



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD ACADEMICA

PARAISO, TABASCO

***DISFUNCION FAMILIAR E IDEACION SUICIDA EN
ADOLESCENTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA
N.31, PARAISO, TABASCO***

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. FRANCISCO FIGUEROA DE LOS SANTOS

PARAISO, TABASCO 2009



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.

***DISFUNCION FAMILIAR E IDEACION SUICIDA EN
ADOLESCENTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA
N.31, PARAISO, TABASCO***

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. FRANCISCO FIGUEROA DE LOS SANTOS

AUTORIZACIONES

***DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M***

***DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M***

***DR. FELIPE JESUS GARCIA PEDROZA
CORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACUTAD DE MEDICINA
U.N.A.M***

PARAISO, TABASCO 2009

***DISFUNCION FAMILIAR E IDEACION SUICIDA EN
ADOLESCENTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA
N.31, PARAISO, TABASCO***

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. FRANCISCO FIGUEROA DE LOS SANTOS

AUTORIZACIONES

***DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE
TABASCO***

***QUIMICO. SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA E INVESTIGACION***

PARAISO, TABASCO 2009

***DISFUNCION FAMILIAR E IDEACION SUICIDA EN
ADOLESCENTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA
N.31, PARAISO, TABASCO***

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. FRANCISCO FIGUEROA DE LOS SANTOS

AUTORIZACIONES

***DR. NATANAEL MARTINEZ VAZQUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES SEDE
PARAISO TABASCO***

***DR. MIGUEL PABLO GARCIA
ASESOR DE TESIS***

PARAISO, TABASCO FEBRERO 2009

INDICE

<i>1.- TITULO</i>	
<i>2.- INDICE GENERAL</i>	
<i>3.- MARCO TEORICO</i>	<i>6</i>
<i>4.- PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>25</i>
<i>5.- JUSTIFICACION</i>	<i>26</i>
<i>6.- OBJETIVOS</i>	<i>27</i>
<i>GENERAL</i>	
<i>ESPECIFICOS</i>	
<i>7.- METODOLOGIA</i>	<i>28</i>
<i>TIPO DE ESTUDIO</i>	
<i>POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO</i>	
<i>CRITERIOS DE INCLUSION,</i>	
<i>EXCLUSION Y DE ELIMINACION</i>	
<i>VARIABLES</i>	<i>29</i>
<i>METODO ESTADISTICO</i>	<i>31</i>
<i>CONSIDERACIONES ETICAS</i>	<i>32</i>
<i>8.- RESULTADOS</i>	<i>38</i>
<i>DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS</i>	
<i>GRAFICAS Y TABLAS</i>	
<i>9.- DISCUSION</i>	<i>44</i>
<i>10.- CONCLUSIONES</i>	<i>45</i>
<i>11.- RECOMENDACIONES</i>	<i>46</i>
<i>11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	<i>47</i>
<i>12.- ANEXOS</i>	<i>49</i>

MARCO TEORICO

Los antecedentes del suicidio se remontan con la existencia misma del hombre, sus características varían de acuerdo con la cultura y estructura socioeconómica existente, y su complejidad como fenómeno de origen multicausal ha merecido el interés de estudios a diversas áreas sociales, antropológicas, biológicas, ecológicas, etc.

A nivel internacional en 1980 la tasa de suicidio mas elevada correspondía a Hungría con una tasa de 44.9 por cien mil habitantes, siguiendo en orden de frecuencia Dinamarca con 31.6, Australia y Suiza con 25.7 y Alemania Federal con 20.9 (OMS). En este mismo año México obtuvo una tasa de 1.6, la cual en comparación con los años anteriores no muestran un problema grave de salud. Los costos económicos y sociales que tienen los trastornos mentales y el suicidio en México, representa un importante reto para la salud publica del país, a pesar de la existencias de acercamientos epidemiológicos en torno a esta problemática pocas son las fuentes de datos que permiten una aproximación al llamado problema de origen multicausal. Alrededor de 400 millones de personas actualmente sufren de trastornos mentales o de orden psicosocial como los derivados del abuso del alcohol y de otras drogas ilícitas.

