

11226  
26



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**"ESTUDIO COMPARATIVO DEL AMBIENTE FAMILIAR EN  
ADOLESCENTES CON IDEACION SUICIDA Y SIN IDEACION SUICIDA  
EN UNA POBLACION REPRESENTATIVA DE ENSEÑANZA MEDIA  
BASICA DEL D. F."**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO  
EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A:**

***DRA. MARIA TERESA GONZALEZ GUTIERREZ***

**ASESOR:**

**DR. BERNARDO A. TORRES SALAZAR  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN:  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28  
"GABRIEL MANCERA"**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**MEXICO, D. F.**

**2003**



**IMSS**

**TRABAJO  
FALLA DE ORIGEN**

**1**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

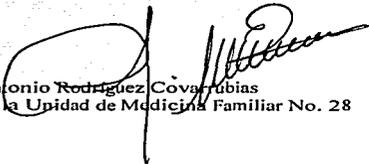
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

**AUTORIZACIONES**

  
Dr. José Antonio Rodríguez Covarrubias  
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28



**IMSS**

**DIRECCION  
CLINICA 28**





**IMSS  
SECRETARIA DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
CLINICA 28**

  
REGISTRACION  
GRADO  
MEDICINA  
U.N.A.M.

Dr. Bernardo Augusto Torres Salazar  
Coordinador clínico de educación e investigación en salud.  
Titular de la residencia de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 28  
"Gabriel Mancera"

**BIBLIOTECA I.M.S.S. U.A.F. 28**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ASESORES DE TESIS**



Dr. Bernardo Augusto Torres Salazar

Coordinador clínico de educación e investigación en salud.

Titular de la residencia de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 28  
"Gabriel Mancera"

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**DEDICATORIA:**



CON AGRADECIMIENTO AL ADOLESCENTE QUE  
CONFÍO EN ESTE ESTUDIO, ME DIO EL  
PRIVILEGIO DE APRENDER DE SUS TEMORES E  
INQUIETUDES, ELEVÓ EL DESEO EN MÍ DE SER  
MEJOR Y SERLE ÚTIL Y ME RECORDÓ LO  
AFORTUNADA QUE SOY POR CONTAR CON MI  
FAMILIA, ATESORANDO MI PROPIA  
ADOLESCENCIA, Y LA HERMOSA POSIBILIDAD  
DEL FUTURO.

TESIS CAL.  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

CAPITULO	PÁGINA
I INTRODUCCION.....	7
II MARCO TEORICO.....	10
III JUSTIFICACION.....	15
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
V OBJETIVOS.....	16
VI HIPOTESIS.....	16
VII MATERIAL Y METODOS.....	16
VIII RESULTADOS.....	22
LX DISCUSION.....	30
X CONCLUSIONES.....	32
XI BIBLIOGRAFIA.....	33
XII ANEXOS.....	34

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I. RESUMEN

**Objetivo:** Enfatizar, especialmente, las circunstancias que rodean a los adolescentes con ideación suicida y a sus familias, en los cuales el médico familiar, como médico de primer contacto puede contribuir a detectar oportunamente esta patología.

**Diseño:** Protocolo de encuesta comparativa.

**Material y métodos:** Se tomo una muestra por conveniencia de 75 adolescentes de enseñanza media básica de una escuela pública en el D.F. del mes de marzo al mes de junio del 2002, con una edad de los 12 a los 16 años de edad, se aplicó una encuesta dividida en los aspectos sociodemográficos, escala de Beck y escala de evaluación familiar, la cual se aplica a los rubros de hostilidad y rechazo (cohesión), comunicación y apoyo familiar, analizándose con estadística descriptiva y la prueba de chi cuadrada para la independencia.

**Resultados:** Se obtuvo tres grupos, catalogados por la escala de Beck, 7 (9.3%) adolescentes con ideación suicida grave, 20 (26.6%) adolescentes con ideación suicida de leve a moderada y 48 (68%) adolescentes sin ideación suicida, se obtuvo una  $p > 4.6$  para la evaluación del ambiente familiar, mostrando una relación entre los rubros de hostilidad y rechazo (cohesión), comunicación y apoyo y aquellos adolescentes que mostraron ideación suicida. Los adolescentes de este estudio pertenecieron a familias principalmente nucleares, urbanas, integradas con un alto porcentaje de adicciones (70%), observándose en primer lugar al tabaquismo, seguido del alcoholismo y drogadicción, en donde mas de un integrante de la familia era adicto a las tres, haciéndose notar al padre como la principal figura adicta al tabaquismo y al alcoholismo, seguido del propio adolescente. Las drogas mencionadas de consumo más frecuente eran la marihuana, anfetaminas y cocaína.

Los intentos de suicidio previos arrojaron que para 1 intento 15 adolescentes (20%) de la población estudiada ya lo habían efectuado alguna vez en su vida y otros 15 adolescentes (entre ellos los 7 adolescentes con ideación suicida activa severa ) ya lo habían realizado dos o mas veces en su vida.

No se encontró relación con antecedentes de intención suicida en la familia, aunque algunas bibliografías apoyan el hecho de un componente "genético" de dicha conducta.

**Conclusiones:** Los conflictos en la familia son un antecedente importante y frecuente en los adolescentes que intentan suicidarse, la desorganización familiar, el ambiente familiar, constituye el factor de riesgo más importante para el acto suicida. Como la aportación principal de este estudio se observa al adolescente de 14 años, segundo lugar de nacimiento de entre los hermanos, con alteraciones en los rubros de comunicación principalmente, como el adolescente que tiene un riesgo mayor de ideación suicida y por consiguiente el intento del mismo. El médico familiar ofrece un encuentro clínico que debe consistir en ayudar en la transición del adolescentes, a que la familia se prepare para asumir las funciones y tareas típicas de la etapa siguiente, la consulta médica ofrece una oportunidad única para que el profesional actúe como agente de salud, anticipando el desarrollo de crisis y ayudando a la familia a renegociar sus relaciones y que insista en el compromiso familiar y del adolescente para que exista un real proceso de cambio en la familia bajo la vigilancia de los rubros de cohesión, apoyo y comunicación familiar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## II. INTRODUCCION

### EPIDEMIOLOGIA INTERNACIONAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los últimos 45 años las tasas anuales de suicidios pasaron a ser de 10.1 a 16 por cada cien mil habitantes, lo que hizo que los índices se elevaran en un 60 por ciento en los últimos 45 años. Los países más afectados son los del este de Europa, cuyas tasas de suicidio (por cien mil habitantes) se registran como: Lituania con 41.9, Estonia con 40.1, y Rusia con 37.6. China acumula el 20% del total de suicidios a nivel mundial. Le siguen: Estados Unidos y Canadá con 8 a 16 (tasa por cien mil habitantes), y América central y del sur con una tasa de menos de 8. La OMS estima que el suicidio es una enfermedad y, desde este punto de vista representó el 1.8 % del total de las muertes por enfermedad para 1998<sup>1</sup>. Los jóvenes se han convertido en el grupo con más alto riesgo para suicidarse para el 2001 las tasas de suicidio de entre las edades de 5 a 14 años a nivel mundial por cien mil habitantes es para las mujeres de 0.5, para los hombres de 0.9, de la edad de los 15 a los 24 años la tasa de suicidios por cien mil habitantes es de 14.2 para los hombres y del 12 para las mujeres<sup>2</sup>, en los Estados Unidos de América del Norte, constituye la segunda causa de muerte a esta edad; en Japón el aumento de suicidios en las escuelas de estudios superiores se a relacionado con las presiones de los adultos para que los adolescentes ocupen los primeros lugares escolares. Era común que los intentos y suicidios consumados ocurrieran con mayor frecuencia desde el mes de diciembre hasta el inicio de la primavera; en la última década se han presentado prácticamente a lo largo de todo el año.<sup>3</sup>

### EPIDEMIOLOGIA NACIONAL

El suicidio es un problema creciente en México que principalmente afectaba a los hombres de edad avanzada, sin embargo desde 1976 es un fenómeno que afecta también a la población infantil y escolar; es decir, sujetos de 0 a 14 años. Según la OMS las tasas para el número de muertes por edad y genero en cuanto a suicidio fue: de los 5 a los 14 años para las mujeres de 10.3 (por cien mil habitantes), para los hombres de 0.5, en total de 0.4, de la edad de los 15 a los 24 años para los hombres fue de 17.6 y para las mujeres de 11.2, en total de 5. El Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI), a través del Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos y del Folleto de las Estadísticas de los Intentos de Suicidio y de Suicidio Consumado, informa que en México en 1994 ocurrieron 2 215 suicidios siendo 1 848 (83.4%) en hombres y 367 (16.6%) en mujeres. De estos solo en el Distrito Federal 10 (0.45%) fueron consumados por jóvenes menores de 15 años y 47 (2.12%) por personas entre los 15 y los 19 años. Con relación a los intentos de suicidio, en 1994 se registraron (por mediación del Ministerio público) 153 en todo el país, siendo 81 (52.9%) en hombres y 72 (47.1%) en mujeres. Para 1995 ocurrieron 2 428 suicidios siendo 1 999 (82.3%) en hombres y 429 (17.7%) en mujeres. De estos solo en el Distrito Federal 19 (0.78%) fueron consumados por jóvenes menores de 15 años y 52 (2.14%) por sujetos entre los 15 y los 19 años. Con relación a los intentos de suicidios para ese mismo año no hay datos de intentos de suicidios ocurridos para el Distrito Federal. Los datos estadísticos obtenidos en hospitales pediátricos muestran un incremento progresivo del 25% durante la última década en cuanto a intentos suicidas<sup>3</sup>. La distribución del suicidio, por otro lado, no es homogénea para todo el país. En 1994 los

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

estados de Tlaxcala y el Distrito federal registraron las tasas más bajas, de 1.17 y 1.19 por 100 mil habitantes respectivamente, mientras que la tasa más alta se reporto en Tabasco con 9.74 en Campeche con 7.78 por 100 000 habitantes respectivamente. Por sexo estos estados mantienen el mismo orden en la República. El sureste del país, formado por los estados de Campeche, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán, es el que presenta tasas más elevadas. Por otro lado, también se encuentran tasas elevadas en los estados de Colima, Tamaulipas y Chihuahua. La zona centro formada por los estados de Tlaxcala, Distrito federal, Hidalgo, Querétaro y Puebla, es la de menor incidencia. La excepción a este conglomerado es el Distrito Federal, que tienen una tasa por encima del promedio nacional. Con respecto a los mecanismos específicos señalados en el certificado de defunción, aunque para ambos sexos estos son los mismos - mortalidad por sustancias sólidas o líquidas, ahorcamiento, estrangulación y sofocación por ultimo por arma de fuego y explosivos- hay importancia relativa según el sexo. Si bien es cierto que la comparación de la tasa de suicidio de México con la de algunos países latinoamericanos y de otras regiones del mundo, revela que México presenta algunas de las tasas más bajas de suicidio, ya sea en el continente americano o con otros países de Europa, son pocos los problemas de salud publica que han aumentado con tanta constancia<sup>4</sup>.

#### ESTUDIOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN MÉXICO

Se realizó un análisis sobre las investigaciones y artículos que se han publicado en nuestro país en las tres ultimas décadas (1966-1994) acerca de las conductas suicidas, este trata principalmente de los suicidios consumados en toda la Republica Mexicana, utilizando información de las estadísticas vitales, al parecer donde mas se a trabajado sobre el tema es en Guadalajara y en el Distrito Federal.

Dentro de los estudios epidemiológicos se menciona a Cabildo y Elorriaga, quienes en 1966 analizaron el suicidio de 1954 a 1963, e informaron que la tendencia suicida en los hombres es casi del doble que en las mujeres. De cada 5 intentos de suicidio en el hombre , 4 lo logran mientras que en las mujeres , el suicidio falla 2 de cada 3 veces, indican que la tendencia suicida es cada vez más alta entre las personas jóvenes (de los 15 a los 30 años) y disminuye a medida que avanza la edad, aumenta en el grupo de los 20 a los 24 años , y después desciende hasta llegar a los 49 años , para aumentar discretamente entre los 50 y 59 años, y volver a descender en forma discreta después de los sesenta años. En 1972, Elorriaga hizo una recopilación de datos de la década de los sesenta. Señalando que los estados que presentaron una mayor proporción de suicidios al principio de la década fueron: Chihuahua, Distrito Federal, Veracruz. Al final de la década el Distrito Federal pasó primer lugar, Chihuahua al segundo y Veracruz al tercero. De dicho estudio se desprende que la tentativa de suicidio en esta década aumentó el 30.5% (3% anualmente). Los disgustos familiares ocuparon el primer lugar como principal motivación para intentar suicidarse, sin embargo hay otras causas determinantes para el intento de suicidio: las enfermedades incurables, los problemas en el amor, enajenación mental, intoxicación con alcohol. En 1986 Terroba G. y cols. Realizaron un estudio entre tres poblaciones de jóvenes de los 15 a los 24 años de edad con intento de suicidio de donde se registró que el 28.39% ya había intentado suicidarse antes, 29.62 % lo había intentado dos o mas veces; el 90% presentó ansiedad intensa; 60.49% presentó síntomas de depresión, y el 20.98% tuvo depresión intensa. En 1994 Borges G. y cols. Plantearon que para 1991, la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 a 2.55 (por 100 mil habitantes): aumento un 125%. En los hombres se incrementó un 170% y en las mujeres un 70% Las tasas más elevadas fueron en la población mayor de 65 años, y se observó que en la población joven este problema va en

TESIS COL.  
FALLA DE ... EN

aumento. Para este mismo año, Medina y cols. Analizaron la ideación suicida de una población de jóvenes de entre 13 y 19 años de edad obteniendo que el 47% presentara por lo menos un síntoma de ideación suicida un año antes. La ideación suicida fue ligeramente mayor en las mujeres. Los usuarios de drogas presentaron mas pensamientos suicidas. Dentro de los estudios no epidemiológicos o de revisión se menciona a Díaz de Guante y Molina quienes en 1994 plantearon algunas propuestas para enfocar el problema del suicidio desde una perspectiva neuropsicologica. Opinan que las personas con tendencias suicidas son diferentes en cuanto a que experimentan intensamente soledad. En los Estados Unidos tienen actualmente marcadores biológicos para predecir las ideas suicidas, uno de estos marcadores es la Prueba de Supresión de la Dexametasona (PSD), que es un predictor biológico de la depresión. Las personas depresivas manifiestan perturbaciones en la síntesis de ciertos transmisores, por ejemplo, los suicidas tienen la serotonina notablemente disminuida y se caracterizan por una baja producción de noradrenalina. Estos mismos autores publicaron un resumen de la teoría cognoscitiva del suicidio y revisaron el estado actual de la conducta suicida, así como los medios utilizados. Presentan fragmentos de la tesis de Sugiyama (1984), en la cual se establece que hay tres causas de suicidio dependiendo de las motivaciones subyacentes. Esta son: 1) La necesidad de comunicarse, esto es que las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación bloqueado. En estas causas de suicidio entran dos factores culturales : a) La frustración comunicacional al se asocia en la desconfianza de la palabra empeñada y con la ineffectividad de la comunicación verbal; y b) el sentimiento de culpa , causado por una comprensión empática del sufrimiento de otra persona es magnificado por una forma extrema de masoquismo: el suicidio. 2) La cohesión social. El suicidio se relaciona con el valor de pertenencia especialmente con las relaciones interpersonales de aprecio, lealtad, amor eterno o amistad verdadera. El suicidio cohesivo es aquél en el que alguien se suicida porque no hay armonía en sus relaciones interpersonales o porque vive en soledad. Esto sucede especialmente en los ancianos. 3) El mantenimiento del status. También se denomina "el papel narcisista". Esto es, la intensa identificación del Yo con el yo ocupacional profesional u ocupacional. El rol narcisista impulsa al suicidio cuando se comete un grave error en el desempeño del rol asumido por uno mismo o por otro que es el responsable. Las tres causas del suicidio son mutuamente excluyentes. Sin embargo el suicidio puede ser provocado por la participación de las tres causas. En 1985, Martínez y Saltijeral llevaron a cabo una revisión bibliográfica acerca del intento de suicidio en niños, pero no encontraron datos en nuestro país , por lo que publicaron un artículo con los datos y las teorías de otros países . Mencionan que las conductas autodestructivas en los niños pueden deberse a las tensiones familiares causadas por un divorcio, separación o muerte de alguno de los padres; también puede influir el maltrato extremo y el abuso sexual. Los niños parasuicidas presentan más problemas de índole psiquiátrico en comparación con los niños que no son parasuicidas. En el método que utilizan los niños es muy importante la experiencia individual, así como la identificación y el momento en que intentan suicidarse. Los niños que han intentado suicidarse perciben la muerte, paradójicamente como la satisfacción de una serie de necesidades y la idealizan sin sentir temor. Se aprecia que el estudio de la conducta suicida en su mayoría son de tipo epidemiológico corroborándose que el suicidio consumado afecta principalmente a los hombres, mientras que en las mujeres es más frecuente el intento suicida, al parecer las mujeres se suicidan por problemas familiares, económicos y afectivos, mientras que los hombres se suicidan por enfermedades mentales a incurables y por el consumo de alcohol. Estos datos se obtuvieron de las estadísticas vitales. Los estudios que se han hecho en el Distrito Federal

abarcan desde la ideación suicida , el suicidio consumado y el intento de suicidio, proviniendo la información de los servicios de urgencias o de los expedientes de los hospitales , las técnicas de investigación han sido diversas y los escenarios diferentes: escuelas, hospitales, servicios médicos forenses, el rango de edad que más se a estudiado es aproximadamente de los 15 a 60 años, la mayoría de los estudios son sobre el suicidio consumado , menos sobre el intento de suicidio , y muy poco sobre la ideación suicida<sup>5</sup>.

## II. MARCO TEORICO

### I. LA FAMILIA COMO GENERADOR DE CONDUCTA SUCIDA EN EL ADOLESCENTE

En los últimos años se ha enfatizado la importancia de una perspectiva biopsicosocial sistémica en la práctica médica, y especialmente en la atención primaria de salud. Diversas investigaciones muestran relaciones existentes entre estrés y enfermedad señalan tanto la importancia de la familia en la génesis del estrés, como su función de estructura de apoyo con el consiguiente impacto en el curso de una enfermedad y su tratamiento. Esto es importante para los profesionales que atienden adolescentes, dado que los jóvenes son parte integral de la familia y a la vez se encuentran embarcados en la lucha por la independencia de la misma. La adolescencia debe ser vista como un momento en la etapa evolutiva de la familia, una etapa de crisis y crecimiento tanto para el adolescente como para los padres y la familia como una unidad. La adolescencia es un periodo de transición especialmente crítico e intenso en el ciclo vital familiar, marcado por inestabilidad y desequilibrio tanto en cada uno de sus miembros como en toda la familia, ya que todos están sometidos a los impactos del crecimiento y desarrollo. La familia, y en especial los padres, constituyen el principal sistema de apoyo para el adolescente. La familia es el grupo primario en el que los individuos aprenden las normas básicas de comportamiento humano y las expectativas sociales. El grupo familiar proporciona apoyo emocional y protección a sus miembros y les permite su crecimiento y desarrollo. A pesar de sus intentos de distanciamiento y a veces agresiones, el joven necesita de la cercanía y disponibilidad afectiva de sus padres

Entre las correlaciones estadísticas claras existentes sobre las causas del aumento de las condiciones suicidas pueden citarse:

- Aumento en las tasas de desempleo
- Aumento en los problemas conyugales y en la inestabilidad de la familia.
- Mayor acceso y disponibilidad de armas de fuego
- Menor importancia de la religión y de los sistemas de valores que prohíben estas conductas
- Mayor incidencia del abuso infantil
- Aumento del uso de alcohol y de otras sustancias químicas.
- Quizá el hecho más significativo entre los anteriormente citados es la altísima correlación entre los hogares fragmentados, con ausencia de uno o ambos progenitores, y niños y adolescentes que se suicidan

La familia desempeña un papel importante en la generación de la conducta suicida. En ocasiones esta influencia es de naturaleza biológica; se sabe que en los menores suicidas hay antecedentes familiares hasta de un 25%. Otras veces deriva del stress producto de una dinámica familiar disfuncional. Los datos apuntan a que los menores suicidas no reciben suficiente cariño en sus familias y por eso carecen de fortaleza emocional ante situaciones estresantes. Esto puede ocurrir como resultado de una

crianza defectuosa de parte de los progenitores, de que estos sufran psicopatologías sería o de que el niño haya experimentado maltrato físico o abuso sexual. En las familias de los jóvenes suicidas se han encontrado una mayor persistencia de conflictos interpersonales graves, falta de cohesión, y bajo nivel de control de impulsos<sup>6</sup>.

