

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**COMUNICACIÓN FAMILIAR E INTENTO DE SUICIDIO  
EN JÓVENES DE 15 A 20 AÑOS QUE INGRESARON AL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE  
ALCALÁ” (HUAPA) EN EL 2<sup>do</sup> SEMESTRE DEL 2003**

Autoras:

Barreto Adela C.I: 4.690.366

Rodríguez Aricela C.I: 4.684.367

Rojas Yusmelys C.I: 4.691.823

Tutora: Lcda. María del Valle Mata

Puerto La Cruz Octubre del 2004

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**COMUNICACIÓN FAMILIAR E INTENTO DE SUICIDIO EN  
JÓVENES DE 15 A 20 AÑOS QUE INGRESARON AL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”  
(HUAPA) EN EL 2<sup>do</sup> SEMESTRE DEL 2003**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al Título  
de Licenciada en Enfermería

Autoras:

Barreto Adela CI: 4.690.366

Rodríguez Aricela CI: 4.684.367

Rojas Yusmelys CI: 4.691.823

Tutora: Lcda. María del Valle Mata

Puerto La Cruz Octubre del 2004

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado, titulado: Comunicación Familiar e Intento de Suicidio en jóvenes de 15 a 20 años que ingresaron al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá” (HUAPA) en el 2<sup>do</sup> semestre del 2003, elaborado por Barreto, Adela, C.I. 4.690.366, Rodríguez, Aricela, C.I. 4.684.367 y Rojas Yusmelys, C.I. 4.691.823; para optar al Título de Licenciada en Enfermería; considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Caracas, a los 23 días del mes de Julio del año 2003.

María del Valle Mata

C.I. 2.834.302

## **DEDICATORIA**

Al Divino Niño Jesús, por darnos la luz y fortaleza para seguir adelante en esta profesión tan noble como lo es la enfermería, ayudando y confortando a nuestros semejantes.

A nuestros hijos, porque ustedes son parte de nuestro existir. Los hijos son el estímulo para los padres lograr las metas deseadas.

## **AGRADECIMIENTO**

A dios padre Todopoderoso por darnos la fuerza necesaria e inteligencia para lograr nuestros éxitos.

A nuestros padres, por su comprensión a través del tiempo, su apoyo incondicional en todos los momentos de nuestras vidas y a quienes debemos tanto.

Nuestros hijos, por su tolerancia y ayuda, ustedes son los entes motivantes en la actualización y transformación de nuestros conocimientos.

Nuestros esposos, por su comprensión, al entender que este triunfo es de todos.

A nuestra tutora por sus orientaciones oportunas en el desarrollo de la investigación.

A los adolescentes que ingresaron al HUAPA con intento de suicidio y sus familiares por la colaboración prestada durante la aplicación de la encuesta. Sin ustedes no hubiera sido posible realizar la investigación.

A todas aquellas personas que directa e indirectamente colaboraron para que este trabajo llegara a feliz término.

A todos en general mil gracias y que Dios siempre los guíe por el bien hacia ustedes mismos y a los demás.

**Yusmelys, Adela y Aricela**

## INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE DE CUADROS	ix
INDICE DE GRÁFICOS	x
RESUMEN	xi
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	4
Objetivos de la Investigación	11
Justificación	12
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
Antecedentes	15
Bases Teóricas	18
Bases Legales	55
Sistema de Variables	55
Operacionalización de Variables	56

### CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Tipo de Investigación	61
Diseño de la Investigación	62
Área de Estudio	62
Población y Muestra	62
Método, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	63
Validación y Confiabilidad de Instrumento	64
Técnica y Análisis de Datos	65

### CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Definición del Tipo de Análisis	66
---------------------------------	----

### CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones	85
--------------	----

Recomendaciones	86
-----------------	----

BIBLIOGRAFIA	88
--------------	----

ANEXOS	92
--------	----



## LISTA DE CUADROS

CUADRO		Pág.
1	Distribución Absoluta y Porcentual en referencia a la comunicación verbal.	67
2	Distribución absoluta y porcentual en referencia a la comunicación no verbal	69
3	Distribución absoluta en referencia a las barreras personales de la comunicación	71
4	Distribución absoluta y porcentual con respecto a los conflictos familiares	73
5	Distribución Absoluta y Porcentual en relación a los cambios físicos, sociales y psicológicos en el adolescente fundamentados en la comunicación	75
6	Distribución Absoluta y Porcentual con respecto a trastornos mentales que pueda presentar el adolescente	77
7	Distribución Absoluta y Porcentual con respecto a familiares del adolescente que han sufrido trastornos mentales	79
8	Distribución Absoluta y Porcentual con respecto a enfermedades mentales que ha padecido el familiar del adolescente	81
9	Distribución Absoluta y Porcentual con respecto a los métodos utilizados por el adolescente para quitarse la vida	83

## LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO		Pág.
1	Distribución porcentual en referencia a la comunicación verbal.	67
2	Distribución porcentual en referencia a la comunicación no verbal	69
3	Distribución porcentual en referencia a las barreras personales de la comunicación	71
4	Distribución porcentual con respecto a los conflictos familiares	73
5	Distribución porcentual en relación a los cambios físicos, sociales y psicológicos en el adolescente fundamentados en la comunicación	75
6	Distribución porcentual con respecto a trastornos mentales que pueda presentar el adolescente	77
7	Distribución porcentual con respecto a familiares del adolescente que han sufrido trastornos mentales	79
8	Distribución porcentual con respecto a enfermedades mentales que ha padecido el familiar del adolescente	81
9	Distribución porcentual con respecto a los métodos utilizados por el adolescente para quitarse la vida	83

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

COMUNICACIÓN FAMILIAR E INTENTO DE SUICIDIO EN  
JÓVENES DE 15 A 20 AÑOS QUE INGRESARON AL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ” (HUAPA)  
EN EL 2<sup>do</sup> SEMESTRE DEL 2003

Autoras:

Barreto, Adela

Rodríguez, Aricela

Rojas, Yusmelys

Tutora: María del Valle Mata

Año: 2004

**RESUMEN**

El objetivo de la investigación fue determinar la comunicación familiar y el intento de suicidio en jóvenes de 15 a 20 años de edad que ingresaron al Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá de Cumaná en el 2do semestre del año 2003. El estudio fue descriptivo y de campo, la población y muestra la conformaron 30 adolescentes y 30 familias para un total de 60 personas, para recoger la información se utilizaron varias técnicas tales como la observación directa, la que se hizo a través de una visita al grupo familiar, revisión de historias clínicas y una encuesta que fue aplicada a la muestra de estudio, la validación y confiabilidad del instrumento se hizo a través de un juicio de expertos; los datos fueron ordenados en cuadro y gráficos de frecuencia, el análisis de los datos se hizo en forma descriptiva, los cuales dieron origen a las siguientes conclusiones: en la comunicación familiar se usan palabras groseras en un 50%, los gestos en un 56,67%; existen barreras en la comunicación familiar tales como apatía, irrespeto, ofensas, subestimación en un 26,67%; el maltrato físico y verbal se da en un 33,33%; el raticida como método de intento de suicidio se usa en un 83,33%. Existen elementos en la comunicación familiar que condicionan al adolescente a asumir conductas agresivas hacia su persona como lo es el intento de suicidio.

## INTRODUCCIÓN

En cada momento y situación de la vida, la persona como ser social necesita comunicarse. No puede existir una familia, ni se puede lograr la unidad de la misma sin la comunicación entre sus miembros, a veces se cree que tener buena comunicación con los hijos o en la familia es simplemente hablar. Esta no consiste simplemente en transmitir información de una persona a otra, se requiere obtener una respuesta del que escucha o atiende el mensaje, exige de cada uno olvido personal de sus intereses y necesidades para estar pendiente de la otra persona.

Comunicarse es entrar en contacto con alguien, es penetrar en el mundo del otro. Supone un contacto, una relación entre las personas que participan en ella. Si en una pareja no existe comunicación, menos podría esperarse que exista entre padres e hijos, porque sin el lazo comunicativo de los progenitores no puede concebirse un profundo vínculo con los hijos.

Es comprobado, que para la existencia de una buena salud mental es necesario una infancia feliz, la manera como la persona es criada y el tipo de hogar donde se desarrolla, son factores indispensables para la formación de un futuro adulto; al respecto, Robert L. (1998), plantea: “para la formación de un individuo sano se requiere de la existencia de los siguientes elementos: amor, afecto, elogio y disciplina sana” (p. 23).

El autor considera que para promover una buena salud mental en la familia y el ambiente deben ofrecerse estos elementos antes y después de nacer.

Cuando no se logra una comunicación eficiente es porque existen interferencias que la limitan, éstas son las llamadas barreras de la comunicación. La familia se ve afectada de manera parcial o total cuando aparecen algunas de estas barreras. Es donde se dan las mayores equivocaciones y conflictos. Es así como se hace necesario conocer la importancia que tiene la comunicación entre los miembros de la familia y sus relaciones entre los mismos. Los problemas familiares pueden surgir del conflicto entre la imagen y las dificultades de la comunicación; las comunicaciones en que se desenvuelve la vida familiar tiene gran influencia sobre la salud mental del individuo, especialmente los jóvenes que en su proceso de auto identificación se enfrentan a diversas dificultades.

Durante la adolescencia se presentan en los jóvenes cambios difíciles que le producen ansiedad, depresión, entre otros, situación ésta que muchas veces ocasiona conflictos intrafamiliares de muy variada naturaleza, haciéndose frecuente el intento suicida, convirtiéndose así en un grave problema de salud pública en esta población. El intento suicida es toda acción dirigida a terminar con la propia vida pero sin cumplir con

su objetivo. Las tasas estimadas de intento de suicidio incluyen de 8 a 25 intentos de suicidio por cada suicidio exitoso.

La importancia de este estudio radica fundamentalmente en conocer como influye el proceso de la comunicación familiar en el intento suicida en jóvenes de 15 a 20 años de edad.

La investigación para su desarrollo se estructuró por capítulos. En el capítulo I o Problema se plantea el problema, los objetivos y la justificación del mismo. El capítulo II (Marco Teórico) están referido los antecedentes y teorías que sustentan la investigación, bases legales, sistema de variables. Capítulo III o Diseño Metodológico, se define el tipo de estudio, población y muestra, instrumento de recolección de información, validación y confiabilidad del mismo. En el capítulo IV se presentan y analizan los resultados de la investigación y en el capítulo V se plasman las conclusiones y recomendaciones. Cuenta además con una bibliografía y anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### Planteamiento del Problema

Considerada la adolescencia como un período de cambios rápidos desde el punto de vista físico, intelectual y social, se puede decir que representa el momento más complejo que tiene que enfrentar todo ser humano, por tanto, es definida como una etapa preparatoria en el tiempo cósmico o social de la persona durante el cual, a través de procesos internos de adecuación y conductuales, y hasta de esforzados mecanismos homeostáticos, llega a alcanzar aquellos atributos esenciales del adulto, tales como adquisición cabal de sus propios conocimientos, precisión de las adecuadas relaciones familiares, preparación para orientarse y decidir su misión entre la sociedad.

