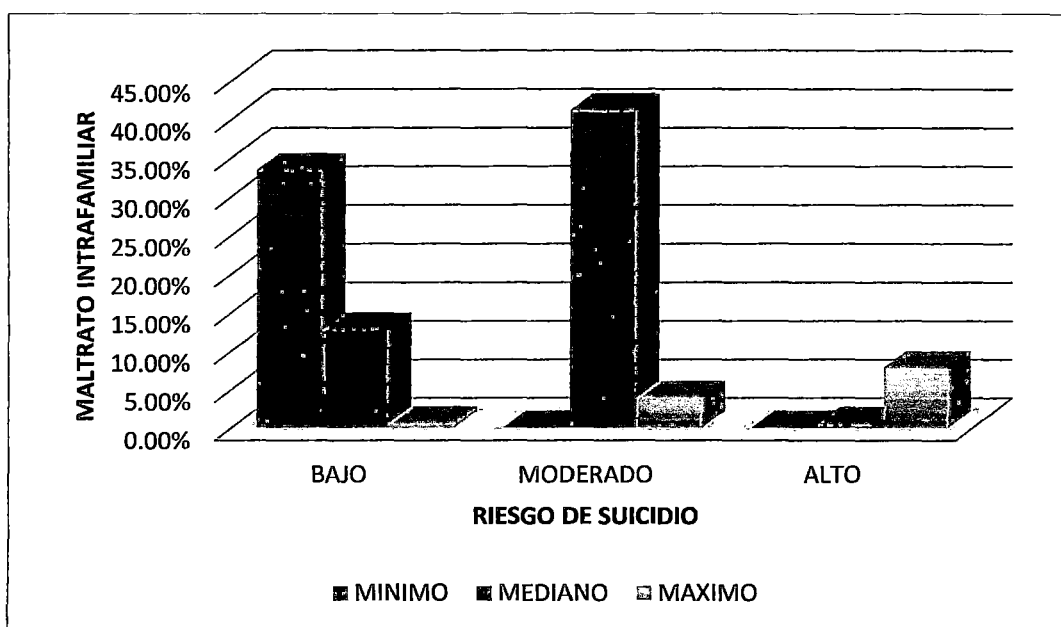
Según la correlación de Pearson (0,750), existe correlación positiva considerable, asumiendo la hipótesis alternativa, y rechazando la hipótesis nula, es decir a mayor maltrato intrafamiliar mayor riesgo de suicidio.

Correlación de Pearson: $r_{xy}=0,750$ Sig. (bilateral) = 0,00

Finalmente observamos que de 22 adolescentes con riesgo de suicidio máximo (12,22%), el 7,77% presenta alto maltrato intrafamiliar, seguido del maltrato intrafamiliar moderado con 3,88% y bajo maltrato intrafamiliar con 0,55%.

GRAFICO N°12

MALTRATO INTRAFAMILIAR RELACIONADO AL RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DE 4TO Y 5TO AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. ENRIQUE PAILLARDELLE TACNA 2014



FUENTE: Cuadro N°12

4.2 DISCUSIÓN

En el cuadro N°01, relacionado al maltrato intrafamiliar en los adolescentes. Se obtuvo que predomina el nivel de maltrato intrafamiliar bajo (46,7%), y nivel moderado (45,0%), seguido del nivel alto (8,3%). Los resultados son distintos al estudio realizado por Maquera A. (18), donde concluyo que el maltrato intrafamiliar en los adolescentes es de nivel moderado (79,55%), seguido de un nivel bajo (18,88%) y finalmente alto (2,27%)

Estas evidencias nos indican que aunque en el último estudio realizado a los adolescentes destaca el maltrato intrafamiliar bajo, seguido del maltrato intrafamiliar moderado, la diferencia entre ambos niveles es solo de 3 adolescentes, es por ello que sigue siendo un problema el cual se puede prevenir, mediante la promoción de salud; la cual es responsabilidad del profesional de enfermería, la organización de la atención integral e individualizada al adolescente dos veces al año, a la familia y comunidad; además de implementar la estrategia en los diferentes establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención, la estrategia de Familias Fuertes, la misma que está basada en evidencias científicas que demuestran que una buena comunicación entre padres e hijos conlleva a una disminución del maltrato.