A nivel nacional la tasa de suicidio gira alrededor de 3.4 suicidio por cada 100,000 habitantes en el periodo comprendido de 1995-1999, periodo en el cual, la región sur del país presento tasas de incidencias de suicidios que fluctuó entre 1.6 y 9.7 por cien mil habitantes, tendencia que se mostró ascendente.

En 1957 se realizo el primer estudio sobre los aspectos clínicos del suicidio en Estados Unidos de Norte America donde se encontró que de 134 suicidios registrados, el 9.4% se trataba de sujetos con una enfermedad psiquiátrica, predominantemente la depresión mayor recurrente con un 45% y el alcoholismo crónico 23%. En México, el Instituto Mexicano de psiquiatría llevo a cabo la investigación "La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol en 1998, se encontró que las mujeres tienen mayor riesgo de presentar ideación suicida, encontrándose en un rango de entre 30 y 45 años de edad.¹

La Procuraduría General de Justicia del Estado (PGJ), a través de la Dirección General de Servicios Periciales en 1998, encontró que los municipios del centro y de la región Chontalpa se concentran el mayor número de casos (72%). En cuanto al nivel escolar el mayor número de casos se registran en individuos con escolaridad de primaria incompleta (60.3%), los métodos de privación de la vida mayormente usados son el ahorcamiento (74%) seguido de la ingesta de sustancias tóxicas.

De acuerdo a los factores de riesgo para el suicidio según Ernesto Ortiz y col. En donde se aplicó la escala de evaluación del informante para determinar la confiabilidad y veracidad de las respuestas, lo que mostró que un 69.4% de congruencia con la información y un 84.7% tener conocimiento de los hechos, así como de víctimas en un 95%, el mayor número de casos se registró en sujetos cuyas edades fluctúan entre 18 y 45 años de edad, la media se ubicó en 32.2 años, de estos el 85% eran hombres y el 15% mujeres, respecto a su estado civil de los suicidas se encontró que los casados y solteros cometieron suicidio en mayor número, los sujetos de religión católica se suicidaron en un 70% y menor proporción los protestantes, con respecto a la escolaridad de los suicidas se observó en sujetos con estudios de primaria en un 49% y en menor proporción los universitarios con un 7%. Un dato relevante es que el 53% de los casos algún familiar se dio cuenta de los cambios de conducta en un 50%, y que el 64% eligió su casa para suicidarse y el porcentaje más bajo en el trabajo; eligiendo como método el ahorcamiento en un 78% siguiendo en orden de frecuencia el envenenamiento. De los municipios donde fue realizada la investigación se registraron el mayor número de casos consumados de suicidio durante los últimos 5 años, el objetivo de este estudio era determinar los factores psicosociales predisponentes para el suicidio en el estado de Tabasco.¹

Según cifras de la OMS, la tasa de suicidio aumenta con la edad. Las personas de 75 años o mayores consumen el suicidio tres veces más que la población joven. No obstante, en todo el mundo se están dando un aumento alarmante de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años de edad. En los Estados Unidos de Norteamérica el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes, mientras que en China, Suecia, Australia y Nueva Zelanda constituye la principal causa de mortalidad entre

los adultos jóvenes, con de 100 a 200 intentos suicidas por cada suicidio consumado entre los adolescentes.