El fenómeno juvenil no puede entenderse sin tomar en cuenta la estructura socio cultural total en donde el adolescente se desenvuelve; sus tensiones emergen del choque entre los ajustes difíciles y a veces dolorosos para adecuar la autonomía de la personalidad a los ámbitos saturados de tecnología, de cientificismo, de ansiedad competitiva, de decadencia de valores morales y espirituales, desintegración y conflicto familiar, comunicación entre los miembros de la familia, o bien, a las estructuras deficitarias frustrantes, en donde el joven casi nada recibe,

estructuras quizás incomprensibles para él, que lo induce a tomar una posición violenta y negativa, con múltiples expresiones desconcertantes para la sociedad.

En la familia como parte integral de la sociedad debe existir una comunicación abierta entre sus miembros, sobre todo entre padres e hijos, considerando que una característica de los adolescentes es que viven una serie de experiencias duras y difíciles; experimenta su primera vez en muchas situaciones como: fumar cigarro, tragos, desilusiones; en fin, es una época de definiciones.

Cuando los miembros del grupo familiar tienen dificultad para comunicarse, surgen problemas familiares; cuando éstos difieren de los conceptos mantenidos por los miembros de la familia, se produce un conflicto surgiendo barreras que impiden o limitan la comunicación y, cuando éstos no se resuelven surge el distanciamiento y diferenciación, provocando descontento entre el grupo familiar, la comunicación se carga de fuertes emociones (rabia, odio, rechazo o desaprobación), los cuales pueden contribuir a que el intento de suicidio esté presente en uno de sus miembros, sobre todo en los jóvenes que carecen de afecto, baja autoestima y la imposibilidad de resolver sus problemas graves a través de la comunicación familiar.

Los intentos de suicidio juveniles están presentes en grupos familiares conflictivos o muy deteriorados, así como también en grupos



familiares que tienen un funcionamiento saludable o normal. El intento de suicidio es toda acción dirigida a terminar con la propia vida, pero sin cumplir con su objetivo. El comportamiento suicida incluye actos suicidas, e ideación suicida, es decir, una preocupación con pensamientos y, en algunos casos, comportamientos auto destructivos en los que la persona se hace daño. A nivel mundial se plantea el intento de suicidio y más aún el suicidio como un problema de salud pública; Castro, R. (2000), estima que: “entre un 3 y 5% de la población adolescente diariamente se producen en el mundo de 8.000 a 10.000 mil intentos de suicidio, de los cuales 1.000 lo consiguen” (p. 125). Hoekelman, R. y otros (1998) consideran que: “El suicidio sigue siendo la tercera causa de muerte en los Estados Unidos entre la edades de 15 a 24 años con una tasa de 14.9%, después de los accidentes” (p. 820).

Fontaine K. (1995) considera que: “los más altos índices de intento de suicidio y suicidio en sí, están en Hungría, Finlandia, Checoslovaquia, Austria, Suiza, Dinamarca y Suecia” (p. 655). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000), acota: “el suicidio sería la décima causa de muerte en los países civilizados, dando lugar al 1.4% del total de defunciones jóvenes de 15 a 20 años, esta tasa se ha triplicado en los últimos 40 años de manera significativa” (p. 3). En España, la estadística de los suicidios comenzó a llevarse con carácter oficial a partir de 1906, en la actualidad se reportan 7 suicidios por día entre adolescentes.

Según la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud OMS-OPS (2001), en América Latina la mayor incidencia de muertes por suicidio se presentan entre jóvenes de 15 y 19 años. Castañeda, A. (2001) considera” en Perú cada día aumenta el intento de suicidio entre adolescentes y en su mayoría del sexo femenino” (p. 15).

En Venezuela, el suicidio ha ido aumentando progresivamente en los últimos años, según los registros en los Anuarios de Estadística y Hechos Vitales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), durante el año 1987, el 0.92% de todas las muertes ocurridas en el país fueron por suicidio, en 1997 dicho porcentaje aumentó a 1.09%, en el año 2000, el 1.2%, para de esta manera ubicarse dentro de las 10 primeras causa de muerte a nivel nacional. Es de acotar que el 85% de estos casos era la cuarta a quinta vez de intento de suicidio, hasta que los jóvenes lograron su objetivo.

El intento de suicidio se está convirtiendo en un grave problema de salud pública, no sólo por las repercusiones que esto trae sobre el buen funcionamiento o desenvolvimiento de la sociedad. Según información de la Oficina Central Estadística e Información (OCEI) (2001): “Venezuela para el año 1998 registró un total de 938 casos de intento de suicidio y el Estado Sucre un total de 57 casos” (p. 5).

En el Estado Sucre esta problemática está enfatizada; por datos recabados en el Departamento de Estadística del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá (HUAPA) de la ciudad de Cumaná, se constató que para el año 2001 hubo un ingreso de 35 casos de intento de suicidio y para el primer trimestre del 2003 hubo 52 casos, 35 pertenecían al sexo femenino y 17 al masculino, en un 60% de ellos la causa fue conflictos familiares, 20% motivos pasionales, 10% trastornos mentales y 10% causa desconocida; los métodos usados para el intento de suicidio fueron variados pero el más frecuente fue envenenamiento por sustancias tóxicas, reafirmando así lo que plantea Díaz C. (2000) “ Es cada vez más frecuente observar en los servicios de emergencias de hospitales el envenenamiento por sustancias tóxicas e intoxicaciones medicamentosas en ambos sexos” (p. 9) Esta elección está influida por aspectos personales, sociodemográficos, culturales, accesibilidad, oportunidad, aceptación sociocultural y aspectos simbólicos.

Se observa como cada día ingresan a los hospitales adolescentes con problemas de intento de suicidio y por varias causas, Farberow , L. (1995), plantea lo siguiente: “en la mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente este exterioriza llamadas previas de auxilio” (p. 45). La comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o fantasía, y no verbal, en donde surgen desde

verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos.

Estas llamadas de auxilio la dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a los mismos, y con ello se espera una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretenden avergonzar o despertar sentimientos de culpas en ellos. El comportamiento suicida, es la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte; el pensamiento suicida hace referencia a ideas de cometer suicidios o el deseo de quitarse la propia vida.

El personal de enfermería en el desempeño de sus funciones cumple el rol de investigadora en donde le compete identificar problemas para buscarle solución en beneficio y restauración de la salud de la persona, familia y comunidad, porque como plantea Callista Roy que el ser humano es una persona bio-psico-social en constante interacción con su entorno del cual recibe estímulos y a los que debe adaptarse para conservar la salud, por tanto, la enfermería tiene como meta promover la adaptación del hombre en salud y enfermedad, manteniendo su integridad, y a la vez hace una combinación de la teoría básica del conocimiento del cliente, de las técnicas de enfermería física y de las

técnicas de comunicación, las cuales ayudan al personal de enfermería a cubrir las necesidades de apoyo emocional de los clientes.

Como el equipo investigador es personal de enfermería y labora en el HUAPA, considera que esta situación se torna cada vez más grave, es por esta razón que ha querido profundizar en la problemática, por lo cual se plantean las siguientes interrogantes:

¿Qué tipo de comunicación se da entre los jóvenes suicida y el grupo familiar?

¿Cuáles son las barreras comunicacionales que intervienen en el entorno familiar de los jóvenes suicida que ingresaron al HUAPA?

¿Cuáles son los factores de riesgo que afectan a los jóvenes con intento de suicidio?

¿Cuáles son los métodos más comunes de intento de suicidio que utilizaron los jóvenes que ingresaron al HUAPA?

Estas interrogantes permiten plantearse el siguiente problema de investigación:

¿Cómo es la comunicación familiar en jóvenes de 15 a 20 años con intento de suicidio que ingresaron al Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná en el 2<sup>do</sup> semestre del año 2003?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Determinar la comunicación familiar y el intento de suicidio en jóvenes de 15 a 20 años de edad que ingresaron al HUAPA en el 2<sup>do</sup> semestre del año 2003.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar los tipos de comunicación utilizada por los familiares de los jóvenes con intento de suicidio que ingresaron al HUAPA durante el 2<sup>do</sup> semestre del año 2003.
- Identificar las barreras comunicacionales que intervienen en el entorno familiar de jóvenes con intento de suicidio que ingresaron al HUAPA durante el 2<sup>do</sup> semestre del año 2003.
- Determinar los medios que utiliza la familia para prevenir el intento de suicidio.

- Identificar los métodos utilizados por los jóvenes con intento de suicidio.

### **Justificación**

Los adolescentes atraviesan por una crisis existencial bastante severa y si a estos se le agregan otros factores como una deficiente comunicación con los padres, la desintegración y/o violencia intrafamiliar, la doble moral que prevalece en torno a la autoridad, la influencia negativa de algunos amigos, las oportunidades para estudio y/o trabajo, la carencia de valores y los enamoramientos pocos satisfactorios, elaboran una mezcla determinante para adoptar un comportamiento autodestructivo, con la finalidad de comunicar un estado de descontento que conlleva al intento de suicidio.

Habitualmente, la atención de pacientes que intentan suicidarse se restringe a las medidas de urgencia para salvarles la vida; la mayoría de las veces no se hace seguimiento de los casos, ni se realizan investigaciones individuales en cada paciente de manera sistemática, a pesar de que el intento de suicidio se observa frecuentemente en los adolescentes que acuden al HUAPA.

Esta investigación es de gran interés ya que los intentos de suicidio entre los jóvenes ha ido en aumento, se ha convertido en un problema de

salud pública y como se han barajado muchos factores que contribuyen al acto de cometer una conducta suicida al personal de salud le compete ayudar y enseñar al cliente a afrontar y solucionar sus problemas, si se quiere el personal de enfermería es un elemento clave para coadyuvar en esta problemática ya que con sus conocimientos pone en práctica el proceso de enfermería basado en valores, acción y compromiso.

Es un problema importante desde el punto de vista científico y social, ya que si se tratan precozmente los casos de intentos de suicidio, se evitan incapacidades o la muerte. Por todo lo antes expuesto se demuestra que es un problema factible de resolver, si todas las partes involucradas participan activamente aportando beneficios, uniendo esfuerzos por la convivencia familiar donde exista una buena comunicación entre padres e hijos o todos los miembros del grupo familiar para así garantizar un estado óptimo de salud en los miembros de una familia.