En los cuadros N°02, 03 Y 04, muestran los tipos de maltratos. Respecto al tipo de maltrato físico a los adolescentes destacan el nivel bajo (50,00%) y moderado (44,44%), en el maltrato psicológico predomina el nivel de maltrato moderado (66,10%), y finalmente en el maltrato por negligencia predomina el nivel de maltrato bajo

(55,60%). Los datos son similares a los del estudio realizado por Suarez B. (14), quien concluyo que las manifestaciones más frecuentes de violencia hacia los adolescentes son humillación verbal (73,4%). Es importante mencionar que cualquier tipo de maltrato repercute sobre el adolescente, en la actualidad el adolescente no puede recibir ningún tipo de maltrato, ya que hace que el adolescente se sienta constantemente negado descalificado e inútil. Un adolescente con este tipo de reacciones guardara su rabia y amargura por un tiempo, pero frente a cualquier otro hecho de la vida puede explotar y manifestarse más violento que los demás. Es labor de la Enfermera prevenir y detectar el maltrato, promocionar la salud, informar a los padres para que eduquen a sus hijos con amor, comunicación, las atenciones integrales realizadas por la Enfermera deben generar junto con la familia, adolescentes con buena salud mental y capaz de desenvolverse en la vida ante cualquier problema.

Según tipo de familia, las familias nucleares son las que presentan mayores porcentajes en los niveles de maltrato intrafamiliar bajo (31,10%) y moderado (25,00%), seguido de las familias monoparentales con maltrato intrafamiliar moderado (10,00%) y finalmente la familia extensa con maltrato intrafamiliar moderado (10,00%). Si lo comparamos con el estudio realizado por Suarez B.(14), existe similitud, porque refieren que el 48,1% de los adolescentes que recibe maltrato provienen de una familia nuclear. En ambos trabajos de investigación podemos constatar que en familias donde existen los miembros completos también predomina el maltrato intrafamiliar. Como se mencionó anteriormente es importante que el adolescente se desarrolle en un ambiente de paz, amor y comunicación, que le permita enfrentar sus nuevas

experiencias, tomar decisiones, la Enfermera debe ejecutar las atenciones integrales, educar en toma de decisiones a los adolescentes, fortalecer sus habilidades para formar adolescentes fuertes para el futuro.

Los resultados respecto al nivel de riesgo de suicidio en los adolescentes, coherente con el segundo objetivo específico, manifiesta que prevalece el riesgo de suicidio mediano (54,4%), seguido del riesgo mínimo (33,3%), y máximo (12,2%). Estos datos son similares al estudio realizado por Condori, A. y Falcon E.(17), en donde destaca el riesgo de suicidio máximo con 61,6%.

En ambos estudios se puede observar que los adolescentes si se encuentran en riesgo de suicidio. Según Villagomez en el 2005 menciona que el riesgo suicida en los adolescentes se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo, o también en donde el joven no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio, y así, cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean, es por ello que al ser el adolescente vulnerable es que piensa en un suicidio.

Como se había mencionado anteriormente, la DIRESA ha incorporado lineamientos de Salud, uno de ellos es la "Integración de la Salud Mental en la concepción de la Salud" haciendo referencia a los adolescentes de la siguiente manera: Adolescente: alcohol y drogas, prevención y atención del embarazo precoz, suicidios, y otros. Es en donde el profesional de Enfermería debe educar con medidas protectoras a los adolescentes para algún tipo de cambio y/o problemas. Para ello existen las habilidades sociales que permitan la integración a los grupos propios de la adolescencia en la

escuela y la comunidad de forma positiva. Les enseña a tener confianza en sí mismo, aprendiendo a tomar decisiones, resolver problemas y a sacar experiencias positivas de los fracasos, fomentando la resiliencia.