En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercera causa de muerte.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que esta cifra podría duplicarse en 20 años. En el género masculino, el ahorcamiento es el método más usado para el suicidio, seguido por el que se consuma con armas de fuego; en el género femenino lo es el envenenamiento mediante la ingesta de Benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y antibióticos.²

El suicidio es un acto complejo en el que se pueden identificar al menos tres elementos: en el que ocurre un deceso, la muerte la cual se ve ocasionada por la misma persona que muere y el acto intencional, en donde la persona se suicida y que se encuentra plenamente consiente de las consecuencias de su acto. La mortalidad por suicidio se ha convertido en un problema de prioridad para la salud pública tanto en escala nacional como internacional. A pesar de que la muerte por suicidio es solo la parte más visible de un problema que tiene amplias conexiones sociales, psicológicas y personales. El incremento en la frecuencia de suicidios está asociado con diversos factores que varían en dependencia del grupo de edad estudiado, entre los jóvenes influyen la depresión, el aumento de consumo de drogas y de alcohol, en los adultos mayores, las enfermedades que generan gran dolor o discapacidad y en los grupos de edad laboralmente activos otros factores de índole laboral. Durante mucho tiempo México presentó una de las tasas de mortalidad por suicidios más bajas de América Latina, sin embargo en los últimos años la mortalidad por esta causa se ha incrementado progresivamente en este país a un ritmo más acelerado.³

Durante el año 2001 se registraron 3784 suicidios de ellos fueron 3110 hombres y 674 mujeres lo que representó una tasa de 3,72 muertes por suicidio por cada 100 000 habitantes, en una población total nacional de 101,8 millones de habitantes, Los estados con mayor mortalidad por suicidios en ese año fueron Campeche y Tabasco, con tasas de 9,68 y 8,47 por 100 000 habitantes respectivamente. La mortalidad por suicidios en el país fue notablemente más baja en mujeres que en hombres. Dada esta

notable diferencia se compararon las tasas observadas tanto en el nivel nacional como en el estatal, los estados con mayor mortalidad por suicidios en mujeres fueron Campeche, Yucatán y Tabasco, todos ubicados en el sureste del país. En Tabasco la tasa de mortalidad por suicidios en hombres es más del doble de la tasa nacional para ese sexo mientras que en Chiapas es más bajo. Las muertes por suicidio nos muestran una distribución uniforme en el tiempo. En general parecen concentrarse en los meses de Abril y Mayo aunque en las mujeres existe un pico en el mes de diciembre. El lugar donde se comente los suicidios con más frecuencia es el hogar independientemente del sexo con una frecuencia del 80% en los hombres y de 89% en las mujeres. Los métodos de suicidio variaron en dependencia del sexo y de la edad de suicidio, en 1990 el mayor número de suicidios fue por ahorcamiento con un 49.4% un 28.5% por disparo con arma de fuego y un 13.4 por ingestión de sustancias tóxicas.

El suicidio es el punto culminante y el más visible de una serie de problemas que pueden presentarse juntos o por separados y que pueden deberse a factores económicos, predisposición genética, conflictos familiares, desintegración social o falta de identificación y atención oportuna a los problemas de salud mental particularmente a la depresión, entre las variables más estrechamente asociadas con el suicidio se encuentran las enfermedades mentales hasta en un 90% de las personas que comenten suicidio presentan al menos uno de los diagnósticos psiquiátricos basados en el DSM IV, y entre las enfermedades más frecuentes al suicidio es la depresión mayor y la esquizofrenia y uno de los aspectos más preocupantes de las muertes por suicidio es su incremento entre los adolescentes y jóvenes adultos ya que la tasa de mortalidad se incrementa entre las edades de 11 y 19 años de edad con un incremento más marcado en las mujeres.³

El suicidio es un problema contemporáneo y creciente lo que implica la necesidad de establecer definiciones precisas, que lleven a la identificación de los factores de riesgo, tomando en cuenta que las bases del suicidio son multifactoriales y complejas. Los estudios epidemiológicos indican que el género masculino comete más suicidio que el femenino en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad. Recientemente

se ha ido aumentando el número de suicidios entre jóvenes de 15 a 24 años de edad y es más común entre la clase social económica baja, con tratamiento psiquiátrico previo con algún trastorno de la personalidad y antecedentes de abuso de sustancias y de intento suicida. Ya que la presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente ligada al suicidio en más del 50% de los suicidios consumados por personas con trastornos depresivos, entre los factores de riesgo en los suicidios incluyen el aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo familiar y social. Un 60% de los suicidas que lograron su propósito habían consultado al médico el mes anterior al suceso y más de la mitad había comentado con alguien su deseo de morir.

El suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida. La prevalencia del suicidio en el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercera causa de muerte. En México en el año 2002 ocurrieron 3089 suicidios con un aumento de 13% en dos años y de diez veces más entre adolescentes, la serie histórica de suicidios en México, indicó que en el año de 1980 se cometieron 672 suicidios por lo que en 20 años los suicidios aumentaron en un 45% evidentemente sin relación con el aumento general de la población. Un modelo explicativo del fenómeno del suicida se enfoca como un proceso el cual se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y de su interacción con el medio ambiente. El proceso del suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasando por los primeros intentos suicidas con un incremento gradual de la letalidad del intento hasta lograrlo en la cual es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, venganza, altruismo o búsquedas de riesgos, en donde se han descrito tres características dependientes de rasgos como pensamientos de derrota como perdedor, percepciones de imposibilidad de escapatoria asociadas a las alteraciones de memoria y déficit para resolver problemas y percepción de imposibilidad de rescate es decir de desesperanza. Los factores estresantes que pueden aumentar el riesgo de suicidio son principalmente la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones

entre familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales.⁴

En diversas regiones del mundo y durante los últimos años se ha observado un incremento paulatino y constante de la conducta del suicidio en los adolescentes. México no es la excepción y si bien sus tasas de suicidio e intentos no son las más altas en la región panamericana y en el resto del mundo, es necesario no perder de vista la importancia del contexto social, identificando desde luego a los grupos de población de alto riesgo para establecer estrategias preventivas de corto y mediano plazo. Se ha demostrado que los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes de entre 15 y 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano. En México se han identificado un mayor riesgo de conducta suicida entre las mujeres de 15 a 19 años de edad. Dada la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto ya que en 1993 la secretaria de salud informó sobre 2022 suicidios consumados y solo 93 intentos. En México no abundan los estudios acerca del suicidio en los adolescentes, por lo cual es evidente la necesidad de orientar con mayor atención a este problema. Una encuesta nacional realizada en 1991 por el Instituto nacional de psiquiatría y la Dirección General de Educación Extra escolar de la secretaria de educación pública se analizaron los datos de 1712 estudiantes y de las 30 adolescentes hospitalizadas por intento suicida el 68% de la muestra escolar y un 70% de la muestra clínica cursaban la educación media básica y el 32 y 20% respectivamente estudiaban la preparatoria, las jóvenes de ambas muestras notificaron obtener con más frecuencia calificaciones cercanas a ocho y no haber trabajado en el ciclo escolar anterior, en cuanto al desempeño escolar se observaron diferencias importantes entre las dos muestras. Como era de esperarse la prevalencia de la presencia de los cuatro síntomas de ideación suicida fue más elevada en la muestra clínica, sin embargo es importante destacar que el 11.8% de las adolescentes de la muestra escolar presentaron todos los síntomas de ideación suicida de 1 a 7 días y en una de cada 100 estuvieron presentes toda la semana. Por último cabe señalar que México es un país de niños y jóvenes, esto pone de manifiesto la

necesidad de orientar la investigación y las estrategias de prevención contra el suicidio.⁵