El intento de suicidio es un problema mundial, nacional local y familiar, como tal, es de preocupación fundamental para la profesión de enfermería. Este personal tiene que estar activamente implicado en prevenir, educando a la población en general sobre factores de riesgo, signos suicidas y actuaciones. Cuando el riesgo de suicidio se identifica, el personal de enfermería tiene que actuar rápida y eficazmente, porque



tienen la responsabilidad de ser competentes en la actuación sobre el caso.

Se aspira que los resultados de este estudio sirvan como marco de referencia para futuras investigaciones, así como también para que se tome conciencia de la magnitud del problema por la que actualmente atraviesan los adolescentes de la ciudad de Cumaná en el Estado Sucre.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Antecedentes**

Las investigaciones sobre el suicidio e intento de suicidio están entre los estudios más complejos para quienes forman parte del área de la salud y constituyen un problema de salud pública. Con relación a esto se han realizado una serie de estudios en el ámbito internacional, nacional y local, al respecto se mencionan algunos que sirven de referencia para el desarrollo del presente trabajo.

Mancinelli, I; Cecirialli, L; Comparelli, A; Lazando, S; y Tatarelli R. (1999), realizan un estudio en Italia sobre el suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. El estudio fue epidemiológico descriptivo, para así verificar la hipótesis de los factores de riesgo en la juventud durante los años 1969-1994. Los datos examinados se basaron en un registro del Instituto Nacional de Salud, en personas de 14 a 24 años y concluyeron que: “hay evidencias del substancial incremento en las tasas de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes y más que todo del sexo masculino” (p. 12).

Teiller, C. (2000), estudió la suicidalidad en adolescentes con problemas familiares y señala que: “muchos adolescentes manifestaron

intentos de suicidio causados por la depresión, el abuso de sustancias tóxicas y el comportamiento agresivo en su entorno familiar” (p. 25). Es comprobado que cuando se propicia un ambiente cordial de comunicación en el hogar, en el cual se evitan las agresiones, se inculque la seguridad y confianza se tendrá una familia desde el punto de vista psíquico más sana.

Narváez, M (2001), realizó un estudio sobre la comunicación entre padres e hijos y señala: “sin la comunicación de la pareja es imposible lograr plenamente la comunicación entre padres e hijos porque sin el lazo comunicativo de los progenitores no se puede concebir un profundo vínculo con los hijos” (p. 33). Por lo planteado por el autor se observa la importancia de la comunicación efectiva que debe existir en el núcleo familiar (entre parejas -padres e hijos) para evitar que surjan conflictos familiares que conlleven a la desintegración de sus miembros.

Hernández, I; Martínez, O; Vásquez, J; y Díaz, B. (2002) realizan el trabajo comportamiento de la conducta suicida en niños y adolescentes durante 5 años (1ro de Enero de 1997 hasta el 31 de diciembre del 2001) en el Hospital Pediátrico Docente "Hnos. Cordové", de Manzanillo, Granma, Cuba, destacando frecuencia de presentación de algunas variables epidemiológicas y clínicas, dirigida a determinar la morbilidad aportada por niños y adolescentes con Conducta Suicida. Se realizó un estudio descriptivo. El universo estuvo representado por los

149 pacientes que por esta causa fueron internados. Fueron revisados los expedientes clínicos de todos los pacientes para llenar una planilla confeccionada al efecto; explorándose sobre: edad, sexo, lugar de procedencia, antecedentes patológicos personales y familiares; esfera psíquica afectada, principales áreas de relaciones en conflicto, métodos empleados y diagnósticos psiquiátricos asociados a la conducta suicida. Los resultados se exponen en cuadros, y en sus conclusiones exponen:

La conducta suicida en niños y adolescentes ha mostrado una incidencia bastante estable en los últimos cinco años, con una mayor frecuencia en los adolescentes de 14 y más años, en el sexo femenino y en los procedentes de áreas rurales. La depresión representó el principal antecedente patológico personal en este grupo; mientras que el alcoholismo y la conducta suicida resultaron ser los antecedentes familiares de mayor interés. Un gran número de pacientes procedían de hogares disfuncionales, por lo que el área de relaciones con mayores conflictos mostrados por niños y adolescentes fue la familia. La ingestión de medicamentos y sustancias tóxicas fue el método más empleado para la realización del intento suicida. Otros métodos cruentos también fueron empleados (pp. 79-80).

Castañeda, A. (2002), realiza un estudio en Lima-Perú. Se estudian 48 casos de intento de suicidio reportados en el Instituto de Salud del Niño de Lima durante un período comprendido de 1996 a 1999. En su mayoría (56%) el origen del intento de suicidio fue discusiones con las figuras primarias de apoyo, problemas en el grupo

familiar o dificultades de comunicación con los padres. La problemática familiar aunado a la crisis social y económica se configuran en situaciones de extrema tensión que dificultan los canales de comunicación adecuados y al carecer los adolescentes de un afronte más adecuado toman la opción de suicidio como una forma de encarar dificultades del medio ambiente.

Campos, A y Sepúlveda, R (2003) realizan un trabajo en la ciudad de Cumaná sobre los factores de riesgo en la población de 10 a 19 años según intentos de suicidio por sustancias tóxicas, hospital Antonio Patricio de Alcalá de Cumaná Estado Sucre durante los años 1998-2002.. El estudio fue retrospectivo descriptivo, con una muestra de estudio de 63 pacientes en la edad estudiada y concluyen con lo siguiente: “El intento de suicidio constituye un grave problema de salud pública que está afectando mayormente a los adolescentes y esto vendría a constituir un fenómeno muy complejo que se da en todas culturas y en el que están implicados múltiples factores” (p. 73).

## **Bases Teóricas**

### **Comunicación Familiar:**

La comunicación es la forma por medio del cual las personas intercambian información y la manera en que ésta se utiliza, comprende

el sentido que las personas imparten a esta información. Siempre se ha observado la existencia de comunicación entre personas y el grupo familiar establecido por razones derivadas de un nexo más bien biológico que sociológico, unidades que aunque han evolucionado sensiblemente en el transcurso de los siglos siguen teniendo extraordinaria vigencia, existencia determinante en la vida de la humanidad. Una vez que el ser humano llega a este mundo social, la comunicación resulta ser el factor más importante que determina el tipo de relaciones que tendrá con los demás miembros de organizaciones sociales y su grupo familiar. La comunicación es uno de los factores que se ve afectado en las relaciones del grupo familiar.

Las unidades familiares en su incesante marcha han sufrido momentos de crisis, pero siempre sobresalen airoso, existen y subsisten, porque es un imperativo de la naturaleza originada de una unidad reproductora hasta transformarse en una institución eminente social, a través de los cuales las personas desarrollan su acción social.

Satir, V. (1995), señala que: “La comunicación es el factor que determina el tipo de relaciones que vayan a tener con las demás personas”. (p. 30), considera, que para realizar el proceso de comunicación se requiere de ocho pasos, estos son:

- a) Desarrollo de una idea: Esta le da sentido a la comunicación, puesto que primero se debe reflexionar y desarrollar la idea.

- b) Codificación: Es poner el mensaje en un código común para emisor y receptor, palabras (de un idioma común) graficas u otros símbolos conocidos por sus interlocutores.
- c) Transmisión: Una vez elaborado el mensaje se transmite en el lenguaje, formato y código seleccionado, enviándolo a través de un canal de televisión que no tenga barreras y controlando las interferencias
- d) Recepción: Los canales naturales de recepción son los órganos de los sentidos.
- e) Descodificación: El receptor descifra el mensaje, lo codifica e interpreta logrando reconstruir una idea.
- f) Aceptación: Es una decisión personal que admite grado y depende de la forma en que fue percibido el mensaje, la apreciación que se hace de su exactitud y si el mensaje es aceptado y entonces se logra el efecto deseado y el verdadero establecimiento de la comunicación.
- g) Uso: Es el paso decisivo, es el paso de acción, la reacción que se logra en el receptor y el uso que el le da a la información contenida en el mensaje recibido.
- h) Retroalimentación: Es el paso final que cierra el circuito en la respuesta del receptor que en este momento toma el papel del emisor estableciendo así una relación bilateral.

Por su parte Aldana J. (1997) define la comunicación como “la emisión de la información y entendimiento a través de los símbolos

comunes” (p.34). Tomando en cuenta las definiciones de los autores citados, se puede decir que la comunicación es un factor determinante para que exista una relación entre los miembros de la familia y así poder establecer vínculos afectivos entre unos y otros que le permitan participar de la experiencia de la vida común. Para ello se requiere de una red de comunicación formal.

Melinkoff, R. (1996), expresa: “La red de comunicación formal es un proceso interno que se da en el núcleo familiar como organización entre los miembros de la familia” (p. 18).

Córdova, F (1998), coincide al señalar que: “La red de comunicación formal, es un proceso interno que se dan en el núcleo familiar y la divide en comunicación descendente, ascendente y horizontal” (p. 17. El mismo autor considera que la comunicación descendente es aquella que proviene desde cualquier punto de una organización hacia abajo: como es la comunicación de padre a hijo. Esta, puede considerarse de gran importancia debido al efecto que tiene sobre las actitudes y conducta de los hijos; es responsabilidad del padre aconsejar a su hijo sobre asuntos de interés y preocupación, para éste asesorarlo en situaciones problemáticas.

La comunicación ascendente, proviene desde cualquier punto de una organización hacia arriba, de hijo a padre. En este tipo de



comunicación se puede ir desde una queja hasta las mejores sugerencias, para lograr la efectividad de la organización; su función principal es suministrar información a los padres. La comunicación horizontal proviene desde cualquier punto de una organización en forma lateral hasta otro punto: la comunicación entre hermanos. Miller, J., Leddy M y Leavett L (2000) (1999), sostienen que: “la comunicación descendente establece el medio ambiente necesario para que la comunicación ascendente sea eficaz” (p. 13).

La comunicación en la familia puede tener una variedad de formas, palabras, imágenes y acciones.

**Comunicación verbal:** para la Fundación Educacional Creando Vida. (1997), es la más preferida que la escrita, debido a que ahorra tiempo y permite retroalimentación inmediata. En el entorno familiar, se caracteriza por un lenguaje espontáneo en el que abundan los sobreentendidos (todos se conocen) porque comparten un espacio común en el que cada uno tiene un papel asignado que condicionan la forma de expresarse verbalmente. Para que esta sea efectiva se debe tomar en cuenta el vocabulario, la entonación, el humor y la claridad. Se entiende el vocabulario como el conjunto de palabras que se usan y conoce alguien; la entonación es el tono con el que se pronuncian las frases y oraciones. Al conversar se expresa el estado de ánimo tristeza, alegría, preocupación o rabia, por esta razón cambia el tono de voz o entonación

según lo que se quiere decir, la persona sube o baja la voz habla más rápido o más lento. La claridad es la palabra o frase con que se dice a alguien argumentos de fácil comprensión. El Humor es la manifestación exterior y disposición en que alguien se halla para hacer algo. Es el modo de presentar la realidad. Estado afectivo que se mantiene por algún tiempo.