Según edad, los porcentajes que destacan están en las edades de 16 años con riesgo de suicidio mediano (21,11%) y 17 años con riesgo de suicidio mediano (18,33%), seguido de la edad de 15 años también con riesgo de suicidio mediano (15,00%) el riesgo de suicidio mediano el primer lugar se encuentra en la edad de 16 años (21,11%), según sexo destacan ambos sexos, ya que la diferencia porcentual es mínima de 4,44%, primero se encuentra el riesgo de suicidio mediano en el sexo femenino (29,44%), seguido del masculino (25,00%) también con riesgo mediano.

Estos datos concuerdan con los datos de la Oficina de estadística del Hospital Hipólito Unanue (HNHU) referente al año 2013 nos muestra que en el año 2013, el total de intentos de suicidio fueron de 66, de los cuales el 71% son de mujeres y el 29% de hombres, las edades con mayores intentos de suicidio oscilan entre 14-19 años con el 50%, el distrito con mayor intento de suicidio es Tacna, seguida de Gregorio Albarracín, Alto de la Alianza y Ciudad Nueva.

El riesgo de suicidio según tipo de familia, los resultados muestran que prevalece el riesgo de suicidio mediano en la familia nuclear (32,77%), sobre el riesgo bajo (20,55%), seguido de la familia monoparental con riesgo de suicidio mediano (11,11%) y familia extensa también con riesgo de suicidio mediano (10,55%).

Respecto a la relación de las variables de Maltrato Intrafamiliar con el riesgo de suicidio en adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la I.E. Enrique Paillardelle, coherente con el objetivo principal, se obtiene un relevante resultado, si existe correlación positiva considerable entre ambas variables, se observa que de 98 adolescentes con riesgo mediano de suicidio (54,55%), el 41,11% recibe maltrato intrafamiliar moderado, el 12,77% bajo y el 0,55% alto. También podemos observar que de 60 adolescentes con bajo riesgo de suicidio (33,33%), el 33,33% presenta bajo maltrato intrafamiliar, el 0% presenta moderado maltrato intrafamiliar y el 0% alto maltrato intrafamiliar. Finalmente observamos que de 22 adolescentes con riesgo de suicidio alto (12,22%), el 7,77% presenta alto maltrato intrafamiliar, seguido del maltrato intrafamiliar moderado con 3,88% y bajo maltrato intrafamiliar con 0,55%.

Los resultados concuerdan con el estudio realizado por Maquera A. (18), en donde concluye que si existe relación entre ambas variables de Nivel de maltrato Intrafamiliar y conducta agresiva en los adolescentes ($\chi^2:0,003$). Como se mencionó anteriormente, es trabajo del profesional de Enfermería detectar este tipo de casos mediante la atención integral al adolescente y a la familia, como lo menciona la Dirección de salud, además de llevar a cabo de forma eficaz los programas de Familias fuertes, Escuelas saludables y comunidades saludables, que permitan buscar ayuda al adolescente y desarrollarse en un ambiente saludable que haga que el adolescente triunfe en la vida.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos concluir que:

- El nivel de maltrato intrafamiliar es bajo (46,7%) en los adolescentes.
- El tipo de maltrato intrafamiliar es psicológico (66,10%) en los adolescentes.
- El riesgo de suicidio es mediano (54,4%), en los adolescentes.
- Se comprueba que si existe relación estadística (Según Pearson 0,750) positiva considerable entre las variables de nivel de maltrato intrafamiliar y riesgo de suicidio en los adolescentes de la I.E. Enrique Paillardelle Tacna, por tanto se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