En la humanidad el suicidio ha esta presente en la mayoría de las culturas y actualmente es uno de los problemas que enfrentan todas las sociedades, hasta el día de hoy no existe un consenso entre los diferentes profesionales para responder a la preguntas de por que se suicida la gente. Aunque hay numerosos estudios al respecto que ofrecen aproximadamente acerca de las principales causas, en cual no se ha podido determinar la principal por lo que se concluye que el suicidio es un acto multifactorial. Ante esta situación los investigadores del tema han propuesto el establecimiento de comités de prevención debido a que el problema del suicidio atañe a todos los sectores de la sociedad. En el estudio de Serrano participaron 370 jóvenes seleccionados aleatoriamente de las escuelas en las que estaban inscritos 178 hombres y 182 mujeres con un rango de edad entre los 12 y 18 años de edad siendo los 17 años la edad mas frecuente. Se midió el estrés mediante la lista de situaciones cotidianas estresantes de González-Forteza (1996) que incluye las áreas familiares que consta de siete reactivos, social once reactivos y de la sexualidad siete reactivos y la ideación suicida en la cual se utilizo la escala de ideación suicida del centro de estudios epidemiológicos de Radloff (1977) el cual consta de cuatro reactivos que mide la fase de ideación suicida cuyo rango de cuatro opciones de respuesta. El instrumento se aplico en forma colectiva en los salones de clases de cada una de las escuelas seleccionadas, el análisis de asociación para hombres y mujeres a través del coeficiente de Pearson revelo que el caso de los hombres a mayor estrés con las parejas mayor ideación suicida; y a mayor uso de un estilo de afrontamiento con respuesta agresivas con la pareja mayor ideación suicida a mayor estrés familiar, mayor estrés social, en el caso de la mujeres se observa que mayor estrés con la pareja y mayor estrés social mayor ideación suicida.⁶

La adolescencia, es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas

transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivo.

De acuerdo con la OMS la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose 2 fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor y menor grados estarán presente durante esta etapa de la vida como: Búsqueda de si mismo y su identidad, necesidad de independencia, tendencia grupal, evolución del pensamiento concreto al abstracto, Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad social y Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de superación de los mismos.

La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que ha sido diagnosticado con otros trastornos. Consiste en pensamientos de terminar con la propia existencia y se pueden adoptar diferentes formas de presentaciones:

Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle como lo va a llevar a efecto, responde “no se como, pero lo voy hacer”.

Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle como lo ha de hacerlo, Usualmente responde: De cualquier forma, “ahorcándome, pegándome un balazo.” En que preciso lugar, ni tampoco a tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósito de autodestruirse.

El plan suicida o ideas suicidas planificada, la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizara el momento oportuno para no ser descubierto, los motivo que sustenta dicho decisión que ha de realizar con el propósito de morir.⁷

Según Beck, Steer y Ranieri (1988) afirman que los suicidas tiene un estilo cognoscitivo peculiar, diferente de los individuos normales y de los que tiene perturbaciones emocionales que no los orillan al suicidio. La escala Original propuesta por Beck (1979), fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia

consciente de pensamientos suicidas; pone en balanza varias dimensiones de auto destructividad: pensamiento y deseo. La Escala de Ideación suicida de Beck consta de 19 reactivos explicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse.⁸

Factores de riesgo. El comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras debido a factores genéticos y ambientales. Se asocian frecuentemente con intento de suicidio y suicidio entre niños y adolescentes.

Es importante destacar, también, que los factores y situaciones de riesgo varían de un país a otro y de un continente a otro, dependiendo de los rasgos culturales, políticos y económicos y difieren aun entre países vecinos.

Factores culturales y sociodemográficos el bajo estatus socioeconómicos, y el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgos. Los pueblos indígenas y los inmigrantes pueden ser asignados a este grupo, experimentando no solo dificultades emocionales y lingüística, si no también falta de redes sociales, en muchos casos estos factores se combinan con el impacto psicológico de la tortura, herida de guerra y aislamiento.

Los patrones familiares y eventos negativos durante la niñez, destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes especialmente si no pudieron superar el trauma.

Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativos y desestabilizadores que se encuentran en los niños y adolescentes suicidas son:

Psicopatología de los padres con presencia de trastornos psiquiátricos en particular emocionales. El abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia.

Antecedentes familiares de suicidio e intento de suicidio.

Las Familias violentas o abusivas (Incluyendo abusos físicos y sexuales del niño). Escasos cuidados por los padres con poca comunicación dentro de la familia. Peleas frecuentes entre los padres con agresión y tensiones. Divorcio, separación o muertes de los padres.