Las formas más comunes de la comunicación verbal son:

**Las órdenes verbales cara a cara:** es considerada la más eficaz, ya que cada parte responde directamente a la otra. El cambio de impresiones en las reuniones y conversaciones, en relación a las reuniones; estas son vitales para la organización, cada reunión tiene un estilo diferente y los integrantes de la familia que lo conforman tienen diferentes personalidades, valores opiniones y necesidades. Cuando se da este tipo de comunicación, es necesario saber escuchar.

**Comunicación no verbal:** La comunicación no verbal está referida a los mensajes que no son hablados. Así Córdova, F (1998), sostiene que: “la comunicación no verbal proporciona indicio de posibles relaciones, debido a que define a las personas que se comunican entre ellas” (p. 21). Por consiguiente, esta comunicación puede ser responsable de la comunicación de sentimientos y de actitudes, se puede decir que es la ciencia de las relaciones interpersonales. Algunas de las formas de comunicación no verbal, son los gestos manifestados por movimientos

de rostro, de las manos o de otras partes del cuerpo con que se expresan diversos afectos del ánimo; expresiones faciales como manifestación de miradas, gestos o movimientos con independencia de la palabra; la postura que es la posición o actitud que una persona adopta respecto a algún asunto; y el contacto físico, que es la acción y efecto de tocarse dos o más personas que establecen relación afectiva.

La comunicación es necesaria y esencial para el ser humano y aunque es parte cotidiana de la vida, la realidad es que cuesta mucho trabajo comunicarse bien, no importa los adelantos tecnológicos en materia de comunicación, el hombre moderno está cada vez más aislado y tiene mayores problemas para entrar en verdadero contacto con sus semejantes en forma profunda, abierta y sincera, muchas veces porque se interponen entre ellas barreras comunicacionales.

### **Barreras Comunicacionales**

Las barreras comunicacionales son aquellas que intervienen en el proceso de comunicación y producen perturbaciones, entorpecen, dificultan o imposibilitan la comunicación. Estas barreras pueden registrarse a nivel semántico, físico, fisiológico y psicológico. Las barreras semánticas son aquellas que utilizan signos y símbolos que sugieren diferentes significados.

Las barreras físicas son las interferencias que ocurren en el ambiente físico donde se desarrolla la comunicación, entre estas se tienen el ruido, las distancias físicas, las paredes, la estática. Las barreras físicas pueden convertirse en una fuerza positiva por medio del control ambiental en el cual el emisor trata de modificar el ambiente para que influya en los sentimientos y el comportamiento del receptor. Las barreras fisiológicas es una manifestación particular del ser humano de percibir, vivir y entender el mundo en el cual se encuentra inserto.

Existen otras barreras que impiden el funcionamiento normal de la comunicación, entre ellas están:

- a) Barreras de la superioridad.
- b) Barreras de la indiferencia.
- c) Barreras de amor propio.
- d) Valores.
- e) Percepción Selectiva.
- f) Emociones.

Barrera de Superioridad, es cuando una persona se siente superior al otro, no se le considera como igual en dignidad, considerando al otro como objeto y no como sujeto. En la barrera de la indiferencia se oye al otro pero no se le escucha. La barrera de amor propio le resta valor a las cualidades de los otros y aprecia solo las suyas. Se cree con toda la verdad e impide que las otras hablen.

Los valores son considerados como cualidades positivas enmarcados en la sociedad, permite que la familia establezca sus propios sistemas de valores, normas y reglas que permitirán la expresión, capacidad de afecto, la capacidad de decisión y la negación circunstancial de problemas. La percepción selectiva, consiste en captar todo aquello que le conviene escuchar al receptor.

Las emociones son el estado de ánimo tanto del que emite como el que recibe, es una interferencia muy poderosa que influye en la forma en que se transmite un mensaje (tono de voz, movimiento, gesticulación) y también influye en la forma como se interpreta y el lenguaje utilizado. La edad, la educación, la capacidad y el nivel de inteligencia que hay en las personas son variables que influyen en el lenguaje que utiliza y son capaces de comprender. Las palabras suelen provocar la puesta en marcha de muchos comportamientos; la mayor parte de los aprendizajes humanos, incluso los motores, están determinados por el lenguaje.

Toda persona manifiesta a través de su comportamiento, actitudes y tendencias, de sus acciones y omisiones, toda su historia verbal. Es mucha la importancia del significado emocional del lenguaje, en la comunicación interpersonal este significado permite compartir de algún modo los sentimientos, las experiencias subjetivas de los demás.

Aldana, J., (1997) considera que la influencia que el lenguaje ejerce sobre el comportamiento humano posiblemente se deba a: “que por su mediación, se crean y modifican las actitudes” (p. 35). El lenguaje permite las posibilidades de comunicación, de influencia mutua, hace que el hombre adquiera múltiples comportamientos.

Para facilitar la comunicación, es preferible que se envíen mensajes utilizando varios canales simultáneamente, combatiendo en lo posible las interferencias o barreras comunicacionales, es decir, que se hable, se escriba, se presenten dibujos, diagramas, videos o películas, etc., para clarificar el mensaje y de esta manera poder asegurarse que el mensaje será recibido y lo más importante es hacer uso de la retroalimentación para asegurar que se comprendió la idea y se logró el efecto deseado. Todo comportamiento entre los seres humanos está condicionado por la comunicación. En la comunicación no sólo se utilizan las palabras sino también actos, acciones, comportamientos y conductas. Los canales de la comunicación humana deben estar abiertos para que por ellos circulen contenidos significativos.

En la comunicación familiar es necesario entender como es la convivencia familiar, porque con los adelantos científicos-tecnológicos que se están dando, los grupos enfrentan una serie de presiones y demandas que, aunque no lo quieran repercuten en su escala de valores y hasta de relaciones sociales y familiares, entre otros; los padres no tienen

o no quieren tener tiempo y espacio para reunirse con sus hijos para una cuestión tan fundamental como lo es sentarse a la mesa a compartir una comida, hablar sobre temas de actualidad mundial, nacional o regional y, mucho menos a revisarle una tarea escolar, o hablar sobre inquietudes o problemas que pudieran estar ocasionando conflictos internos en el joven.

La convivencia familiar es compartir en un hogar ideas, información, afecto, creencias, con calidez, que permitan un crecimiento y realización de todos los miembros de la familia, tanto individual como grupal (Aldana, J. 1997, p. 31). Asimismo, plantea: “reto del compromiso comunitario” (p. 32). Es decir, la necesidad de salir del esquema micro familiar para ser testimonio de amor y construir en la realidad colectiva una sociedad mejor.

En cada hogar existen elementos externos e internos que lo afectan e influyen en su interacción cotidiana, es decir, se manejan normas, códigos comunicativos, vínculos socio afectivo, metas, intereses definidos, los cuales deben propiciar el crecimiento armónico y el desarrollo total de todos y cada uno de los miembros de la familia. Estos elementos se pueden denominar fuerzas de integración afectiva porque constituyen los ejes necesarios para hablar de convivencia familiar.

La comunicación familiar es con todas sus características e implicaciones la fuerza que dinamiza u obstaculiza la interacción entre

los miembros del grupo familiar. Narváez, M. (2001) la considera como: “un proceso de transmisión de información entre los miembros de la familia donde se intercambian temas formales e informales, ésta debe ser abierta, espontánea, emocional, donde los sentimientos se expresen pacíficamente y se comprendan” (p. 23). El entendimiento entre los seres humanos es la esencia de la comunicación, para ello se debe ser congruente; la sinceridad y la espontaneidad son la esencia de este entendimiento. La comunicación familiar tiene fundamentalmente un tinte afectivo.

La idea de la comunicación entre la familia está en cómo se establecen vínculos entre unos y otros; gracias a la comunicación, los miembros de la familia pueden participar de la experiencia de la vida del otro, por eso es tan importante la comunicación en la familia. La familia es un mundo donde la comunicación no consiste en la transmisión de información objetiva o ideas, sino que fundamentalmente se transfiere afectividad.

Actualmente la comunicación familiar ha sido invadida por una serie de vicios, transformaciones y/o mutaciones que la desvirtúan de sus genuinas intencionalidades y características; en algunos casos se da la incomunicación, o no hay interacción e intercambio de ideas entre los miembros de la familia, pero siempre existe una justificación el “acelere” del tiempo moderno; en otros casos, el proceso comunicativo se ve



afectado por fallas provocadas por el emisor como por ejemplo: discordia entre lo que se dice y la actitud que se asume, confusión o poca claridad en el mensaje, verbalizaciones impulsivas, actitudes o comportamientos descalificados, entre otros.

El receptor también presenta dificultades para el éxito del proceso comunicativo como: conductas prevenidas y/o de justificación sistemática, silencio de agresión, posturas acomodaticias, libre interpretación del mensaje y actitudes o comportamientos descalificadores.

El modo en que los padres se comuniquen con sus hijos es probable que sea la referencia y el modelo que los hijos adopten para comunicarse no sólo con sus padres, sino también con la demás personas. Esta comunicación debe ser democrática, aceptada por ambas partes bajo la premisa de la confianza y la sinceridad, los mensajes se envíen usando varios canales; porque cuando sólo se usa el lenguaje verbal se habla de diálogo, y éste se da por dos formas extremas: por exceso o por defecto. Ambas, provocan distanciamiento entre padres e hijos. Hay padres que, con la mejor de las intenciones, procuran crear un clima de diálogo con sus hijos e intentan verbalizar absolutamente todo. Esta actitud fácilmente puede llevar a los padres a convertirse en interrogadores o en sermoneadores, o ambas cosas. Los hijos acaban por no escuchar o se

escapan con evasivas, en estos casos, se confunde el diálogo con el monólogo y la comunicación con la enseñanza.

El silencio es un elemento fundamental en el diálogo, da tiempo al otro a entender lo que se ha dicho y lo que se ha querido decir. Un diálogo es una interacción y, para que sea posible, es necesario que los silencios permitan la intervención de todos los participantes. Dialogar también es Escuchar. Junto con el silencio está la capacidad de escuchar. Hay quien hace sus exposiciones y da sus opiniones, sin escuchar las opiniones de los demás. Cuando eso sucede, el interlocutor se da cuenta de la indiferencia del otro hacia él y acaba por perder la motivación por la conversación. Esta situación es la que con frecuencia se da entre padres e hijos. Los primeros creen que estos últimos no tienen nada que enseñarles y que no pueden cambiar sus opiniones, escucha poco a sus hijos o si lo hacen es de una manera inquisidora, en una posición impermeable respecto al contenido de los argumentos de los hijos; esta situación es frecuente con hijos adolescentes.