- A la Gerencia del C.S. San Francisco y a los responsables de la etapa de vida Adolescente que incorporen los resultados de esta investigación y fortalezcan los programas dirigidos a los adolescentes.
- A los Profesionales de Enfermería, y en general a todo el equipo de salud que laboran en el C.S. San Francisco deben fortalecer, fomentar la educación y velar por mejorar la atención integral al adolescente, con el fin de ejecutar de forma más eficaz los Programas de Familias Fuertes, Escuelas Saludables y Comunidades Saludables.
- A los Docentes de la I.E. Enrique Paillardelle, enfocar más el Programa de “Escuela para Padres”, en temas sobre la educación a adolescentes escolares, con el propósito de promover la unión entre sus miembros, la disciplina, seguimiento de reglas y resolución de conflictos con participación de todos sus miembros.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA. Población por etapas de vida. [Internet] Perú. 2013 [Citada 2014 Julio 30]. Disponible desde: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/demograficos/poblaciontotal/POBVIDMacros.asp>
2. OMS. Maltrato infantil. [Nota descriptiva en internet]. Washington 2014 [citada 2014 junio 20]. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
3. UNICEF. Maltrato infantil una dolorosa realidad: puertas adentro. [Boletín en internet]. Nueva York. 2009. [citada 2014 julio 09]. Disponible desde: [http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF(2).pdf)
4. ONU MUJERES. Consecuencias y costos de la violencia.[Artículo Internet].España 2010.[citada 2014 agosto 24]. Disponible desde: <http://www.endvawnow.org/es/articles/301-consecuencias-y-costos.html>
5. PROGRAMA DE DEFENSORIA. Comunicado N° 15. [Comunicado en internet]Perú 2009. [Citada 2014 mayo 12]. Disponible en:www.mimdes.gob.pe/noticias.htm
6. PNP. Violencia familiar [noticia de internet]. Perú 2014. [citada 2014 setiembre 10] Disponible desde: <http://peru21.pe/opinion/hay-30-mil-denuncias-violencia-familiar-2196185>

7. ENDES. Encuesta demográfica y de salud familiar nacional y departamental. Perú: Instituto nacional de estadística e informática; 2012

8. OFICINA DE GESTIÓN DE LA INFORMÁTICA Y ESTADÍSTICA
Carpeta georeferencial Tacna. [Internet]. Perú 2012. [Citada 2014 junio 20]. Disponible desde:
http://www.congreso.gob.pe/dgp/Gestion_Informacion_Estadistica/georeferencial/2013/3trimestre/23.TACNA.pdf

9. INSTITUTO GELSALT DE LIMA. Estudios y datos estadísticos de suicidios en el Perú. Perú; 2009

10. VASQUEZ F. Datos de suicidio en el Perú. [Noticia en internet].Perú 2009. [Citada 2014 abril 18]. Disponible desde:
<http://lavidaesunayhayqueapreciarla.escribirte.com.ar/snd/3486.htm>

11. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE TACNA ASIS Perú:
Equipo de redacción; 2012

12. DATOS DE INTENTOS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DE TACNA. H.N.H.U. Peru: Oficina de estadísticas ; 2013

13. QUEVEDO, K. Prevalencia de ideación suicida y su relación con el nivel de cohesión familiar en estudiantes del Colegio Enrique Paillardelle [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano] Perú-Tacna U.N.JB.G. 2011

14. MUÑOZ, J. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. [Tesis para optar el título de psicología] Perú-Lima:UNMSM. 2006
15. SUAREZ B. Maltrato intrafamiliar en Valencia España”[trabajo para optar el título de licenciatura en psicología en internet].España 2007:Universidad de Catalán .[citada 2014 abril 04],disponible en :<http://www.monografias.com.pe>.
16. CHOQUE AYALA J.”Maltrato intrafamiliar y su influencia en el autoestima de los adolescentes de la I.E. Jorge Chávez del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna” [trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería]. Tacna: Universidad Nacional de Jorge Basadre Grohmann , 2009.
17. LOPEZ, J. “Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes del policlínico Docente “JulianGrimauGarcía”.” [Tesis para optar el título de licenciatura en Enfermería].Perú- Tacna: Universidad Nacional de Jorge Basadre Grohmann, 2010
18. CONDORI, A. Y FALCON E. Clima Social familiar relacionado a la vulnerabilidad al estrés y riesgo suicida en adolescentes de tres Instituciones Educativas Nacionales del Cono Sureste-Arequipa.[Tesis para optar el título de licenciatura en Enfermería].Perú-Arequipa: UNSA. 2011.
19. MAQUERA A. Influencia del maltrato intrafamiliar en la conducta agresiva del adolescente de la I.E. Cesar Cohaila Tamayo distrito de Ciudad Nueva-Tacna. [Tesis para optar el título de licenciatura

en Enfermería].Perú- Tacna: Universidad Nacional de Jorge Basadre Grohmann, 2011.