Padre con autoridad excesiva o inadecuada y la falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes con un ambiente emocional negativo con rasgo de rechazo y descuido.

Rigidez familiar Familia adoptiva o a fines.⁹

La organización mundial de la salud considera como familia a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonio. En medicina familiar se refiere al grupo social primario formado por individuos con lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar de sus miembros, si se considera a la familia nuclear el modelo familiar más adecuado para el desarrollo del ser humano, se podría inferir que alteraciones en su dinámica provocarían trastornos en la salud y el comportamiento de sus integrantes, especialmente en aquellos más vulnerables.

Desde la última década del siglo XX se observó un cambio importante en la vida social urbana mexicana que obligó a replantar la relación de pareja, no solo por la creciente necesidad de la mujer de participar en el mercado laboral y aportar recursos económicos a la familia sino por su legítimo deseo de la realización personal. Diferentes autores han considerado a la dinámica familiar como un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que esta funcione bien o mal como unidad. En una dinámica familiar normal hay una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite el desarrollo de sus individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás, un instrumento para evaluar el funcionamiento de la familia es el apgar familiar. Este ha sido validado en diferentes familias de la comunidad internacional (norteamericanas, asiáticas e hispanas), y ofrece una correlación alta con pruebas especializadas. Con este instrumento los miembros de la familia pueden evaluar su funcionamiento y manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de sus

parámetros básicos como adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos.¹⁰

La familia es un sistema y las personas sus subsistemas, cuando la familia.

Se reconocen como elementos básicos principalmente a dos características de la familia que le dan un carácter institucional, el primero establece las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer, y el segundo. Determina el reconocimiento de los deberes y los derechos de los padres hacia los hijos.¹¹

Algunos estudios del comportamiento humano señalan que el individuo no puede vivir solo o aislado, pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos, por lo tanto consideran que la vida aparece como una experiencia compartida. Algunos autores, abordaron el tema desde los ángulos psicoanalíticos y psicosociales, declaran que: es la familia la que en condiciones ordinarias tiene la función más importante en la formación de la identidad.¹²

En efecto, es en la familia en la que transcurre la vida del individuo, y en ella también recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica, y psicológica, así como para su socialización. Encontramos acerca de la etimología del término familia esta propuesto por el marqués de Morantes, el cual nos dice que la palabra familia deriva de la palabra latina fámulos, la cual significa "sirviente o esclavo doméstico", vocablo que a su vez deriva del primitivo famul originado de la voz hosca famel.

En la estructura original romana la familia era regida por el padre, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos. Con ello denotaba la idea de subordinación a un grupo de personas que poseen influencia en el desarrollo del individuo (moral, físico, psicológico, social) y contribuyen a su percepción en el medio humano en el que le corresponde vivir.¹³

El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe Entender "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje." En esta definición, en la que están

reunidas tres acepciones de lo que se debe entender por familia, se esboza ya una cierta jerarquización y distribución del poder dentro del seno familiar.

Derecho Es el conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión sexual y la procreación. Para la Legislación Civil de Aguascalientes, conforme a los cambios sociales que se han generado, existen diversas agrupaciones de individuos que habitan una misma casa, por lo que es importante establecer que la garantía de la constitución del patrimonio familiar. Organización mundial de la salud Señala que por familia se entiende "a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre. Adopción y matrimonio". Se ve a la familia como el grupo que en la mayoría debe de predominar dentro la sociedad y que cada uno de los roles de cada uno de los integrantes está pues determinado dependiendo su estructura y conformación de la misma.¹⁴

Consenso Canadiense. Canadá los Censos de 1941,1951 y 1961 definieron a la familia como aquella que consiste de un marido y una esposa, con o sin hijos o un padre con un hijo no casado o niños que viven bajo el mismo techo.