A través del diálogo, padres e hijos se conocen mejor, conocen sobre todo sus respectivas opiniones y su capacidad de verbalizar sentimientos, pero nunca la información obtenida mediante una conversación será más amplia y trascendente que la adquirida con la convivencia. Por esto, transmite y educa mucho más la convivencia que la verbalización de los valores que se pretenden inculcar. Por otro lado, todo diálogo debe albergar la posibilidad de la réplica. La predisposición

a recoger el argumento del otro y admitir que puede no coincidir con el propio es una de las condiciones básicas para que el diálogo sea viable. Si se parte de diferentes planos de autoridad no habrá diálogo. La capacidad de dialogar tiene como referencia la seguridad que tenga en sí mismo cada uno de los interlocutores. Hay que tener presente que la familia es un punto de referencia capital para el niño y el joven: en ella puede aprender a dialogar y, con esta capacidad, favorecer actitudes tan importantes como la tolerancia, la asertividad, la habilidad dialéctica, la capacidad de admitir los errores y de tolerar las frustraciones.

En ocasiones, la falta de diálogo supone una grave limitación a la comunicación. Muchas veces la prisa de los padres por recibir alguna información les impide conocer la opinión de sus hijos y, de igual forma, impide que sus hijos se den cuenta de la actitud abierta y de la predisposición a escuchar de los padres. La situación anterior es especialmente importante en la adolescencia. Son múltiples las situaciones en que los padres sienten curiosidad por lo que hacen los hijos y estos, ante una situación de exigencia responden con evasivas. Otro impedimento para la comunicación es la impaciencia de algunos padres para poder incidir educativamente en la conducta de sus hijos. Todo el proceso educativo pasa por la relación que establecen padres e hijos, y ésta se apoya en la comunicación; por eso es tan importante preservarla y mantener la alegría de disfrutarla. Para ello es suficiente que los padres no quieran llevar siempre la razón y convencerse que comunicarse no es enfrentarse.

La vida familiar cuenta también con unos enemigos claros para establecer conversaciones y la relación interpersonal. La televisión en la comida, los horarios que dificultan el encuentro relajado, los desplazamientos de fin de semana. Hay que luchar frente a estas situaciones y adoptar una actitud de resistencia provocando un clima que facilite la comunicación. Existen muchos obstáculos que impiden la comunicación en una familia. Entre estos se tienen: generalizaciones, juicio de los mensajes que se reciben, no saber escuchar para comprender bien lo que quieren decir realmente, discusión sobre tu versión de algo que sucedió hace ya tiempo, establecimiento de etiquetas, aplicación de objetivos contradictorios, el lugar y el momento que se elige, exposición de preguntas llenas de reproches, el abuso de los: "Tú deberías", "Yo debería hacer"; en vez de los: "Qué te parece si...", "Quizás te convenga", "Yo quiero hacer", "Me conviene", "He decidido"; cortes en la conversación porque se presta más atención a lo que quieres decir, que a escuchar al otro.

Cuando en el acto de la comunicación familiar se ven las cosas, se interpretan y se dicen de manera diferente surgen los conflictos familiares. Si en el núcleo familiar no se deja circular la comunicación con suficientes contenidos afectivos, no se puede pretender que los hijos aprendan a manejar la afectividad con los demás y es posible que el hijo generalice su represión interior, adoptando comportamientos desadaptados (agresividad, llamando la atención, etc); estos problemas que existen en la comunicación familiar pueden deberse a que los padres

adoptan la postura de comunicación contenida en la dirección del hijo, únicamente en este sentido el hijo queda bloqueado en su propia experiencia, no se le toma en cuenta y ello lo puede llevar a un crecimiento de su personalidad probablemente conflictivo hacia sí mismo y/o hacia los demás. Hacia sí mismo puede materializarse en una baja autoestima o una personalidad rara patológica. A través de la influencia en el medio donde vive, finalmente el hijo adopta unos hábitos en la comunicación que pasado el tiempo es más difícil modificar o cambiar.

Muchos adolescentes se niegan a cambiar o mejorar sus hábitos de comunicación con los demás, la baja autoestima es el motor de los fracasos y de la desadaptación social, se genera cuando el ambiente familiar está deteriorado. Cuando los conflictos familiares no se resuelven, surge el distanciamiento y diferenciación provocando descontento entre los miembros de la familia, la comunicación se carga de fuertes emociones, rabia, odio, rechazo o desaprobación. Los factores antes mencionados favorecen que el intento de suicidio esté presente en uno de sus miembros, sobre todo en los adolescentes que carecen de afecto.

Entendiéndose a la comunicación familiar como una fuerza de integración afectiva que impulsa hacia el desarrollo y la realización plena tanto individual como colectiva, el personal de salud debe asumir tareas

y el compromiso de orientar a la familia y comunidad sobre la importancia de:

- El diálogo en el hogar como un valor que se asimila a los marcos axiológicos y que por tanto, supera su concepción de hábito corriente.
- Internalizar el proceso comunicativo como al que supera con creces las posturas exclusivamente unipersonales.
- Comprender que la acción comunicativa supone un involucrarse totalmente con las ideas, actitudes y los sentimientos.
- Permitir la controversia, el desacuerdo y la posibilidad de la propia equivocación.
- Desarrollar un diálogo espontáneo, sincero, cálido y situacional.

### **Adolescente y Adolescencia**

El adolescente, esta terminología se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 10 y 19 años de edad período típico entre la niñez y la adultez. Este período empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. La adolescencia es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y pronuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un período de incertidumbre e inclusive de desesperación, para otros es una

etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres y de sueños acerca del futuro.

No existe unanimidad de criterios sobre parámetros que permitan definir la adolescencia, sin embargo, se ha recurrido a algunos indicadores de tipo cronológico, biológico, psicológico, social y económico. El indicador cronológico considera que refiere al período evolutivo del desarrollo humano que se inicia con las transformaciones físicas y fisiológicas que ocurren alrededor de los 10 años para las niñas y entre los 12 y 13 para los varones, por lo regular este período se extiende hasta los 20-21 años. El indicador biológico es el período de rápido desarrollo fisiológico durante el cual maduran las funciones reproductoras, los órganos sexuales primarios y aparecen las características sexuales secundarias.

El indicador psicológico. Desde el punto de vista psicológico la adolescencia ha sido considerada como una etapa de turbulencias, de crisis, de tormento y estímulo y de sentimientos vacilantes y ambivalentes. Indicador sociocultural, es la etapa de la vida durante la cual la sociedad deja de considerar a la persona como un niño; sin embargo, aún no es adulto, y para llegar a serlo, se establecen metas que debe alcanzar, como por ejemplo: madurez, integración a la sociedad, elección vocacional, noviazgo, etc.

## **Cambios biológicos y físicos durante la adolescencia**

Pubertad: marca el inicio de la transición entre la niñez y la edad adulta; se caracteriza por procesos maduracionales, hormonales y de crecimiento físico en la persona. Se trata de un lapso corto que señala el principio de la maduración de los órganos reproductores y por ende, de la maduración sexual.

Adolescencia propiamente dicha: se inicia con los cambios puberales, pero va más allá de ellos porque implica otros procesos maduracionales que tienen que ver con el desarrollo cognoscitivo, socioafectivo o psico social, en los que juegan un papel importante la historia personal de los adolescentes, así como los factores socio culturales y legales que determinan su extensión.

## **Cambios psicológicos en el adolescente**

Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto su cuerpo continuamente los traiciona, sin embargo la adolescencia también ofrece nuevas oportunidades que los adolescentes abandonan de diferentes maneras. No se sabe porque la maduración comienza cuando lo hace, ni se puede explicar cual es el mecanismo exacto en la que la desencadena, sólo se tiene conocimiento que a cierta edad determinada por factores biológicos esto ocurre. Todos



estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada adolescente, lo que hace temprana o tardíamente que éste obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar.

Maduración temprana o tardía. Se ha comprobado que los varones que maduran rápido son equilibrados, calmados, amables, presentan tendencias de liderazgo y son menos impulsivos que quienes maduran tardíamente. Sucede lo contrario con las niñas, las que maduran temprano tienden a ser menos sociables, expresivas y equilibradas, son tímidas, y con una expresión negativa hacia la menarquía. Existen aspectos a favor y en contra de la maduración temprana.

Interés por la apariencia física: la mayoría de los adolescentes se interesan más por su aspecto que en cualquier otro asunto de sí mismos y a muchos no les agrada lo que ven cuando se ven en el espejo. Los varones quieren ser altos, anchos de espaldas, las niñas quieren ser lindas, delgadas pero con formas y con una piel y un cabello hermoso, cualquier cosa que atraiga al sexo opuesto. Los adolescentes de ambos sexo se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, lo que trae como consecuencia biológica y hasta trastornos psicológicos la aparición del desorden en la salud como falta de autoestima, anorexia, bulimia y hasta abuso de alcohol, drogas y otros vicios.

## **Desarrollo de la inteligencia**

Durante la adolescencia no se producen cambios radicales en las funciones intelectuales, sino que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente. Piaget determina que la adolescencia es el inicio la etapa del pensamiento que implica una lógica deductiva, considera que esta etapa ocurría en todos las personas sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno, otros investigadores sostienen que la capacidad del adolescente para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida.

Muchos de los conflictos que vive el adolescente constituyen episodios normales dentro del mismo proceso evolutivo impuesto por el desarrollo de la persona. Esta normalidad no evita sin embargo que los adolescentes vivan esta etapa con incertidumbre y ansiedad; así los brotes de emotividad, las crisis internas acompañadas por los cambios físicos y hormonales propios de la edad en estos momentos, van a tener una gran incidencia en el rendimiento intelectual.

El desarrollo afectivo es de gran importancia en esta etapa de la adolescencia, porque tras el período turbulento de la preadolescencia la conducta de los jóvenes suele sosearse; las relaciones familiares dejan de ser un permanente nido de conflictos violentos y la irritación y los

gritos dejan paso a la discusión racional, al análisis de la discrepancia y hasta a los pactos y compromisos. Esto significa que el adolescente ha conseguido librar con éxito el combate contra las exigencias libidinales infantiles, de los que no obtiene ya satisfacción y está dispuesto a afrontar las dificultades que conlleva su nueva condición, por fin plenamente asumida de joven adulto.. A partir de este momento el conflicto se desplaza desde la ambivalencia afectiva a la reivindicación de ciertos derechos personales entre los que se destacan las exigencias de libertad e independencia, la libre elección de amistades, aficiones, etc.

Tanto el desarrollo físico como el intelectual constituyen factores esenciales en la formación del adolescente y contribuyen al logro de su desenvolvimiento como adulto. Todo el desarrollo del proceso de desarrollo de la persona lleva implícita la inminente necesidad de adaptación a nuevas exigencias provenientes del medio, o nacidas de la misma persona; esta situación de exigencia que rodea al adolescente y lo precisa, genera una necesidad de ajuste, produce cambios de carácter individual y social que son representativos de una etapa llena de contradicciones. Todos los adolescentes tienen problemas comunes y experiencias similares, padecen los cambios físicos y fisiológicos, sienten la necesidad de definir su identidad personal, se plantean interrogantes; sin embargo, todos los adolescentes no son iguales y no muestran las mismas actitudes ante los distintos problemas.