## 2. IDEACIÓN SUICIDA

Se puede afirmar que la conducta suicida abarca, entre otras las siguientes vivencias y comportamientos: Las ideas de muerte, las cuales consisten en tener deseos de morir sin pensar en quitarse la vida La ideación suicida: en la que hay pensamientos relacionados con quitarse la vida o producirse daño voluntariamente, y muchos de sus síntomas son similares a los de la depresión<sup>7</sup>. El suicidio se ha tratado de explicar y aún de justificar desde muy distintos puntos de vista, unos de carácter ateo y otros de tipo religioso y hasta cristiano de los cuales se exponen los siguientes puntos de vista:

- a) Teoría del error: Para Jacques Monod, el famoso premio Nóbel el hombre es producto de un error cósmico. Vivir en el error, saberse uno mismo un error, es algo angustioso e insufrible. Por eso conviene terminar con el error destruyéndose uno a sí mismo. En la misma línea de pensamiento se mueve Albert Camus, cuando conforme a su opinión sobre el absurdo e insensatez de la existencia, escribe: "Suicidarse será confesar que la vida debiera tener un sentido, que se ha descubierto que no lo tiene y que por consiguiente se renuncia a ella."
- b) Teoría de los deseos: Para Freud y sus discípulos, en el hombre combaten con un determinismo evidente, dos tipos de pulsaciones instintivas: unas a favor de la vida que nacen del instinto de conservación, y otras a favor de la muerte, que nacen del instinto de autodestrucción. Cuando las segundas son más poderosas que las primeras, el suicidio es inevitable, y en cada suicidio puede percibirse la actuación convergente de tres pulsaciones negativas provocadas: por el deseo de morir, por el deseo de matar y por el deseo de matarse que a veces se comporta como un sucedáneo supletorio de aquéllos.
- c) Teoría del todo colectivo: Para quienes al margen de todo planteamiento religioso, el hombre se identifica con el cero y el partido con el infinito, como quería Arthur Koestler, o para quienes con una visión mas amplia, desde una consideración cuantitativa y no cualitativa, el valor del hombre se halla sólo en función del pueblo a que pertenece, el suicidio quedará justificado tan pronto como el hombre llegue a la convicción de que su vida es un cargo o un estorbo para el partido o para el pueblo.
- d) Teoría de la existencia sin esencia: Para aquellos que estimen la existencia como un paso circunstancial, el proceso de nadiación o retorno a la nada es deseable cuando la existencia, por cualquier motivo se hace insufrible. Todas las filosofías de la tristeza, como la de Schopenhauer, o de la pasión inútil como la de Sartre, sugieren el suicidio como solución.
- e) Teoría de la sustancia única: Arranca esta teoría del panteísmo, propio de algunas religiones orientales y, en especial del budismo y del jainismo, aquí es la esencia la que se proyecta como por irradiación o, si acaso, como protuberancia o desprendimiento en la existencia. El alma de cada hombre, por el suicidio, tal y como lo practicó Buda vuelve y se disuelve -como el trozo de hielo que flota en el agua- en el alma universal.

TESIS CON  
FALLA DE CONTEN

- f) Teoría de la inmortalidad: Esta teoría puede resumirse diciendo que reduce las postrimerías a dos, la muerte y la gloria, prescindiendo del juicio y del infierno.
- g) Teoría de la salvación: Se trata de un punto de vista cristiano pero herético, La sostuvieron y practicaron los donatistas partiendo de una interpretación restrictiva del "no mataras" que estimaban como mandamiento transitivo, que prohíbe tan solo matar a otros , y no intransitivo , que permite por ello, y en determinadas circunstancias , darse una muerte así mismo . Tales circunstancias concurren, según el criterio donatista cuando se realiza el suicidio obedeciendo al redentor que dijo: "El que odia su vida en este mundo, la conservara para la vida eterna", o cuando con caridad es decir por amor a dios, y con el deseo de gozar de su presencia, el suicida entrega su cuerpo a las llamas<sup>8</sup>.

Tipología del suicidio: Siguiendo la pauta de Emilio Durkheim podemos distinguir tres clases del suicidio:

- a) El suicidio egoísta: parte de la afirmación casi idolátrica de la persona y de su dignidad, como fin supremo. Esta exaltación de la personalidad se produce a costa de un alojamiento de la sociedad y de los grupos sociales y da origen a lo que se denomina individualización desintegradora. En tal caso si el hombre llega a perder la razón de seguir viviendo y se va encerrando, los grupos sociales no le atraen, sino que lo repelen, acude al suicidio como "exitus" y, además estimándolo como derecho.
- b) El suicidio altruista: Parte de un exceso de integración social. El peso específico de la existencia de cada uno gravita fuera de uno mismo, en la sociedad en términos generales, y en los grupos sociales a los que se pertenece. Aquí la individualización disminuye y la impersonalización aumenta, aceptándose las exigencias a veces duras, de la disciplina colectiva. Una de tales exigencias puede ser el suicidio, considerado no ya como un derecho, sino, por el contrario como un deber o como una determinación optativa, alentada sin embargo, por la tradición y la valoración pública estimativa y favorable. Este tipo de suicidio aparece en las sociedades que gozan de una gran cohesión en torno a sus jefes naturales.
- c) El suicidio anómico, constituye una variante que se produce por la incidencia en la persona de un desarrollo anómalo de la sociedad o del grupo social en el que el hombre se halla inmerso, esta anomalía perturbadora puede ser lo mismo una crisis económica que hunde el negocio, llevándolo a la ruina o a su creador a la miseria, que una crisis familiar, que destroza el matrimonio y conduce a la separación, los tránsitos violentos, cansancio depresivo. El suicidio realizado con energía violenta o con pasividad melancólica, sería un suicidio anómico<sup>9</sup>.

Farberow NL y Shneiman ES señalan que hay cuatro clases de muerte, la natural, la accidental, el homicidio y el suicidio. Este último se refiere al hecho de cometer actos dirigidos contra su propia vida. Aquí se incluyen también los intentos de suicidio y las actividades extremadamente peligrosas que ponen en riesgo la vida de la persona. El suicidio se puede dividir en tres categorías: suicidio consumado, intento suicida e ideación suicida, esta ultima a sido poco estudiada, pero es un importante predictor del intento suicida. Hay investigaciones que demuestran que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas o de alcohol. Se realizó un trabajo de investigación entre la población universitaria en dos generaciones de estudiantes que fueron admitidos en el ciclo escolar correspondiente, mediante la aplicación de un cuestionario que evaluó la ideación suicida mediante una escala diseñada por Roberts, los resultados de este trabajo permiten hacer

TESIS  
FALLA DE ...

algunas reflexiones en torno al tema de la ideación suicida . Contrario a lo señalado por Garrison y Cols. De que la ideación suicida se presenta con mayor frecuencia conforme aumenta la edad , en este análisis se observó que la prevalencia de todos los síntomas evaluados en los estudiantes universitarios es del 1.7%; mientras que en estudiantes de secundaria y bachillerato se encontró un 11 % aproximadamente y se mencionan a los factores de riesgo que se encuentran asociados como la autoestima, la percepción de apoyo familiar y el ambiente familiar para los adolescentes y se menciona la posibilidad de detectar oportunamente este trastorno<sup>10</sup>. Esta misma tendencia se observó en la persistencia de los síntomas de ideación suicida. Stengel postula que hay dos concepciones personales bajo las cuales intentar quitarse la vida parece ser la mejor alternativa; primera cuando el curso de los acontecimientos es tan obvio que no tiene caso esperar el desenlace. En estas circunstancias la realidad de la persona es llevada hasta el fatalismo. Aquí el suicidio generalmente tiene éxito. La segunda cuando todo aparece totalmente impredecible, de tal manera que la única cosa definida que puede hacer una persona es abandonar su realidad. En esta generalmente la decisión de la persona tiende a quedar a nivel de intento<sup>11</sup>.

### 3. ADOLESCENTES Y SUICIDIO

Entre los menores de edad el suicidio consumado es raro, pero el intento de quitarse la vida o agredirse físicamente no lo es tanto, a partir de la llegada de la pubertad. En un estudio de carácter exploratorio y comparativo de casos y controles publicado en 1999, hubo la selección de 26 adolescentes de entre los 13 y los 17 años de edad en donde se observó que los adolescentes con intento suicida según la aplicación del test de Lusher, son personas que continuamente se comprometen a hacer muchas cosas por la facilidad con que son estimulados, buscan tener el control de sus acciones sus decisiones y salirse con la suya contra cualquier oposición de los demás. Se sienten vacíos y aislados de lo demás, porque los ideales que se plantean en sus relaciones no han sido satisfechos (sus expectativas son altas); por los mismos se muestran recelosos de las personas y de las intenciones que tengan hacia ellos. También frecuentemente evitan la responsabilidad en sus acciones, se señala el aislamiento y el retraimiento como uno de los principales signos de riesgo de suicidio en los adolescentes. Dentro de este mismo estudio se observó en el grupo de los casos que el principal objetivo de estos es mostrar su independencia y autodeterminación por medios de conductas desafiantes y obstinadas, esto mismo es considerado como trastornos de conducta y explosiones de genio. El principal objetivo de los controles era conseguir el reconocimiento llenar el vacío que sienten y que los separa de los demás. Lo que genera más ansiedad a los adolescentes con intento suicida, en ellos su sentido de pertenencia a grupo es deficiente, son desconfiados y sus necesidades de atención, reconocimiento y estima no son "correctamente interpretados" por los otros. Con relación a las funciones yoicas se encontró primordialmente que el poder de los adolescentes que intentan suicidarse, para anticipar las consecuencias de sus actos fluctúan de una situación a otra, mientras que los sujetos controles tienen muy pocos errores en esta anticipación y además poseen la capacidad para anticipar la futura conducta de los demás (juicio). Los casos pueden negar ocasionalmente su realidad externa lo que no sucede con los controles. La irritabilidad la excitabilidad y la impulsividad de los casos, ya conocidas por otros, tienden a ser la respuesta a ciertas áreas de la vida, de los adolescentes problema, llenas de tensión y conflicto; mientras los controles tienen sus impulsos y conducta bien orientados, e excepción de situaciones donde la provocación es extrema y/o la tensión prolongada