20. OMS. Salud de los adolescentes [boletín en internet] España 2012 [citada 2014 julio 21]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
21. MINSA. Análisis de situación de los y las adolescentes (Documento técnico).Perú 2009.
22. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD .Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes en las Américas". Washington: Edit. OPS Pag.23-24 (2008)
23. BRANDEN N. Violencia Intrafamiliar .México: Edit. Interamericana. Pág. 78-90. (2003)
24. MATILDE M., MUNIST M., SERRANO C., SUAREZ ,YUNES. La salud del adolescente y del joven. OPS publicación científica. Pág. 95-135. (1995)
25. ACADEMIA AMERICANA DE PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE Comprendiendo el comportamiento violento de niños.1998
26. JAUREGUI C., SUAREZ R. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad". Enfoque en salud familiar. 2da edición .Editorial Médica Panamericana Internacional LTDA Bogotá Colombia. Pág. 293-321,346-349. 2004

27. BRANDEN N. Violencia intrafamiliar. México: Editorial Interamericana .Pág. 78-90. 2003.
28. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA. Población [monografías en internet].Perú: INEI 2010[citada 2014 abril 08].Disponible desde : <http://inei.gob.pe>.
29. OMS. El suicidio un problema de salud pública enorme y prevenible. USA 2008
30. OMS. Prevención del suicidio. Estudio de intervención Multicentrico sobre comportamientos suicidas. SUPRE-MISS. USA 2007
31. BERNABE J.Validez y confiabilidad del test de riesgo suicida en alumnas de 5° año de secundaria de I.E. nacionales. Tesis de Enfermería. Chiclayo Perú 2007.
32. TELLEZ, J.Suicidio. Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención. Revista Nuevo Milenio. Segunda edición. Bogotá-Colombia. 2007.
33. VILLAGOMEZ, V. El suicidio: enfoque criminológico. Editorial McGraw Hill. México. 2005.
34. BARRERO A. Factores de riesgo suicida en la adolescencia y factores protectores. [Psicología en internet] España 2011 [citada 2014 setiembre 01]. Disponible desde: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml>
35. VILLARDON J. Detección del riesgo suicida. México. 2003.

36. SHAFFER, D. Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento Suicida. Revista de Psiquiatría. Uruguay. 2da edición. 2006.

37. MINSA. Lineamientos para la acción en salud mental dirección regional de promoción de la salud del ministerio de salud Perú. Perú 2004.

ANEXOS

ANEXO N°01

DETERMINACION DE LA MUESTRA: FORMULA DE COCHRAN

Se calculó de la siguiente forma:

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

Dónde:

p=Probabilidad de ocurrencia del evento

q=Probabilidad de no ocurrencia

e=Márgenes de error permitido

Z=Nivel de confianza

n = Población

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(339)}{(0.05)^2(339-1)+(1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 180.29 = 180$$

$$k = 180/339 = 0.53$$

Grados	Población (N)	Muestra (n)
4to de secundaria	189	100
5to de secundaria	150	80
TOTAL	339	180



ANEXO N°02

MALTRATO INTRAFAMILIAR RELACIONADO AL

RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES

DE 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I. E. ENRIQUE PAILLARDELLE

TACNA 2014

CUESTIONARIO

Estimado(a) adolescente, el test que a continuación vas a llenar, pretende conocer algunos aspectos de tu vida, de lo que sientes o piensas, marcando con una (x) dentro del paréntesis considerando cual se las respuestas se aplica mejor a tu situación, teniendo en cuenta que las respuestas son confidenciales y anónimas.