## **Problemas de la adolescencia**

Tensiones internas: el incremento de la tensión psíquica hasta niveles insospechados es el primer resultado de la reaparición de deseos inconscientes reprimidos durante la infancia. El preadolescente se halla mal preparado para resistir esta tensión que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas, egoísmo, crueldad, dejadez o suciedad. Son comportamientos propios de una primera y más conflictiva etapa de la adolescencia en la que la tormenta pulsional que se está desatando arrastra pulsaciones pregenitales (orales y anales, agresivas y sádicas) que el adolescente no consigue controlar con eficacia y para las que busca una satisfacción impostergable.

Conflictos familiares: Los primeros conflictos que vive el adolescente con sus familiares afectan a aspectos familiares de la cotidianidad, la forma de vestir, pensar, sus rutinas, costumbres, hábitos, etc. Conflictos que a veces llevan al adolescente a asumir conductas agresivas hasta con ellos mismos, como intento de suicidio.

### **Conducta suicida**

Durante la adolescencia, etapa de desarrollo por la que atraviesa toda persona, se presentan en los adolescentes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Este intento plantea el problema de la depresión

como vivencia existencial y como una verdadera crisis de la adolescencia. La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás, el que ve el suicidio como una idea romántica y aquél que realmente lo lleva a cabo.

El personal de enfermería es clave para coadyuvar a solventar esta problemática, porque dentro de una de sus funciones está la de dar orientación y educación a las personas, familias y comunidades, además de que está preparada para identificar problemas y buscarle solución. Castañeda C. (2002) plantea: “Si cerca de nosotros se encuentra algún adolescente cuyo comportamiento indique que intentará suicidarse, atendamos sus señales, pues podemos darle el apoyo necesario para superar su problema” (p. 15).

El suicidio de los adolescentes es un tema que suele callarse y evadirse pues impacta y cuestiona el sistema familiar y social en que se vive; sin embargo, es importante conocer y reflexionar en las causas que llevan a un adolescente a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse. Ajuriaguerra (1998) uno de los expertos en el tema, dice que el suicidio es un fenómeno complejo que comprende factores físicos, sociales y psicológicos que

actúan e interactúan; sin embargo, la forma en que el adolescente se relaciona con su medio ambiente y cómo afecta este último su personalidad, son causas que determinan que la persona intente suicidarse o no. Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, de un desacuerdo social, de falta de comunicación en la familia, además de otros factores.

El suicidio es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima sin reconocerlo se autodestruye lentamente. Es el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de sustancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco.

La adolescencia, como etapa de desarrollo de toda persona, es una etapa dolorosa en que el adolescente pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. Por esto, la tentativa del suicidio es una

de las conductas más significativas del adolescente. Por el contexto depresivo que la envuelve, la tentativa de suicidio plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis durante la adolescencia. La manipulación de la idea de muerte en el adolescente suele ser frecuente; sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive como una idea romántica, y aquél que realmente lo lleva a cabo.

Ladame, F (1999) clasifica la conducta suicida 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 a la persona a pensar que "no hay otra salida".
- El intento suicida como medio de comunicación, en donde el adolescente 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 puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo.

Farberow, L (1995) menciona que, en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El adolescente intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.

Durante la etapa de adolescencia, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal y, en ocasiones, puede llegar a sentir que su cuerpo es algo aparte de él. De hecho, siente la necesidad de dominar su cuerpo que se encuentra en constante cambio; pero como puede vivir su cuerpo como un objeto casi externo y extraño, siente que en el momento del intento suicida su cuerpo no es el que realmente recibe la agresión ni que canaliza hacia él sus tendencias agresivas y destructivas. Por otro lado, durante esta etapa, el adolescente abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él



durante todo su desarrollo anterior. De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo.

De acuerdo con Henne, L (1998), durante la adolescencia se elaboran tres duelos básicos: a) el duelo por el cuerpo infantil, b) el duelo por la identidad y el rol infantil, y c) el duelo por los padres infantiles, es decir, el duelo por la imagen con que percibía a sus padres durante la infancia. En una situación ideal, la elaboración de estos duelos permitirá que el adolescente continúe con su desarrollo. La respuesta frente a situaciones de tensión, se encuentra en la línea de situaciones que evocan respuestas de adaptación más no de castigo, o de llamada de atención, tanto la huida como el duelo son dos respuestas emitidas por el parasuicida ante una situación considerada como insoportable o que corta el desarrollo o proyecto de vida del adolescente.

El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados, aparte de los mencionados. Éstos son aplicables a todas las edades de la vida, pero debe advertirse que, en función de la madurez de la persona, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos períodos de la vida. Stengel, E (1996) describe varios significados posibles:

- La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.
- El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
- El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea auto castigarse para mitigar la culpa.
- El crimen, cuando el adolescente atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.
- La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad.
- La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.
- El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.
- El juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

Algunos autores mencionan que no puede considerarse la conducta suicida del joven como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir; dice que el intento suicida involucra un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos.

Así mismo, consideran que la impulsividad propia del adolescente explica en parte el acto suicida. Así, mientras mayor sea la impulsividad de una persona, mayor será la posibilidad de autodestrucción. Para Binger, Ch y Malinak, D (1994), el factor más significativo del adolescente que intenta suicidarse, es su incapacidad interna de elaborar y superar los procesos de pérdida y duelo por los que pasan, de manera que prolonga sus sentimientos de decepción y dolor. A su vez, Olmeda, M (2001) considera que existe una relación entre la incapacidad del adolescente para manejar las situaciones angustiantes y la tendencia al suicidio, y una preocupación excesiva con respecto al fracaso. Así, la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado por algunos jóvenes para manejar tanto el estrés como las situaciones indeseables en la vida. Así mismo plantea que existen muchos factores que contribuyen al acto de cometer una conducta suicida, como pueden ser la impulsividad conductual, la pobreza de capacidad de resolución de problemas, existencia de esquemas y significados personales del paciente sobre sí mismo, el mundo y su futuro personal o la existencia de factores situacionales de tipo socioeconómico.

## **El adolescente suicida, la familia y el medio**

En toda conducta destructiva existe una buena cantidad de agresión que puede dirigirse hacia adentro; es el caso de los estados depresivos y las tendencias autodestructivas; o dirigirse hacia afuera, por medio de actos delictivos o agresivos. Desde el punto de vista interaccional, se ha aceptado que cuando la agresión se dirige hacia afuera, se establece una relación entre el que agrede (en este caso el adolescente) y quien recibe la agresión. Como la interacción puede darse en muchos niveles, desde el verbal hasta el físico, las dos personas o grupos que interactúan en este juego de agresión, lo hacen de la misma forma en que manejan el resto de su relación (la cual originalmente promovió la agresión) y, con seguridad, caerán en un círculo vicioso. Es decir, si el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le provoca sentimientos de enojo y de agresión, expresará estos sentimientos o el rechazo por diversos medios; a su vez la familia recibirá estas expresiones agresivas de la misma forma, lo que fomentará una mayor agresión hacia el adolescente y de esta manera se alimentará un círculo vicioso en donde se requiere de una verdadera comunicación para romper la cadena de agresiones.

En caso de que el suicidio ocurra dentro de un contexto interaccional como éste, se observa que el comportamiento autodestructivo es un medio para comunicarle a los demás sentimientos, demandas o súplicas que el adolescente no sabe expresar de otra manera.

Por lo tanto, el comportamiento autodestructivo se convierte en una comunicación con un propósito determinado y con un contenido dirigido hacia un público específico.

La seriedad del intento suicida radica en lo que el adolescente hace o deja de hacer para ser descubierto antes de morir. Si el fin del acto es comunicar un estado de descontento en general, el adolescente provocará ser descubierto antes de alcanzar su cometido de morir; sin embargo, aunque esta actuación es de menor gravedad que la de un adolescente que arregla todo para no ser descubierto, siempre debe prestarse la atención debida y ayudar al joven a elaborar y superar la crisis por la que pasa.

Existen factores que fomentan el suicidio en los adolescentes, pero que en sí mismos no son decisivos para que se decida hacer un intento suicida. Muchos de ellos pueden contribuir a la confusión y a la depresión del adolescente, pero se requiere la conjunción de una diversidad de factores para que se llegue al extremo de la autodestrucción.

Se ha observado que en las familias de adolescentes suicidas los padres tienden a ser débiles internamente y que a su vez padecen fuertes sentimientos de depresión, desesperanza y desaliento.

El adolescente que por el momento en que pasa, sufre esos mismos sentimientos, no posee las herramientas para manejarlos, pues ha visto en casa una incapacidad para manejar sentimientos negativos. Por otro lado, las familias de los adolescentes autodestructivo suelen tener problemas para controlar sus impulsos, es decir, los miembros de la familia tienden a ser impulsivos en su enfrentamiento diario con la vida. También puede existir una tendencia familiar a manejar el estrés de manera inadecuada, y el adolescente aprende que éste o cualquier tipo de presión son situaciones intolerables que deben evitarse a toda costa.

En este tipo de familias suele haber conflictos constantes, particularmente separaciones, y antecedentes patológicos especialmente de alcoholismo o alguna adicción en uno o ambos padres. En general, en estas familias existe una estructura alterada que se caracteriza por un sistema cerrado que inconscientemente prohíbe a sus miembros comunicarse entre sí y relacionarse estrechamente con el exterior. De manera que el adolescente se siente aislado dentro y fuera de casa, en donde tampoco la comunicación se da abiertamente.

En relación con el manejo afectivo, las familias de los adolescentes que tienden al suicidio, suelen mostrar un patrón agresivo de relación, con dificultades para expresar el enojo y la agresión, así como una depresión familiar generalizada. Las relaciones intrafamiliares se

encuentran desbalanceadas y el adolescente por norma sirve de chivo expiatorio que carga con las culpas, los defectos o las partes malas de la familia. De esta manera, el adolescente deprimido siente que no es deseado y que no se le quiere, tiene un sentimiento doloroso de abandono que expresa por medio del aislamiento y, posteriormente, de un intento suicida. Las intervenciones del personal de enfermería con el paciente suicida deben focalizarse en el desarrollo de habilidades alternativas de afrontamiento secuenciales y en la modificación de los significados personales disfuncionales.