TESIS CON  
FALTA DE  
EN

(regulación y control de los impulsos, afectos e instintos)<sup>12</sup>. Estudios realizados en estudiantes de enseñanza media del Distrito Federal revelaron que casi la mitad de ellos habían experimentado por lo menos un síntoma de ideación suicida en la semana previa a la encuesta. El intento de suicidio consiste en cualquier acto de auto perjuicio realizado con intenciones destructivas aunque éstas sean vagas o ambiguas. En la práctica los intentos de suicidio de observan casi siempre después de la pubertad, pero también hay casos de menores de diez años que como consecuencia de una relación familiar intolerable o de un estado depresivo intenso tratan de quitarse la vida, se agreden o por lo menos experimentan ideación suicida. Los niños mayores y los adolescentes tienden a visualizar el suicidio como una solución a sus problemas existenciales. Cálculos conservadores , provenientes de los Estados Unidos, señalan que entre los adolescentes aparentemente sanos , es decir, sin trastornos psicológicos y psiquiátricos relevantes ( ni siquiera aparente), existe una tasa de ideación suicida tan alta como del 9 al 18% y que de 1 a 1.5% pueden llegar realmente a intentar suicidarse . Entre los menores de edad, igual que en los adultos, las mujeres intentan quitarse la vida en una proporción aproximada de tres a uno a los varones, aunque estos en mayor medida lo consuman debido a que tienden a utilizar métodos potencialmente letales como las armas de fuego o arrojarse al vacío, a diferencia de las mujeres quienes prefieren ingerir sobredosis de medicamentos o cortarse las venas. Los factores desencadenantes de la conducta suicida abarcan tres áreas principales de conflictos: con la familia, con novios o amigos y con la escuela<sup>7</sup>.

#### 4. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Frente a una situación clínica o familiar problemática, el clínico deberá determinar su nivel de participación en base a la consideración de 1) severidad de la crisis, 2) la capacitación funcional de la familia, y 3) la utilización de red de apoyo social que rodea a la misma.

La evaluación del funcionamiento familiar incluye:

**Grado de cercanía (cohesión):** Se refiere al vínculo emocional entre los miembros de la familia. Dichos vínculos pueden ser mas o menos cercanos, dependiendo dela familia. Los extremos están representados por la situación de simbiosis y la de distanciamiento. Las familias que mantienen un alto grado de cercanía pueden tener más dificultades para aceptar los progresos de diferenciación adolescente (separación y partida de hogar). Por otra parte, las que son distantes no reaccionan debidamente al adolescente y tienen dificultades para poner límites.

**Adaptabilidad:** Se refiere a la capacidad de la familia de aplicar sus reglas o pautas de funcionamiento, roles y estructuras de poder en respuesta a situaciones de estrés. Las familias tienden a variar entre polos de flexibilidad y rigidez.

**Capacidad de solucionar problemas**

Consiste en la habilidad de identificar y solucionar problemas. Existen familias que evitan el enfrentamiento de los problemas o que tienden a culparse a sí mismos o a otros por la crisis (secuencias acusatorias). Asimismo, la dificultad de identificar o aceptar conflictos puede generar expresiones somáticas.

**Comunicación:** Esto incluye la capacidad de interactuar tanto a nivel afectivo como instrumental. La comunicación resulta más efectiva cuando más clara y directa<sup>13</sup>.

TESIS CON  
FALLA DE COPIEN

### 5. ESCALA DE BECK

En esta investigación se toma como base el campo de las estructuras mentales. Beck, Steer y Ranieri (1988) afirma que los suicidas tienen un estilo cognoscitivo peculiar, diferente del de los individuos normales y de los que tienen perturbaciones emocionales que no los orillan al suicidio. Como dijo Beck: "La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas, posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida, que han sido diagnosticados con otros trastornos sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria, y sus dimensiones representan diferentes patrones de pensamiento y de conducta pero que están interrelacionados". Originalmente el instrumento de ISB fue desarrollado para pacientes adultos, se ha demostrado que es útil para evaluar la ideación suicida en los pacientes psiquiátricos adolescentes porque el nivel de significancia de su ideación suicida se comparó con la tasa de los pacientes adultos, descrita por Beck y Steer (1991), y se encontró que el significado de los niveles de ideación suicida entre ambos era comparable. En otro estudio se encontró que la prevalencia de la ideación suicida es mayor en los adolescentes jóvenes que en los adolescentes mayores<sup>14</sup>.

### **III. JUSTIFICACION**

La mayor parte de la Republica Mexicana esta constituida por jóvenes, es por ello que la atención a los problemas de salud en este sector se hace más que necesaria. En la actualidad el suicidio es uno de los fenómenos que se representa en un alto porcentaje entre los jóvenes, el porcentaje por año de muertes por este problema se ha ido incrementando a partir de 1976. En 1992 el número de casos en el grupo de los 15 a los 24 años fue de 522, para 1995 la cifra aumentó a 958, esto nos sugiere que la ideación suicida surge en edades más tempranas. Se a observado que el principal factor de riesgo en los hombres es el ambiente familiar, y en las mujeres además del ambiente disfuncional familiar, el sentirse en desventaja con sus amigos, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicacion con la madre y el preferir aislarse en situaciones problemáticas<sup>15</sup>. Teniendo en consideración este panorama, se intenta abordar la problemática desde el punto de vista familiar, para delimitar asociaciones que ayuden a comprender el fenómeno y a identificar factores protectores y de riesgo. A partir de los resultados de diversas investigaciones con anterioridad citadas se a observado que debe considerarse necesario incursionar en la investigación aplicada para diseñar y evaluar programas preventivos de la conducta suicida en poblaciones tradicionalmente no consideradas de alto riesgo, como puede ser el caso de la población adolescente escolar. Además de requerirse de investigaciones que apoyen la validez predictiva de los instrumentos a utilizar en este estudio, que comparen grupos de sujetos que vivan con familias disfuncionales para contar con diversos indicadores del ambiente familiar que permita establecer la relación específica de cada uno de ellos con la ideación suicida, y así poder diferenciar adecuadamente que es lo que influye en mayor o menor medida en el ambiente familiar para que los adolescentes se involucren o no en el acto suicida.

### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Los adolescentes con ideación suicida presentan mayor frecuencia de trastornos en la cohesión, apoyo y comunicación familiar en comparación con los que no presentan ideación suicida, en una población de adolescentes de enseñanza secundaria del D.F.?

TESIS CON  
FALLA DE ... EN

## V. OBJETIVOS

- A) Identificar al adolescente con ideación suicida, mediante la aplicación del cuestionario de Beck, en una población de estudiantes de educación media básica del D.F.
- B) Evaluar el ambiente familiar en los adolescentes identificados con ideación suicida, en los rubros de comunicación, apoyo y cohesión, en la relación padres-hijos.
- C) Evaluar el ambiente familiar en los adolescentes identificados sin ideación suicida en los rubros de comunicación, apoyo y cohesión en la relación padres-hijos.
- D) Demostrar que el comportamiento familiar en los adolescentes con ideación suicida es diferente en las familias de los adolescentes que no muestran ideación suicida.
- E) Enfatizar, especialmente, las circunstancias que rodean a los adolescentes con ideación suicida y a sus familias, en los cuales el médico familiar, como médico de primer contacto puede contribuir a detectar la patología.
- F) Alertar al adolescente como a quienes lo rodean acerca de los problemas, consecuencias de los actos u omisiones de quienes presentan ideación suicida.
- G) Prevención del suicidio consumado en el presente inmediato y futuro, del adolescente con ideación suicida.

## VI. HIPOTESIS

El estudio de tipo descriptivo no utiliza hipótesis de trabajo, en este caso se implementó ya que la prueba estadística chi cuadrada para la independencia requiere de la hipótesis nula y de la hipótesis de trabajo.

### HIPOTESIS DE TRABAJO

Aquellas familias de estudiantes adolescentes con ideación suicida registrarán diferencias significativas en cuanto a cohesión familiar, apoyo y comunicación, comparados con las familias de estudiantes adolescentes que no tuvieron ideación suicida, en una población de educación secundaria del D.F.

### HIPOTESIS DE NULIDAD

Aquellas familias de estudiantes adolescentes con ideación suicida no registrarán diferencias significativas en cuanto a cohesión familiar, apoyo y comunicación, comparados con las familias de estudiantes adolescentes que no tuvieron ideación suicida, en una población de educación secundaria del D.F.

## VII. MATERIAL Y METODOS

### 1. CRITERIOS DE CLASIFICACION PARA TIPO DE INVESTIGACION

TIPO DE ESTUDIO: ENCUESTA DESCRIPTIVA.

- 1.- De acuerdo al periodo en que se capta la información el estudio es: PROSPECTIVO
- 2.- De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado, el estudio es: TRANSVERSAL
- 3.- De acuerdo con la comparación de las poblaciones el estudio es: COMPARATIVO
- 4.- De acuerdo a la forma de abordaje del fenómeno es: DE EFECTO-CAUSA
- 5.- De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza es: OBSERVACIONAL.
- 6.- Nombre común: PROTOCOLO DE ENCUESTA COMPARATIVA

TESIS CON  
FALLA DE CALIFICACION

## 2. UNIVERSO DE TRABAJO

Población de estudio:

Consiste en la población de alumnos de enseñanza media básica de una secundaria pública del D. F. Tomando una muestra representativa del 1er, 2do y 3er años de estudio. La selección del tamaño de la muestra es de tipo no probabilística por conveniencia.

### Criterios de inclusión:

- Edad: 12 a 16 años
- Género: Masculino y femenino.
- Inscritos en la secundaria seleccionada.
- Contar con padre o/y madre en el núcleo familiar.
- Con o sin intentos de suicidio previo.
- Con o sin patología orgánica asociada.