I. DATOS GENERALES

1. Edad:

2. Sexo:

Femenino

Masculino

3. Año de estudio:.....

4. Estado civil de los padres:

- Casado ()
- Conviviente ()
- Divorciado ()
- Separado ()

5. Con quien vives

- ✓ Papa ()
- ✓ Mama ()
- ✓ Hermanos ()
- ✓ Tios ()
- ✓ Abuelos ()
- ✓ Otros ()

II. MALTRATO INTRAFAMILIAR

INSTRUCCIONES

Marque por favor con un aspa (X) su respuesta en los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

Nunca= N

Rara vez= RV

Siempre= S

I. MALTRATO INTRAFAMILIAR

ITEMS	N	RV	S
1. Tu padre o apoderado ,te ocasiona golpes en tu cuerpo			
2. Tu padre o apoderado ,te ocasiona arañazos en tu cuerpo			
3. Tu padre o apoderado ,te ocasiona heridas en tu cuerpo			
4. Tu padre o apoderado ,te ocasiona quemaduras en tu cuerpo			
5. Tu padre o apoderado ,te empujan bruscamente			
6. Tu padre o apoderado ,te tira objetos contra tu cuerpo			
7. Tu padre o apoderado ,te hace quedar mal delante de otras personas			
8. Tu padre o apoderado ,te grita o insulta por algún motivo en casa			
9. Tu padre o apoderado ,te amenaza cuando sacas malas notas			
10. Tu padre o apoderado ,se burla de ti con apodos			
11. Tu padre o apoderado, te deja encerrado en tu casa.			
12. Tu padre o apoderado ,te llama la atención por todo lo que haces			
13. Tu padre o apoderado ,te pide que hagas trabajos bruscos que no van de acuerdo a tu edad			
14. Tu padre o apoderado ,incumple con tus necesidades básicas como: vestimenta, alimentación y educación.			

III. RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

Estimado(a) adolescente:

Lee atentamente y marca con un círculo la respuesta que más se adecue a tus características.

Te agradecemos responder con total sinceridad.

Tus respuestas deberán expresar lo que más has sentido, experimentado y pensado durante los últimos tiempos.

Emplea el tiempo necesario para emitir tus respuestas.

I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

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 de suicidio.

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración de los pensamientos suicidas.

- 0. Breves, periodos pasajeros.
- 1. Periodos largos.
- 2. Contínuos (Crónicos), casi contínuos.

7. Frecuencia de los pensamientos suicidas.

- 0. Rara, ocasionalmente.
- 1. Intermitente.
- 2. Persistentes y continuos

8. Actitud hacia los pensamientos suicidas.

- 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 lo detienen.
- Indicar qué factores tienen.

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.

III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.

12. Método para suicidarse

- 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

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.

0. Revela las ideas abiertamente.

- 1. Revela las ideas con reservas.
- 2. Encubre, engaña, miente.

IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.

16. Preparación real del suicidio.

- 0. Ninguna.
- 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
- 2. Completa.

17. Dejo alguna Nota Suicida.

- 0. Ninguna.
- 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
- 2. Escrita. Terminada.

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).

- 0. No.
- 1. Sólo pensados, arreglos parciales..
- 2. Terminados

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.

ANEXO N°03

CORRELACION DE PEARSON

PRUEBA DE HIPÓTESIS:

- **Hipótesis:**

H_A = El maltrato intrafamiliar está relacionado significativamente con el riesgo de suicidio en adolescentes de 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Enrique Paillardelle”, Tacna el año 2014.

Sea $\alpha = 0.05$.

- **Prueba Estadística:**

$$r_{xy} = \frac{\sum z_x z_y}{N}$$

- **Cuadros de correlación**

		MALTRATO	RIESGO DE SUICIDIO
Maltrato	Correlación de Pearson	1	,750**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	180	180
Riesgo	Correlación de Pearson	,750**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	180	180