Las razones psicodinámicas más comunes en los intentos suicidas son:

- Un dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar.
- Necesidades psicológicas frustradas, tales como: seguridad, confianza y logros.
- Un intento por acabar con la conciencia, sobre todo la del dolor.
- Falta de opciones, o bloqueo para verlas.
- Un impulso súbito de odio a sí mismo, en un marco de alineación grave.
- Una autoevaluación negativa, con autorrechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

- Un impulso súbito de odio hacia sí mismo, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo.

En el acto suicida siempre habrá una lucha interna entre el deseo de morir y el de seguir viviendo. Generalmente, la persona suicida pedirá auxilio de una u otra forma, por tanto el personal de enfermería que por lo general en el desempeño de sus funciones se encuentra algún adolescente cuyo comportamiento, ya sea verbal o no verbal, revela que podría intentar suicidarse, hay que atender esas señales pues existe la posibilidad de ayudarlo y orientarlo en la búsqueda de otros profesionales que pueden guiarlos en el manejo de sus problemas. Como plantea Virginia Henderson (1990) que la función propia de enfermería consiste en atender a la persona, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

El trabajo de Henderson (op cit) estuvo influido por la teoría de las necesidades humanas, el cual parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer. Según este principio, las necesidades son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada persona; sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores: a) permanentes (edad, nivel de



inteligencia, medio social o cultural, capacidad física) y, b) variable (estados patológicos), por estas razones se cree que tal vez una de sus labores como docentes investigadores que conviven a diario con cientos de adolescentes con intento de suicidio, es buscar la manera de sensibilizarlos y orientarlos en cuanto a este tipo de problemática.

Considera también que la personalidad, la mente y el cuerpo eran inseparables, por tanto la función única de la enfermera es ayudar a una persona a realizar actividades que contribuyan a su salud, de allí la importancia del proceso de enfermería. Muchos autores ven el proceso de enfermería como la esencia de la enfermería porque es el centro de todas las acciones de la misma. Los estándares de la práctica de la enfermería psiquiátrica y de salud mental están establecidos en la ANA desde 1982, los cuales se basan en diferentes pasos que se siguen para realizar y cumplir las acciones de enfermería. Los pasos a seguir en el proceso de atención de enfermería son: recogida de datos, diagnóstico de enfermería, planificación, y evaluación.

La valoración de la enfermería en salud mental implica revisar la condición humana desde una base de datos para diagnosticar los problemas potenciales o afirmar un estado de bienestar. En la valoración el personal de enfermería es capaz de confirmar o identificar problemas.

## **Bases Legales**

En la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA) se les concede el beneficio legal a los niños y adolescentes para brindarle una atención de salud:

Artículo 15: Derecho a la vida. “Todo niño y adolescente tienen derecho a la vida. El Estado debe garantizar este derecho mediante políticas públicas dirigidas a asegurar la sobrevivencia y el desarrollo integral de todos los niños y adolescentes”. (p. 33)

Artículo 32: Derecho a la integridad personal. “Todos los niños y adolescentes tienen derecho a la integridad personal” (p. 26), por tanto, el Estado, la familia y la sociedad deben protegerlos contra cualquier cosa que afecten su integridad personal.

Artículo 41: Derecho a la salud. “Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental” (p. 37). Asimismo, tienen derecho a servicios de salud de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones de salud.

## **Sistema de Variables**

Variable 1: Comunicación familiar.

Definición conceptual: Es un proceso de intercambio de información, opiniones y sentimientos expresado en la familia de forma verbal y no verbal.

Definición operacional: Es el modo en que los miembros de una familia intercambian información con el adolescente referidas a los tipos y barreras que se presentan en la comunicación

#### Variable 2: Intento de suicidio

Definición conceptual: Son todos los actos de autodestrucción efectuados por el adolescente con la intención de autodestruirse pero que no determina la muerte.

Definición operacional: Es cuando el adolescente atenta contra su propia vida sin cumplir con el objetivo, conjugando los diferentes medios con los diferentes métodos que lo pueden conllevar a la muerte.

## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

El capítulo describe el diseño metodológico de la investigación y, a la vez especifica tipo y diseño de la investigación, población, muestra, método y técnica de recolección de datos, validación, confiabilidad del instrumento, técnica y análisis de datos.

#### **Tipo de Investigación**

Al considerar el problema y los objetivos planteados en el estudio, se realizó una investigación descriptiva. Es descriptiva porque describe las características que identifican cada elemento y sus componentes. Además, permite el registro e interpretación de los datos obtenidos, dando respuesta a la problemática planteada: cómo es la comunicación familiar en jóvenes de 15 a 20 años con intento de suicidio que ingresaron al hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá de Cumaná (HUAPA) Estado Sucre, durante el segundo semestre del año 2003. Al respecto Pineda, E., Alvarado, E y Canales, F. (1996), refieren que la investigación descriptiva es:

Aquella que está dirigida a determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que deberán estudiarse en una población; la presencia, ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quiénes, dónde y cuándo está presentando determinado fenómeno (p. 172).

## **Diseño de la Investigación**

Es de campo porque permite al investigador verificar las condiciones fácticas, para su revisión y modificación. Herrera, E. (1992) considera: “un diseño de campo es aquella parte de un estudio o investigación que se realiza en contacto directo con la comunidad, grupo o persona que son motivo de estudio” (p. 86). Por otra parte al considerar el período y la ocurrencia de estudio es transversal. Pineda E, Alvarado E, y Canales F. (1996) señalan: “una investigación es transversal cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo (p. 81).

## **Área de Estudio**

El área de estudio es el Servicio de Emergencia del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá (HUAPA), donde se atiende al enfermo con intento de suicidio.

## **Población y Muestra**

Fayad, C (s/f) citado por Betancourt, L., Jiménez, C., y López, G. (2001), define la población como: “la totalidad de individuos o elementos en los cuales pueden presentarse determinadas características susceptibles de ser estudiada” (p. 180). El universo poblacional de la investigación estuvo conformado por los adolescentes que asistieron al hospital con intento de suicidio y sus familiares, en el segundo semestre

del 2003, haciendo un total de 60 personas (30 adolescentes y 30 familias).

Debido a que el tamaño de la población es pequeña, todos sus integrantes son accesibles para aplicar el instrumento, por lo tanto se decidió no aplicar ningún procedimiento de muestreo; es decir, se aplicó el principio de muestra total, al respecto Seltiz, C. (1981), argumenta que: “cuando la amplitud de la población es inferior a noventa (90) sujetos, el investigador recogerá la información de la clase integrada en relación con el problema” (p. 84).

### **Método, Técnicas e Instrumentos utilizados para la Recolección de Datos**

De acuerdo a la investigación realizada se utilizaron varias técnicas para la recolección de datos y abordaje de la información requerida. Entre ellas se puede citar:

a) Observación directa:

Se llevó a cabo a través de visitas realizadas a las diferentes familias de los jóvenes con intento de suicidio, con la finalidad de conocer e indagar sobre la problemática a investigar.

Se revisaron además historias clínicas para determinar número de casos, sexo, edad de los adolescentes con intento de suicidio.

b) Encuestas estructuradas:

Para orientar la encuesta se elaboraron guías de entrevistas dirigidas a los adolescentes y padres objeto de estudio, la cual se estructuró sobre la base de los objetivos de la presente investigación conformadas por ítems de más de tres alternativas relativas a los elementos inmersos en el tema de estudio.

### **Validación y Confiabilidad del Instrumento**

Para validar el instrumento de medición elaborado, fue necesario someter su contenido a juicio de expertos con el objeto de obtener opiniones relacionadas con la claridad del contenido, redacción y congruencia de los ítems con los indicadores. Fue validado por expertos en Metodología, Salud Mental y Psiquiatría.

La confiabilidad se determinó por la aplicación de una prueba piloto en el área de psiquiatría del Hospital Antonio Patricio de Alcalá de la ciudad de Cumaná del Estado Sucre.

## **Técnicas y Análisis de Datos**

Se seleccionó el análisis descriptivo porque permitió determinar la comunicación familiar y el intento de suicidio en adolescentes que ingresaron al HUAPA en el 2do semestre del año 2003, así mismo, dar respuestas en base a los resultados numéricos emitidos en el manejo del mismo. En tal sentido se hizo una representación porcentual de los resultados obtenidos, los cuales se analizaron, lo que permitió rápidamente inferir sobre las características de la situación estudiada para emitir luego las conclusiones generales. Los resultados obtenidos se presentaron en cuadros de frecuencia absoluta y porcentual, éstos se elaboraron de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación.



## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Conclusiones**

Después del análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través del instrumento aplicado y atendiendo a las variables estudiadas inmersas en los objetivos propuestos, se llegó a las siguientes conclusiones:

Se identificó que la comunicación verbal que utilizan los familiares de los jóvenes con intento de suicidio que ingresaron al SAHUAPA en un 50% es con palabras groseras, y con humor, asimismo un 56,67% utiliza los gestos para comunicarse no verbalmente.

Se identificó que existen barreras comunicacionales que intervienen en el entorno familiar de los jóvenes con intento de suicidio tales como apatía, irrespeto, ofensas y subestimación en un 26,67%, las cuales perturban la comunicación y originan conflictos familiares.

Se determinó que el adolescente asume una conducta agresiva en su hogar, porque recibe un maltrato físico y verbal muy duro en su gran mayoría (33,33%).

El método de uso de raticida para el intento de suicidio obtuvo el porcentaje más alto (83,33%), en contraposición con el lanzamiento al vacío (3,33%).

## **Recomendaciones**

Debido a que los intentos de suicidio son una de las más severas alteraciones de la conducta en el adolescente y tomando como base los resultados obtenidos en el presente estudio se proponen las siguientes recomendaciones:

- Como tema de interés para la comunidad, dar continuidad a este trabajo de investigación que servirá como base de referencia para futuras investigaciones, tomando en cuenta otros aspectos sobre el tema en estudio.
- La muestra seleccionada para realizar la investigación fue representativa, ya que permitió profundizar en el análisis de las variables, asimismo, hacer generalizaciones válidas de la población estudiada, por tanto, se recomienda que se utilice el mismo número de la muestra para investigaciones futuras, sobre el mismo tema.
- El instrumento utilizado en este estudio arrojó resultados satisfactorios porque permitió constatar la confiabilidad y validez de las mediciones y datos que representa la realidad de las variables en estudio; por lo tanto,

su aplicación se hace factible en investigaciones de la misma naturaleza.