### Criterios de exclusión:

- Estar bajo tratamiento psiquiátrico durante los 6 meses anteriores al estudio.
- Negarse a participar en el estudio.
- No contar con padre y madre al momento de la aplicación del estudio.
- Deficiencia mental.

### Criterios de eliminación:

- Negarse a proseguir en el estudio.

## 3. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL

Aplicación de la encuesta comparativa en una población de estudiantes de educación media básica del D. F. del mes de marzo al mes de junio del 2002.

## 4. VARIABLES DE ESTUDIO

Operacional: Puntajes obtenidos para las escalas de evaluación familiar, ideación suicida de Beck y descripción sociodemográfica de la muestra.

### VARIABLES INDEPENDIENTES

Para la escala de evaluación familiar

- Hostilidad y rechazo
- Comunicación del hijo.
- Apoyo de los padres.
- Comunicación de los padres
- Apoyo cotidiano del hijo

### VARIABLES DEPENDIENTES

Para la escala de ideación suicida de Beck:

- Características de las actitudes hacia la vida/muerte.
- Características de los pensamientos de suicidio.
- Características del intento.
- Actualización del intento.

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

PARA LA DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA

- Edad.
- Sexo.
- Tipología familia

5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.

a) DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

No.	Variable	Descripción conceptual	Escala de medición	Prueba estadística
1	Hostilidad	Evasión de la interacción de los miembros del sistema familiar.	Nominal	Chi cuadrada
2	Rechazo	Conducta de oposición a la respuesta afectiva de los miembros del sistema familiar.	Nominal	Chi cuadrada
2	Cohesión familiar	Fuerza de los lazos que unen a los miembros de una familia y se traduce en conductas	Nominal	Chi cuadrada
2	Comunicación.	Capacidad de interactuar a nivel afectivo, instrumental y social.	Nominal	Chi cuadrada
3	Apoyo.	Capacidad de resolución de problemas de manera conjunta.	Nominal	Chi cuadrada
4	Idea	Representación mental de una cosa real o imaginaria	Nomina	Estadística descriptiva
5	Actitudes	Disposición de animo manifestada exteriormente	Nominal	Estadística descriptiva
6	Pensamiento	Concepto mental	Nominal	Estadística descriptiva
7	Intento	Determinación de un propósito	Nominal	Estadística descriptiva
8	Actualización	Volver actual	Nominal	
9	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Ordinal	Estadística descriptiva
10	Genero	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra	Nominal	Estadística descriptiva
11	Tipología	Estudio de los caracteres morfológicos del hombre.	Nominal	Estadística descriptiva

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

## b) DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

- Hostilidad y rechazo. Evasión y oposición a la respuesta afectiva dentro del sistema familiar
- Comunicación del hijo: Capacidad de interacción del hijo con sus padres.
- Apoyo de los padres: Capacidad de interacción en la resolución de los problemas del hijo
- Comunicación de los padres: Comunicación de interacción del padre con su hijo
- Apoyo cotidiano del hijo: Capacidad de interacción en la resolución de problemas de los padres.
- Ideas de muerte: Deseos de morir sin pensar en quitarse la vida.
- Ideación suicida: Pensamientos relacionados con quitarse la vida o producirse daño voluntariamente.
- Intento suicida: Cualquier acto de autoperjuicio realizado con intenciones destructivas aunque estas sean vagas o ambiguas.

### Aspecto demográfico:

- Edad.: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento del estudio.
- Sexo: Conjunto de factores orgánicos que distinguen al hombre de la mujer.
- Clasificación integral de la familia: Se refiere a los elementos que forman parte de la familia, en este caso para su composición y desarrollo y dinámica.

× Por su composición:

*Nuclear:* Formada por padre, madre e hijos.

*Extensa:* Formada por padre, madre e hijos y otros parientes consanguíneos.

× Por su dinámica:

*Integrada:* Los cónyuges viven juntos y cumplen sus roles.

*Familia semi-integrada:* Familia completa, pero algún elemento no desempeña adecuadamente su rol.

× Por su desarrollo:

*Familia moderna:* La madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre.

*Familia tradicional:* El subsistema proveedor esta compuesto solo por el padre

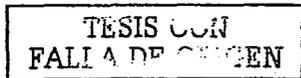
➤ Escala de medición de variables:

Variable independiente y dependiente: Aleatoria, nominales, discreta, escalares.

## 6. SISTEMA DE CAPTACION DE INFORMACION

Primaria (Cuestionarios).

Anexos.



## 7. INSTRUMENTO

### a) Escala De Ideación Suicida de Beck

Se realiza la evaluación de la Ideación suicida por medio de la escala de ideación suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consistente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamientos, deseos. La ideación suicida también puede abarcar la "amenaza de suicidarse" expresada abiertamente a otros. La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de rutina entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuestas de 3 opciones , con un rango de 0 a 2 . Las mediciones se suman para obtener un puntaje global. Si la puntuación de los reactivos "Deseo de intentar suicidarme" e "intento pasivo de suicidarse es "0", se clasifica al adolescente bajo el rubro: "Sin Ideación suicida", si la puntuación es de "1" se clasifica "Ideación suicida leve", si es de "3", como: "Ideación suicida severa".

### b) Escala de evaluación familiar.

Con base en la bibliografía sobre la familia la construcción de la escala del ambiente familiar se hizo con la finalidad de evaluar las áreas de comunicación, apoyo y cohesión. En cada una de estas áreas se diferenciaron los reactivos sobre los aspectos cotidianos y los significativos; además en los reactivos se hizo distinción entre el sujeto que realiza la acción, ya sean los padres o el adolescente. Asimismo, hay la elaboración de reactivos en ambos sentidos, de manera que la escala esta constituida por 72 reactivos 36 positivos y 36 negativos.

### c) Aspectos demográficos.

Otras secciones que conforman el cuestionario, son las que tratan sobre datos sociodemográficos sobre la organización familiar y el medio en el cual se desarrolla el adolescente.

TESIS CON  
FALLA DE MEN

## 8. RECURSOS

- Humanos: Investigador, asesor, adolescentes.
- Materiales: Instrumentos de recolección de información, fotocopias, equipo de papelería, CD, equipo de cómputo propio y de la Unidad de medicina Familiar No. 28. (Programas Microsoft Word XP, Excell, Internet), instalaciones de secundaria (aulas).
- Económicos: Por el investigador.
- Éticos: Esta investigación se ajusta a las normas éticas mencionadas en la declaración de Helsinki, con modificación en el congreso de Tokio, Japón en 1983, no ocupa series experimentales en seres humanos o animales.

## 9. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO Y ORGANIZACION

Inicia el estudio con la elaboración del protocolo de investigación mismo que se pone a consideración del comité de investigación de la U.M.F. no. 28 para su aprobación , dado el consentimiento se procedió a la aplicación de un total de 75 cuestionarios en una escuela de educación media básica, de tipo publica del Distrito Federal. Previa autorización del Sr. Director de dicha institución y con ayuda del personal de orientación la aplicación de los cuestionarios se realizo en grupos representativos del 1er, 2do, y 3er años, de manera grupal con previa explicación a los adolescentes del formato del cuestionario, garantizando su respuestas de manera confidencial y se resolvieron las dudas que los alumnos expresaron acerca del mismo. Los sitios empleados para resolver los cuestionarios fueron los salones de clase de la escuela a puerta cerrada sin interrupciones durante la aplicación de los mismos. Se dio un tiempo de 50 min. Para la resolución total del ejercicio, no hubo incidentes durante la aplicación de los cuestionarios. Posteriormente se realizó el análisis de los cuestionarios, se aplicó el análisis estadístico descriptivo y la chi cuadrada para la independencia, obteniéndose los resultados y conclusiones.

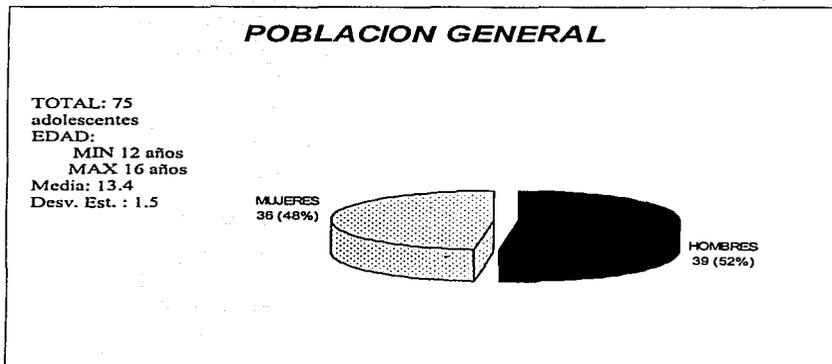
TESIS CON  
FALLA DE CONTEN

## VIII. RESULTADOS

### I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACION

Se incluyeron un total de 75 adolescentes, 39 hombres (52%) y 36 mujeres (48%), con una edad mínima de 12 años y máxima de 16 años. Con una media de: 13.4 y una desviación estándar de 1.5.

GRAFICA 1



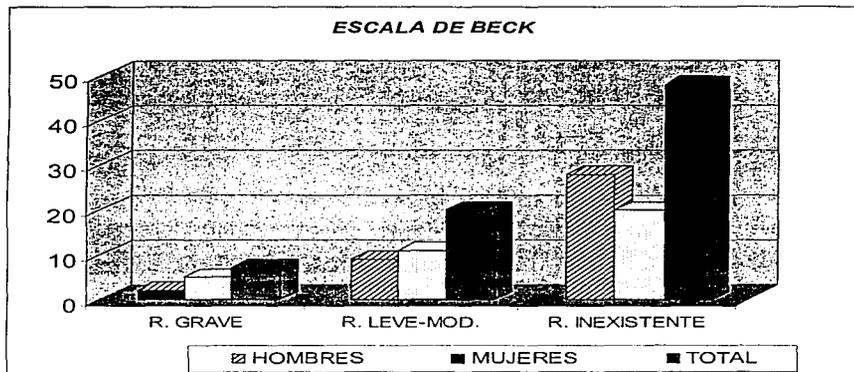
### II. LOS RESULTADOS SEGÚN LA ESCALA DE BECK FUERON:

#### 1. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.

**DESEO DE REALIZAR UN INTENTO DE SUICIDIO ACTIVO:** (al momento de la aplicación del cuestionario). Se encontró que 7 adolescentes (9.3%) tenían deseo de realizar un intento de suicidio de moderado a fuerte, 20 adolescentes (26.6%) tenían deseo de realizar un intento de suicidio débil, y 48 adolescentes (68%) no tenían intenciones de suicidio activo.