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

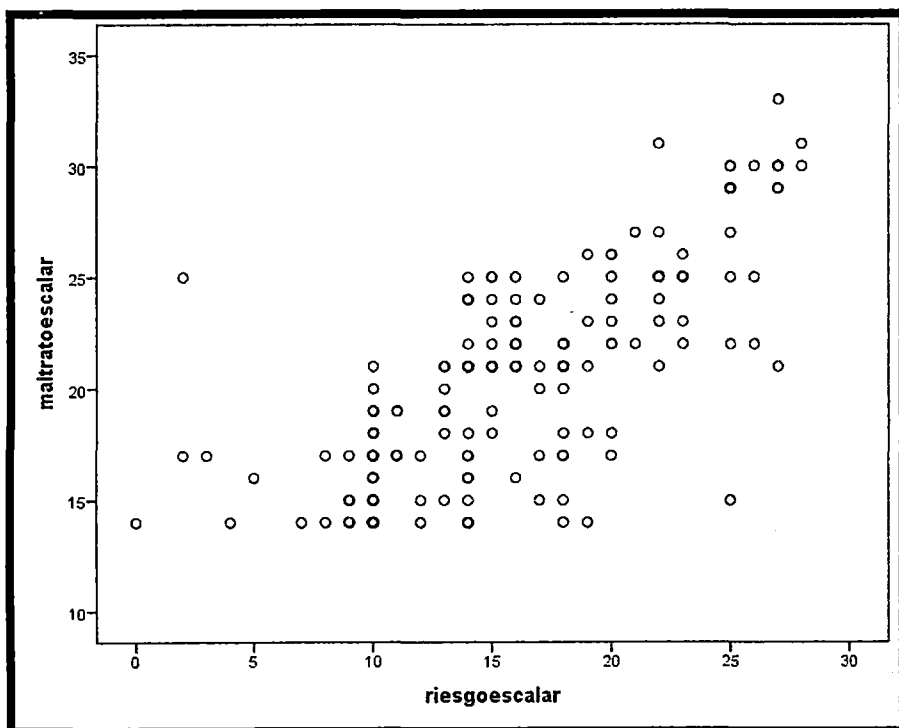
		Valor	Error tí. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,750	,043	15,131	,000 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,751	,041	15,168	,000 ^c
N de casos válidos		180			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

- **Gráfico de dispersión de la correlación**



CONCLUSION

Se concluye que H_A es verdadera, el maltrato intrafamiliar si está relacionado significativamente con el riesgo de suicidio en adolescentes de 4° y 5° año de secundaria de la I. E. Enrique Paillardelle”, Tacna el año 2014.

ANEXO N°04
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre de familia: La referida investigación es conducida por Margot Morales Gallegos, Bachiller de la carrera profesional Enfermería, perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Este estudio se realizará con la finalidad de realizar una investigación a los adolescentes. Los resultados de este estudio serán parte de una Tesis y a la vez servirán para ayudar a mejorar los programas de detección de riesgo de suicidio y/o maltrato a los adolescentes.

Si usted está de acuerdo en permitir que su hijo(a) participe, le pediremos a él/ella que complete un cuestionario en los próximos días. La duración de toda la evaluación no llevará más de 30 minutos previamente coordinados con la dirección del colegio y el profesor responsable del aula.

Las encuestas se responden de forma anónima. La información recopilada acerca de su hijo(a) se tratará en forma confidencial. La información se usará para fines del estudio y sin ningún otro propósito. Los padres de familia, el personal de la escuela y otros estudiantes no tendrán acceso a esta información. No se usará el nombre de su hijo(a) en ninguno de los reportes.

Para que su hijo(a) participe en el estudio, AMBOS, usted y su hijo(a), deben estar de acuerdo en participar. Su decisión sobre la participación de su hijo(a) en este estudio es completamente voluntaria. La presente investigación está autorizada por el Director del centro educativo.

De tener preguntas sobre la participación de su menor hijo en este estudio, puede contactar a Margot Morales gallegos al teléfono 987467638

POR FAVOR COMPLETE Y ENVÍE AL COLEGIO CON SU HIJO/A ESTA PARTE DEL DOCUMENTO, A MÁS TARDAR EL DIA DE MAÑANA.

Nombre del/de la niño(a): _____

Lea la información a continuación y marque uno de los recuadros.

- ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.
 NO ACEPTO que mi hijo(a) participe en las encuestas para esta investigación.

Firma del padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Desde ya le agradecemos su participación.