- Motivar a otras personas para que realicen estudios proyectivos y comparativos en otras instituciones de salud dependientes del Estado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J. (1998) Manual de Psicopatología del Adolescente. Editorial Masson. Barcelona-España.
- Aldana, I. (1997). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edit. Masson, Barcelona.
- Betancour, L; Jiménez, C y López Torres G. (2001). Investigación Aplicada al Área de Enfermería. Universidad Central de Venezuela - Facultad de Medicina – Escuela Experimental de Enfermería. Caracas – Venezuela.
- Binger, Charles M. y Malinak, D. (1991) Muerte y duelo. Extraído de Goldman, Harold. Psiquiatría general. Editorial el Manual “Moderno, México.
- Campos A y Sepúlveda, R. (2003). Factores de riesgo en población de 10 a 19 años con intento de suicidio por sustancias tóxicas. Hospital Antonio Patricio de Alcalá. Tesis de grado UDO-Anzóategui.
- Castañeda Chang A. (2001). Características Psicosociales del Adolescente Parasuicida. Instituto de Salud del Niño. Lima -Perú.
- Castro, R. (2000). El Suicidio en el adolescente, factores epidemiológicos. Archivos Venezolanos de Psiquiatría.
- Córdova, F. (1998) Proceso de comunicación y su influencia en las relaciones interpersonales. Tesis de grado Universidad de Oriente. Núcleo de Sucre.
- Díaz, C. (200). El arte del bien morir. Sobre cómo ayudar a otros a bien morir.
- Farberow, L. (1995). Estudio sobre el suicidio y su prevención. Vol 15. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México.

- Fergusson, D y Lynskey M, (1995). Circunstancias en la infancia, ajustes de la adolescencia e intento de suicidio. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Fontaine, K. (1995). Enfermería Psiquiátrica. Interamericana Mc Graw-Hill. México.
- Fundación Creando Vida (1997). Comunicación Familiar. Programa de Prevención Juvenil.
- Henne L. (1998). Psicología del Adolescente. Editorial Crítico S.A. Barcelona.
- Henderson, V. (1990). La Naturaleza de la Enfermería. Editorial Interamericana. México.
- Hernández I, Martínez O, Vásquez J, Díaz B (2002) Intento de suicidio en Adolescentes. Hospital Infantil de Sonora. México.
- Herrera, E. (1992). Metodología de la Investigación. FUNDAIDIP Maturín Estado Monagas.
- Hoekelman R y otros (1998). Comportamiento suicida en adolescentes. Harcourt Brace. Madrid.
- Ladame, F. (1999) Tentativas del Suicida Adolescente. Vol 1. Masson. París.
- Marcinella I, Cecerealli, L, Camparelli A, Lizardo y Talarelli (1999). Estudio del entorno psicosocial y familiar de pacientes con intento de autólisis secundarios a trastornos depresivos que acuden a la Emergencia Hospitalaria. Trabajo presentado en XI Congreso Venezolano de Medicina Interna. Caracas.
- Melinkoff, R (1996). Procesos Administrativos. Mc Graw-Hill. México

- Miller J, Leddy M, Leavett L (2000). Estrategias para mejorar la comunicación. Waisman Universidad de Wisconsin USA.
- Narváez, M. ((2001) Aprendiendo y creciendo juntos. Volumen 3. Universidad Javeriana.
- OCEI (2001) Boletín Informativo- Caracas
- Olmeda, M. et al (2001). Rasgos de personalidad en duelo complicado. Trabajo presentado en el III congreso virtual de psiquiatría. 06 de febrero.
- OMS (1992) Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. 10 revisión. Edit. Meditor, Madrid.
- OMS-OPS (2001) Trastornos mentales del adolescente. Informe Ministerial.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1992). Desarrollo humano. 4ta edic. Edit. MacGraw-Hill, Colombia.
- Pineda, E, Alvarado E y Canales F. (1996) Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. Serie PALTEX.
- República de Venezuela (1998) Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente. Eduven-Caracas
- Rober, L (1998). El adolescente con problema. Manual de Enfermería Psiquiátrica. Editorial Inter. Médica. Buenos Aires.
- Saldaña,C. (2001) Detección y prevención en el aula de los problemas del Adolescente. Ediciones Pirámide. Madrid-España

Satir, V. (1995). Relaciones Interpersonales en el Núcleo Familiar.  
Editorial Concepto, S.A. México.

Seltiz, C. (1981). Métodos de Investigación. Ediciones Rallp S.A.  
Madrid.

## **ANEXO**



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Estimado amigo (a):

La siguiente entrevista con una guía tiene como finalidad, realizar una investigación sobre la comunicación familiar en jóvenes de 15 a 20 años con intento de suicidio que ingresaron al SAHUAPA de Cumaná en el segundo semestre del año 2003; la cual servirá de base para la elaboración de una tesis de grado, requisito indispensable para optar al título de Licenciada en Enfermería.

Agradecemos su colaboración al responder las preguntas de la manera mas objetiva posible, consciente de que usted como conocedor de la situación que se investiga está en capacidad de suministrar la información requerida.

Su nombre no será revelado, pues esta encuesta tiene carácter confidencial.

Atentamente,

Adela Barreto  
CI: 4.690.366

Aricela Rodríguez  
CI: 4.684.367

Yusmelys Rojas  
CI: 4.691.823

## Instrucciones

- 1- Por favor, lea cuidadosamente la (s) pregunta (s) antes de contestar.
- 2- Marque con una “x” la (s) alternativa (s) que más se adapte (n) a su situación.
- 3- Se agradece su amabilidad para contestar todas las preguntas.
- 4- Esta entrevista es personal, en consecuencia no debe ser firmado.

GUIA PARA LA ENTREVISTA  
CAMUNICACION FAMILIAR

1.- ¿El vocabulario que utilizas con el adolescente es?

Grosero: \_\_\_\_\_

Complicado: \_\_\_\_\_

Claro: \_\_\_\_\_

Sencillo: \_\_\_\_\_

2.- ¿Al comunicarte con el adolescente tu tono de voz es?

Suave: \_\_\_\_\_

Acentuado: \_\_\_\_\_

Alto: \_\_\_\_\_

Débil: \_\_\_\_\_

3.- ¿Al comunicarte con el adolescente los haces con?

Alegría: \_\_\_\_\_

Tranquilidad: \_\_\_\_\_

Irritabilidad: \_\_\_\_\_

Aspereza: \_\_\_\_\_

4.- ¿Al expresar tus ideas con el adolescente, lo haces con?

Franqueza: \_\_\_\_\_

Espontaneidad:\_\_\_\_\_

Mentiras: \_\_\_\_\_

Hipocresía: \_\_\_\_\_

5.- ¿Al relacionarte con el adolescente lo haces con?

Caricias: \_\_\_\_\_

Abrazos: \_\_\_\_\_

Acercamiento: \_\_\_\_\_

Distancia: \_\_\_\_\_

6.- ¿La posición que adoptas al dirigirte al adolescente es de?

Indiferencia: \_\_\_\_\_

Cara a cara: \_\_\_\_\_

Distante: \_\_\_\_\_

Espalda: \_\_\_\_\_

7.- ¿Los gestos utilizados al comunicarte con el adolescente son de?

Muecas: \_\_\_\_\_

Arrumacos: \_\_\_\_\_

Señas: \_\_\_\_\_

Movimientos  
de brazos: \_\_\_\_\_

8.- ¿Los principios que rigen la comunicación familiar con el adolescente son de

Respeto: \_\_\_\_\_

Irrespeto: \_\_\_\_\_

Intolerancia: \_\_\_\_\_

Reconocimiento: \_\_\_\_\_

9.- ¿Las decisiones expresadas por el adolescente, las tomas en cuenta con?

Interés: \_\_\_\_\_

Apatía: \_\_\_\_\_

Frialdad: \_\_\_\_\_

Incredulidad: \_\_\_\_\_

10.- En el hogar, al adolescente lo tratas con:

Prepotencia \_\_\_\_\_

Sub-estimación \_\_\_\_\_

Dominio \_\_\_\_\_

Subordinación \_\_\_\_\_

11.- ¿ El lenguaje que utilizas con el adolescente es?

Irónico \_\_\_\_\_

Burlón \_\_\_\_\_

Insolente \_\_\_\_\_

Comprensivo \_\_\_\_\_

12.- ¿En comunicación con el adolescente usted percibe?

Modificación de conducta \_\_\_\_\_

Cambio en los estudios \_\_\_\_\_

Cambio de animo \_\_\_\_\_

Nuevos amigos \_\_\_\_\_

13 - ¿En comunicación con el grupo familiar usted expresa sentimientos?

Afectivo \_\_\_\_\_

Tierno \_\_\_\_\_

Amargura \_\_\_\_\_

Ofensivos \_\_\_\_\_

## INTENTO DE SUICIDIO

14.- ¿Al comunicarte con tu familia lo haces con?

Claridad \_\_\_\_\_

Gestos \_\_\_\_\_

Vocabulario sencillo \_\_\_\_\_

Mal humor \_\_\_\_\_

15.- ¿Al dirigirte a tu familia lo haces de forma?

Agresiva \_\_\_\_\_

Violenta \_\_\_\_\_

Pacífica \_\_\_\_\_

Provocadora \_\_\_\_\_

16.- ¿Al discutir con tu familia te golpea con?

Correa \_\_\_\_\_

Cachetadas \_\_\_\_\_

Palos \_\_\_\_\_

Cables \_\_\_\_\_

17.- ¿Al discutir con tu familia recibes?

Ofensas \_\_\_\_\_

Humillaciones \_\_\_\_\_

Groserías \_\_\_\_\_

Deshonra \_\_\_\_\_

18- ¿En tu familia existen reglas que debes obedecer?

Horario de llegada \_\_\_\_\_

Elección de amigos \_\_\_\_\_

Vestuario \_\_\_\_\_

Asistencia a clases \_\_\_\_\_

19 - ¿La conducta asumida al alcanzar la adolescencia fue de:

Independencia \_\_\_\_\_

Libre elección de amistad \_\_\_\_\_

Inclinación a juegos \_\_\_\_\_

Afinidad por la música \_\_\_\_\_

20 - ¿Al pensar en tu vida futura sientes?

Inseguridad \_\_\_\_\_

Seguridad \_\_\_\_\_

Inestabilidad \_\_\_\_\_

Estabilidad \_\_\_\_\_

21 - ¿Durante tu adolescencia has presentado?

Estado de agitación \_\_\_\_\_

Inquietud \_\_\_\_\_

Cambio de ánimo \_\_\_\_\_

Impaciencia \_\_\_\_\_



22 - ¿Durante la adolescencia has presentado?

Decaimiento \_\_\_\_\_

Agotamiento \_\_\_\_\_

Melancolía \_\_\_\_\_

Llanto fácil \_\_\_\_\_

23 - ¿De tus familiares, quienes han padecido enfermedades mentales?

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

24 - ¿Qué enfermedades mentales han padecido tus familiares?

Desajuste emocionales transitorios \_\_\_\_\_

Depresión \_\_\_\_\_

Esquizofrenia \_\_\_\_\_

Estado de ansiedad \_\_\_\_\_

25.- ¿Qué métodos utilizaste para intentar quitarte la vida?

Raticida \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_

Cloro \_\_\_\_\_

Salto de lugares elevados \_\_\_\_\_