Se hace notar el mayor índice de ideación suicida a la edad de 14 años en 11 adolescentes (14.63%).

GRAFICA 2



R. GRAVE	2 (2.6%)	5 (6.6%)	7 (9.3%)
R. LEVE-MOD	9 (12.6%)	11(14.6%)	20 (26.6%)
R. INEXISTENTE	28 (37.3%)	20 (26.6%)	48 (64%)

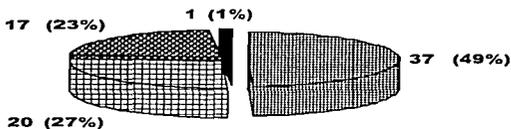
Ref. cuest.

## 2. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS DE SUICIDIO

Las razones que mencionaron los adolescentes para pensar o desear el intento suicida fueron en 37 de ellos (49%), para manipular el ambiente, en 20 de ellos (27%), para llamar la atención, 17 de ellos (23%) como venganza, y 1 de ellos (1%) no tenía un motivo específico (Solo ganas de morir y descansar).

GRAFICA 3

### RAZONES PARA PENSAR / DESEAR EL INTENTO SUICIDA



- MANIPULAR EL AMBIENTE
- LLAMAR LA ATENCION
- VENGANZA
- S.MOTIVO

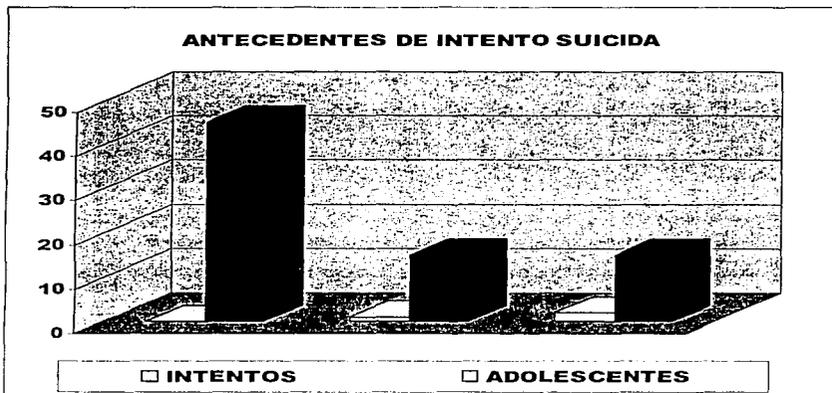
Ref. cues.

### 3. ACTUALIZACION DEL INTENTO.

Para el antecedente de ideación suicida se observó que 45 adolescentes no tenían (60%), 15 tenían un intento (20%) y 15 dos o más intentos (20%). Estos últimos involucraban a los adolescentes con ideación suicida severa, y 5 adolescentes sin ideación suicida, además de 18 con ideación suicida de débil o leve.

TESIS CON  
FALLA DE ... EN

GRAFICA 4



0	45 (60%)
1	15 (20%)
2	15 (20%)

Ref. cuest.

### III ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. De acuerdo al número de hermanos, se encontró una media de 2.29, pero para los adolescentes con ideación suicida grave se observó que en su mayoría (6 de 7: 85%) ocupaban el 2do lugar entre los hermanos. A diferencia de los adolescentes sin ideación suicida e ideación suicida leve quienes en su mayoría (33: 47%) ocupaban primer lugar entre los hermanos.

2. De acuerdo a la estructura familiar se encontró que en su mayoría por su composición 39 familias son de tipo nuclear (52%), por su desarrollo 40 familias son de tipo tradicional (53%) y por su dinámica familias 62 familias son integradas (83%). No se observa alguna relación entre el tipo de familia y el adolescente con ideación suicida en comparación con las familias de adolescentes sin ideación suicida.

TESIS C.A.  
FALLA DE ... EN

GRAFICA 5



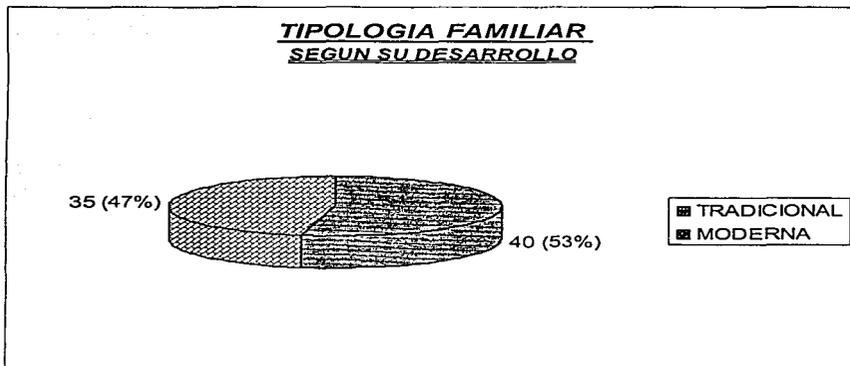
Ref. cuest.

3. Se realizó estratificación socioeconómica en base al método de Graffar para la profesión del padre y de la madre:

- 1) UNIVERSITARIO, GRAN COMERCIANTE, GERENTE, EJECUTIVO E.T.C.:
- 2) PROFESIONISTA TECNICO, MEDIANO COMERCIANTE, PEQUEÑA INDUSTRIA ETC.
- 3) EMPLEADO SIN PROFESION TECNICA DEFINIDA O UNIVERSIDAD INCONCLUSA
- 4) OBRERO ESPECIALIZADO: TRACTORISTA, TAXISTA:
- 5) OBRERO NO ESPECIALIZADO, SERVICIO DOMESTICO, ETC:
- 6) DESEMPLEADO

TESIS CON  
FALLA DE JUREN

## GRAFICA 6



Ref. cuest.

### 3. ADICCIONES

Para los adolescentes sin ideación suicida se obtuvo.

- Para el caso de los hombres se menciona a una familia la cual padece de las tres adicciones en más de uno de sus integrantes y tres familias más padecen de alcoholismo y tabaquismo en más de uno de sus integrantes incluyendo al adolescente. se observa a una familia extensa en donde todos los miembros de la familia tienen adicción por el tabaquismo incluyendo al adolescente.
- El tipo de droga que se comenta es cocaína, marihuana.
- Para el caso de las mujeres se refiere una familia en las que se reporta los tres tipos de dependencia en los cuales se incluye a la adolescente para las tres dependencias. dos familias más registran tabaquismo y alcoholismo en sus integrantes incluyendo a la adolescente.

Para los adolescentes con ideación suicida débil.

- Se comenta a una familia la cual comparte adicción por el tabaquismo y el alcoholismo, los cinco adolescentes clasificados en este grupo presentaron problemas con el alcohol y solo tienen 12 años de edad.
- Para el caso de las mujeres se refiere dos familias con las tres adicciones en la cual una incluye a la adolescente. la cual consume más de un tipo de droga: anfetaminas, cocaína, marihuana.

TESIS CON  
FALTA DE EN

Para los adolescentes con ideación suicida severa:

- Para el caso de las mujeres se menciona a dos familias con presencia en las tres adicciones incluyendo a las dos adolescentes de estas familias de las cuales una consume más de un tipo de droga. las drogas comentadas fueron marihuana, anfetaminas, cocaína, heroína.

CUADRO 2

I. SUICIDA	ADICCIONES	1	2	3
R. INEXISTENTE	FEMENINO	0	2(A)	1(A)
	MASCULINO	1T(A)	3 (A)	1
R. LEVE A MODERADO	FEMENINO	0	1	2(A)
	MASCULINO	5A(A)	1(A)	0
R. GRAVE	FEMENINO	0	0	2(A)
	MASCULINO	0	0	0

Ref. euest.

(A): Referido al adolescente

T: Tabaquismo

A: Alcoholismo

#### 4. Tratamientos médicos

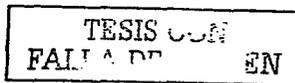
Al momento del estudio 21 adolescentes estaban bajo tratamiento médico, en cuanto a tratamiento psicológico los cuatro varones por trastornos del comportamiento ("agresividad, rebeldía"), y las mujeres, 2 por bulimia, 1 por bulimia y drogas y 1 por drogas. El adolescente que estaba bajo tratamiento neurológico tenía diagnóstico de Epilepsia. Se resalta que los adolescentes que se encontraban bajo tratamiento por trastornos alimentarios y drogas están clasificados dentro del grupo de ideación suicida media y grave.

#### 5. Antecedentes de intento suicida en la familia.

Se investigó sobre el antecedente de ideación suicida en la familia, registrándose para las mujeres 2 y para los varones 7, se mencionó con más frecuencia a "primos" 3, "madre" 2, "varios" 2, "tíos" 1 y "amigos" 1. No hubo relación con los grupos de adolescentes con ideación suicida.

#### IV CUESTIONARIO DE EVALUACION FAMILIAR

Se evaluaron los rubros de cohesión, apoyo y comunicación, bajo las siguientes características del cuestionario:



Para evaluar cohesión se utilizó el apartado de hostilidad y rechazo, para evaluar apoyo se aplicaron los apartados de apoyo de los padres a los hijos y de los hijos a padres, y para evaluar comunicación se aplicó el apartado de comunicación de los padres a hijos y de los hijos a padres. Obteniéndose puntajes por sumatoria en la respuesta de todos estos apartados y comparando entre sí a las poblaciones de adolescentes con ideación suicida inexistente, leve a moderada y grave. Evaluándolos solo con respuesta de "sí" y "no" para las preguntas.

RUBROS	POBLACIONES	SI	NO
HOSTILIDAD Y RECHAZO	S. IDEACION	94	513
	I. SUICIDA LEVE-MOD.	46	118
	I. SUICIDA GRAVE	20	34
APOYO DE LOS PADRES A LOS HIJOS	S. IDEACION	356	122
	I. SUICIDA LEVE-MOD.	82	53
	I. SUICIDA GRAVE	29	16
APOYO DE LOS HIJOS A LOS PADRES	S. IDEACION	205	152
	I. SUICIDA LEVE-MOD.	42	53
	I. SUICIDA GRAVE	17	18
COMUNICACION DE LOS PADRES A HIJOS	S. IDEACION	287	199
	I. SUICIDA LEVE-MOD.	55	82
	I. SUICIDA GRAVE	22	23
COMUNICACION DE LOS HIJOS A PADRES	S. IDEACION	341	29
	I. SUICIDA LEVE-MOD.	69	82
	I. SUICIDA GRAVE	22	23

Ref. cuest.

Observándose que dentro del rubro de cohesión (hostilidad y rechazo) y apoyo de los padres a hijos hay diferencias aunque no significativas entre las poblaciones de adolescentes, pero dentro del rubro de apoyo de hijos a padres y comunicación hay diferencias significativas entre las poblaciones de adolescentes con ideación suicida y los que no la tienen.

TESIS CON  
FALLA DE TIPO EN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## V. ANALISIS ESTADISTICO

Se aplico la prueba estadística de chi cuadrada encontrándose

Grados de libertad (df): 2

Valor crítico: 0.10,

Valor observado para chi cuadrada: 4.605

Escala de evaluación padres-hijos.	Chi cuadrada	Hipótesis nula
Hostilidad y rechazo	24.22	Se rechaza
Comunicación de los padres	16.11	Se rechaza
Comunicación del hijo	148	Se rechaza
Apoyo de los padres	10.40	Se rechaza
Apoyo del hijo	5.69	Se rechaza

Anal. est.

Con una  $p > 4.6$  para todos los rubros, por lo que se rechaza la hipótesis nula, encontrándose aceptable la hipótesis de trabajo:

"Aquellas familias de estudiantes adolescentes con ideación suicida registrarán diferencias significativas en cuanto a cohesión familiar, apoyo y comunicación, comparados con las familias de estudiantes adolescentes que no tuvieron ideación suicida, en una población de educación secundaria del D.F."

## DISCUSION

El suicidio es un fenómeno que se ha vuelto un problema importante de salud pública, el cual tiene múltiples orígenes, pero que sin lugar a duda, se gesta en el seno de la familia.

Los adolescentes de este estudio pertenecen a familias representativas mexicanas de tipo urbano, ya que en su mayoría pertenecen a familias nucleares, con familias pequeñas (en promedio de 4 habitantes), integradas, y modernas, se hace notar que la edad promedio de la población de estudio es de 13 años, pero la edad promedio del adolescente con ideación suicida activa se encontró de 14 años.

En este trabajo se abordó aspectos de la familia que pudieran servir de indicadores para detección oportuna de la ideación suicida en el adolescente, tales indicadores son la edad de 14 años, con el segundo lugar en orden de nacimiento entre los hermanos, con alteraciones principalmente en los rubros de comunicación y apoyo familiar y con el antecedente de mas de un intento suicida, además del consumo de drogas, lo que ayuda a establecer las medidas preventivas necesarias para evitar el suicidio consumado. Se encontró que en cuanto a la ideación suicida activa al momento del estudio había un 35% de incidencia sobre la muestra estudiada (75 adolescentes) y de estos el 9% tenía ideación suicida activa, severa, por lo que la presencia de ideas de suicidio en la población adolescente pudieran ser más frecuentes de lo que pensamos. En cuanto a la principal razón para desear suicidarse, el adolescente manifestó el deseo de manipular el ambiente, seguido de el deseo de llamar la atención, y posteriormente de los deseos de venganza, la idea de suicidio activo tenía su relación más alta con la falta de comunicación del adolescente hacia los padres, y esto pudiera deberse quizá a que el adolescente, en su propia transición de descubrimiento y

formas de vida , desafia y cuestiona el orden familiar ya establecido, se encuentra en una dicotomía de dependencia e independencia creando inestabilidad y tensión en las relaciones familiares por lo que se crea desacuerdo familiar o mal entendimiento entre los padres, o falta de imagen de autoridad de alguno de ellos lo que resulta en que el adolescente se ve impedido o simplemente pierde el interés en comunicar sus pensamientos por lo que pudiera llegar a mantener esa " comunicación " con el uso de conductas de riesgo para mantener la conexión con sus padres a la vez que se mantiene a distancia de ellos. La falta de comunicación de los padres hacia los hijos ocupa el segundo lugar de relación con la idea de suicidio activo, la comunicación resulta más efectiva cuanto más clara y directa es, lo que generalmente es difícil de abordar por parte de los padres, ya que estos mismos tienen conflictos internos no resueltos con sus propios padres, los que tienden a ser reavivados en esta etapa de transmisión generacional, los problemas de pareja manifiestos o no, también pueden afectar a su vez la comunicación con el hijo, por lo que en algunas ocasiones se necesita de la modulación de un tercero para neutralizar o facilitar la resolución de conflictos, y la búsqueda de dicha intermediario a menudo lleva a la consulta médica. Se revisó que en tercer lugar hay l falta de apoyo de los padres al hijo y del hijo hacia los padres, lo que pudiera deberse a que la familia es el grupo primario en el que los individuos aprenden las normas básicas del comportamiento humano, valores, y actitudes, al cuestionar el adolescente la continuidad de los principios que la familia le a transmitido se tambalea el apoyo emocional y protección de los padres hacia el adolescente ya que este se encuentra experimentando su independencia, quien a pesar de sus intentos de distanciamiento , y a veces agresiones, el joven necesita de la cercanía y disponibilidad afectiva de los padres. Para la hostilidad y rechazo (cohesión) se encontró que esta ocupaba el último lugar de relación con la idea de suicidio activo, quizá porque los padres resultan ser especialmente vulnerables durante este periodo, lo que puede llevarlos a ser intolerantes, inconsistentes o negligentes con sus hijos, la inseguridad puede volverlos rígidos e intransigentes, cerrados a cambios de posición y negociación con el adolescente lo que origina evasión de la relación familiar y no aceptación de las ideas del adolescente (11).

Es importante señalar que el niño suicida se desarrolla en un medio psicosocial inadecuado generalmente el problema estriba no solo en la aportación del medio sino en como el niño se ve influenciado por este, los adolescentes de este estudio pertenecieron a familias con un alto porcentaje de adicciones (70%), observándose en primer lugar al tabaquismo, seguido del alcoholismo y drogadicción, en donde mas de un integrante de la familia era adicto a las tres, haciéndose notar al padre como la principal figura adicta al tabaquismo, seguido del propio adolescente, para el alcoholismo también figura el padre el primer lugar, seguido de los tíos y del adolescente, y para el uso de drogas la figura principal es el adolescente seguido de los tíos y primos. Las drogas mencionadas de consumo más frecuente eran la marihuana, anfetaminas y cocaína.

Los intentos de suicidio previos arrojaron que para 1 intento 15 adolescentes (20%) de la población estudiada ya lo habían efectuado alguna vez en su vida y otros 15 adolescentes (entre ellos los 7 adolescentes con ideación suicida activa severa ) ya lo habían realizado dos o mas veces en su vida. La tendencia de lo médicos y de la sociedad en general a minimizarlos intentos de suicidio en los adolescentes, atribuyéndoles un carácter accidental, o una intención manipuladora del entorno familiar, contrasta con la información conocida en la actualidad de que el suicidio es la segunda causa de muerte en la adolescencia en los países desarrollados, tras el acto de intento suicida el adolescente encuentra cierta tranquilidad y desahogo de sus demandas familiares por lo que la reincidencia no es rara.

No se encontró relación con antecedentes de intención suicida en la familia, aunque algunas bibliografías apoyan el hecho de un componente "genético" de dicha conducta, curiosamente 5 (10%) de los adolescentes si ideación suicida si reportaron antecedentes familiares de intento de suicidio nombrando en primer lugar a la figura materna.

## CONCLUSION

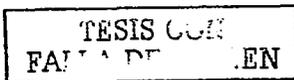
Los conflictos en la familia son un antecedente importante y frecuente en los adolescentes que intentan suicidarse, la desorganización familiar, el ambiente familiar, constituye el factor de riesgo más importante para el acto suicida

En los últimos años se ha enfatizado en la observación del paciente como una entidad biopsicosocial en la práctica médica, y especialmente en la atención primaria de salud, se ha hecho notar a la familia como generadora de estrés y su impacto en el proceso de enfermedad y curación. Los jóvenes son parte fundamental de la familia y a su vez se encuentran buscando su independencia lo que provoca conflictos y desequilibrios en las relaciones familiares, la adolescencia debe de ser vista como un momento en la etapa evolutiva de la familia, es un periodo crítico e intenso en el ciclo vital familiar y cierto grado de conflicto es inevitable y necesario para permitir el cambio y promover el crecimiento individual y familiar. El proceso evolutivo familiar se desarrolla a través de la renegociación de las relaciones, con la consiguiente modificación de roles y reglas de funcionamiento. El médico familiar ofrece un encuentro clínico que debe consistir en ayudar en la transición del adolescentes, a que la familia se prepare para asumir la funciones y tareas típicas de la etapa siguiente, la consulta médica ofrece una oportunidad única para que el profesional actúe como agente de salud, anticipando el desarrollo de crisis y ayudando a la familia a renegociar sus relaciones y que insista en el compromiso familiar y del adolescente para que exista un real proceso de cambio en la familia. Es recomendable la capacitación frecuente del médico de primer contacto para la identificación oportuna de los adolescentes con ideación suicida, mediante la evaluación de los rubros familiares de cohesión, apoyo y comunicación, en adolescentes de 14 años, que ocupan el segundo lugar entre los hermanos, y que consumen algún tipo de droga, además de referir antecedentes de intento suicida, este es el único camino seguro para evitar muchos suicidios, elaborando estrategias de prevención y apoyo para la población con riesgo de suicidarse que vayan a hacer impacto real en el seno familiar.

TESIS CON  
FAI A DE GEN

## BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.tercera.cl/diario/2000/7/08/t.08.32.3aINT.SUICIDIO.html>.
2. <http://www.who.int/mental-health/topic/suicide2.html>.
3. ESCALANTE G. El intento suicida en los adolescentes mediante intoxicación : problema creciente. Rev. Med. IMSS 1998; 36(4):257-258.
4. BORGES G, ROVOVSKY H , GOMEZ C, GUTIERREZ R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud pública Mex 1996;38:197-206.
5. GOMEZ C, BORGES G. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. Salud mental V.19 No.1, marzo, 1996.
6. MENDIZÁBAL J, ANZURES B. La familia y el adolescente. Revista Médica del Hospital General de México. vol.62, Núm.3 jul-sep.1999, 191-197.
7. SAUCEDA JM. El intento de suicidio en menores de edad. Rev. Med. IMSS 1998;37(2):85-87.
8. MONDRAGÓN L, SALTIJERAL MT, BIMBELA A, BORGES G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. Salud mental V.21, No.5, octubre 1998.
9. JIMÉNEZ A, DIAZ-CEBALLOS M. Suicidio e intento suicida: Aspectos Epidemiológicos. Psiquis (México), vol. 4, núm.5, 1995.
10. VILLATORO J, ANDRADE P, FLEIZ C, MEDINA-MORA ME, REYES I, RIVERA E. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Salud Mental V.20, No.2, junio de 1997.
11. GONZALEZ-FORTEZA C, GARCIA G, MEDINA-MORA ME, SÁNCHEZ MA. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud mental V.21, No.3, junio de 1998.
12. TERCERO-QUINTANILLA G. Perfil psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse. Rev. Mex. Pediatr 1999;66 (5): 197-202.
13. TOMAS J, SILVER. Manual de la medicina en la adolescencia. OPS; 1998.
14. GONZALEZ S, DIAZ A, ORTIZ S, GONZALEZ C, GONZALEZ J. Características psicometricas de la escala de Ideación Suicida de beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Mental V.23, No.2, abril, 2000.
15. GONZALEZ-FORTEZA C, BERENZON S, JIMÉNEZ A. Al borde de la muerte: Problemática suicida en adolescentes. Salud Mental, Número especial 1999.



## ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con base en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, artículo 71, fracción II de la investigación en salud, y en la Declaración de Helsinki revisada por la 29ª asamblea médica mundial de Tokio Japón en 1975, extendiendo la presente:

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Extendida el día \_\_\_\_\_ en la unidad de medicina familiar número 28, para participar en el estudio de ENCUESTA COMPARATIVA;

**“ESTUDIO COMPARATIVO DEL AMBIENTE FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA Y SIN IDEACIÓN SUICIDA EN UNA POBLACIÓN REPRESENTATIVA DE ENSEÑANZA MEDIA BASICA DEL D.F.”**

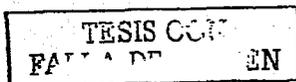
Para lo cual ACEPTO en forma libre y sin presión de cualquier índole responder el cuestionario sobre escala de Beck y escala de evaluación del ambiente familiar.  
**DANDOME EL BENEFICIO DEL ANONIMATO Y EL PODER DE RECHAZAR CONTINUAR CON EL ESTUDIO SI ASI LO REQUIRIERA.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL FAMILIAR  
O REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA



## CUESTIONARIO

### I. ASPECTOS DEMOGRAFICOS

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

HERMANOS: \_\_\_\_\_ ORDEN DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

RELIGION: \_\_\_\_\_

ALGUN OTRO FAMILIAR EN CASA: \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

OFICIO DEL PADRE: \_\_\_\_\_

OFICIO DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

DEPORTE QUE PRÁCTICO: \_\_\_\_\_

ADEMAS DE LA ESCUELA TRABAJO EN: \_\_\_\_\_

RESPONDE SI EN TU FAMILIA O TU HAY PROBLEMAS DE:

ALCOHOLISMO \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

TABAQUISMO \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

DROGADICCION \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

Tipo de drogas que se consumen (si las hay) \_\_\_\_\_

MI PROMEDIO ESCOLAR ES \_\_\_\_\_

MI ASISTENCIA A CLASE ES \_\_\_\_\_ A LA SEMANA

ACTUALMENTE RECIBO TRATAMIENTO MEDICO  
PARA: \_\_\_\_\_

HAY ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN LA FAMILIA....(SI)....(NO)  
PARENTESCO \_\_\_\_\_

TESIS CON  
FAMILIA DE \_\_\_\_\_ EN

## II. ESCALA DEL AMBIENTE FAMILIAR

### HOSTILIDAD Y RECHAZO

1. Mis papas me rechazan
2. Mis papas me ignoran en sus platicas
3. A mis papas les es indiferente la convivencia familiar
4. Me desagrada reunirme con mis papas
5. Mis papas me ignoran cuando necesito que me escuchen
6. Cuando mis papas tienen problemas, no me toman en cuenta.
7. Mis papas piensan que solo les doy problemas
8. En situaciones difíciles no cuento con mis papas.
9. Mis papas muestran desinterés en lo que me sucede diariamente
10. Es aburrido platicar con mis papas.
11. Cuando platico mis inquietudes con mis papas, terminamos peleándonos.

### COMUNICACION DEL HIJO

1. Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papas.
2. Cuando algo personal me preocupa, se los comento a mis papas.
3. Cuando tengo un problema recorro a mis papas.
4. Platico con mis papas lo que me ocurrió durante el día
5. Me agrada hablar a mis papas de mis problemas personales.
6. Platico con mis papas mis problemas personales.
7. Platico con mis papas lo que hago en la escuela
8. Mis papas comprenden mis puntos de vista
9. Mis papas me dan confianza para hablar de mis problemas personales.

### APOYO DE LOS PADRES

1. Mis papas son lo más importante de mi vida.
2. Mis papas me motivan a salir adelante cuando tengo problemas
3. Mis papas me apoyan en lo que emprendo
4. Mis papas me apoyan para realizar lo que considero importante.
5. Siento que soy importante para mis papas.
6. Me gusta convivir día a día con mis papas.
7. Mis papas son afectuosos.

### COMUNICACIÓN DE LOS PADRES

1. Mis papas me platican sus problemas más importantes
2. Si hay una emergencia familiar, mis papas cuentan conmigo
3. Mis papas me platican lo que les ocurrió durante el día.
4. Si mis papas tienen problemas procuro ayudarlos
5. Trato de apoyar a mis papas cuando tienen problemas
6. Cuando mis papas tienen problemas importantes me lo platican.
7. Mis papas platican conmigo sobre su trabajo
8. Mis papas me comunican las decisiones importantes.
9. Mis papas me comunican sus planes.

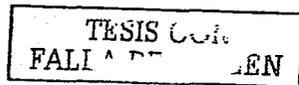
### APOYO COTIDIANO DEL HIJO

1. Si mis papas me piden que les ayude en la casa, prefiero ignorarlos.
2. Es agradable ayudar a mis papas a limpiar la casa.
3. Cuando mis papas me mandan a algún mandado me hago el desentendido
4. Me siento feliz cuando estoy reunido con mis papas.
5. Ayudo a mis papas arreglando mi cuarto
6. Me desagrada ayudar a mis papas en los quehaceres de la casa.
7. Me agrada ayudar en lo que se necesite en casa.

TESIS DE GRADUACIÓN  
FALLA DE ... EN

### **III. ESCALA DE ISB**

1. Deseo de vivir
  - 0 Moderado a fuerte
  - 1 Poco (débil)
  - 2 Ninguno ( no tiene)
2. Deseo de morir
  - 0 Moderado a fuerte
  - 1 Poco (débil)
  - 2 Ninguno (no tiene)
3. Razones para vivir/morir
  - 0 Vivir supera a morir
  - 1 Equilibrado (es igual)
  - 2 Morir supera a vivir
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo
  - 0 Ninguno (inexistente)
  - 1 Poco (débil)
  - 2 Moderado a fuerte
5. Deseo pasivo de suicidio
  - 0 Tomaría precauciones para salvar su vida
  - 1 Dejaría la vida/muerte a la suerte
  - 2 Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.
6. Duración
  - 0 Breves, períodos pasajeros.
  - 1 Períodos largos
  - 2 Continuos (crónicos) casi continuos.
7. Frecuencia
  - 0 Rara (ocasionalmente)
  - 1 Intermitente
  - 2 Persistentes y continuos.
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos de suicidio.
  - 0 Rechazo
  - 1 Ambivalente, indiferente
  - 2 Aceptación
9. Control sobre la acción /deseo de suicidio
  - 0 Tiene sentido de control
  - 1 Inseguridad de control
  - 2 No tiene sentido de control
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)
  - 0 No lo intentaría porque algo lo detiene
  - 1 Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
  - 2 Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen (indicar que factores lo detienen)
11. Razones para pensar/desear el intento suicida
  - 0 Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
  - 1 Combinación de 0 y 2.
  - 2 Escapar, acabar, salir de problemas.
12. Método: especificidad/oportunidad de pensar en el intento suicida
  - 0 Sin considerar
  - 1 Considerado, pero sin elaborar los detalles
  - 2 Detalles elaborados, bien formulados.
13. Método: disponibilidad/oportunidad de pensar en el intento
  - 0 Método no disponible, no oportunidad.
  - 1 Método tomaría tiempo/ esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
  - 2 Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento
  - 0 Falta de valor, debilidad, asustado,, incompetente.



- 1 No está seguro de tener valor
- 2 Está seguro de tener valor
- 15. Expectativa/anticipación de un intento real
  - 0 No
  - 1 Sin seguridad, sin claridad
  - 2 Si
- 16. Preparación real
  - 0 Ninguna
  - 1 Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
  - 2 Completa
- 17. Nota suicida
  - 0 Ninguna
  - 1 Solo pensada, iniciada, sin terminar.
  - 2 Terminados
- 18. Acciones finales para preparar la muerte (testamentos, arreglos, regalos)
  - 0 Ninguna
  - 1 Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
  - 2 Escrita, terminada.
- 19. Encubrimientos de la idea de realizar intentos suicidas.
  - 0 Revela las ideas abiertamente
  - 1 Revela las ideas con reservas
  - 2 Encubre, engaña miente
- 20. Intento de suicidio. Anteriores.
  - 0 No
  - 1 Uno
  - 2 Mas de uno

TESIS CON  
FALLA A DE . . . EN