Consenso Americano. En la definición de Estados Unidos de 1950 y 1960 se reconoció como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen relación entre sí consanguíneamente, por el matrimonio o adopción. Aquí se nos permite incluir a familias con uno o ambos padres, abuelos o más personas relacionadas por sangre que vivan bajo el mismo techo.

La definición que ofrece el Censo en 1981 básicamente no difiere de la anterior, aunque se precisa la situación del servicio y de los huéspedes, en 1970 a los huéspedes no familiares se les cede el uso de una o más habitaciones, equipamiento de la misma.

Definición Sociológica. La familia se compone de instituciones que regulan y facilitan el comercio sexual legítimo, la procreación y el cuidado de los hijos, así como también la transmisión de la propiedad privada (H. Gereth y C. Wright Mill).

Definición Antropológica. La Familia es el refugio en el que sus miembros se reponen de las tensiones sociales, el niño y el adolescente aprenden a vivir con el

prójimo y a ensayar su actuación futura y social. Para el adolescente, que el hombre se vuelva su padre o su hermano, y la mujer su madre o hermana (Pierre Furter).

Definición Psicológica. Es una serie de relaciones dialécticas, que al partir de la oposición de la personalidad tiende a superarla en una nueva dialéctica de autoridad y amor; esta nueva dialéctica a su vez puede resolverse en independencia para los hijos, y a su vez esa independencia tiende hacia la responsabilidad personal (nueva pareja) que dialécticamente se afirmará o negará en creación (Julio de Santa Ana).

Bottmore. Señala que "la familia es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente duradera para la procreación y la crianza de los hijos", observamos que la pareja debe estar socialmente unida para tener relaciones sexuales, para que no sean descalificados por la sociedad en la que se encuentran inmersos.

Salvador Minuchin. Es el grupo en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia, el primero de ellos principalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia; y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intra familiares, y por su participación con grupos extrafamiliares.

Sánchez Azcona. La define como "una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para proveer a la procreación y crianza de los hijos, encontramos que el grupo familiar gira en torno a la legitimidad de la vida sexual entre los padres y de la formación y el cuidado de los hijos".

Javier Santacruz várela. Define a la familia como "un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos, y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar"⁶

Enrique Dulanto. La familia es la unidad primordial como experiencia de desarrollo en el adulto y el niño, en la que se contemplan sus primeros triunfos y fracasos y encuentran sus primeros intentos de socialización".

Paúl Shrecker. La familia es una organización de diversos individuos basada en un origen común y destinada a conservar y transmitir determinados rasgos, posiciones, aptitudes y pautas de vidas físicas, mentales y sociales.

Rodríguez de Zepeda. Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.

Berenstein. Conjunto de personas ligadas por lazos de parentesco determinados en virtud de alguna relación consanguínea real o putativa. Se podría llamar familia al sin número de personas que integran al grupo unido por parentesco, de otros, aunque no ligados por lazos familiares se consideran miembros de la familia.

Enrique Pichón Rivier. Estructura social básica, que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo) el cual constituye el modelo natural de integración.

Howard Warron. Es un grupo de individuos típicamente representados por el padre, la madre y los hijos, pero que incluye también grupos en los que falta uno de los padres, o grupos que abarcan a otros parientes hijos adoptivos y en algunas culturas esclavos y sirvientes.

Journal of Home Economics. Una unidad de personas interdependientes que están involucradas en transacciones íntimas y que comparten recursos, responsabilidad a lo largo del tiempo. Existen otras definiciones desde el punto de vista demográfico y descritos como resultados de los censos de población que resultan interesantes mencionar y que a continuación se enlistan.

Censo de 1980 Hogar: conjunto de personas unidas o no por lazos de parentesco que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común, principalmente para comer.

Censo de 1990 Hogar: conjunto de personas unidas o no por lazos de parentesco que residen habitualmente en la misma vivienda particular y se sostienen de un gasto común principalmente para comer. Una persona que vive sola, forma también un hogar.

Hogar familiar: hogar en el que por lo menos uno de los miembros tiene relación de parentesco con el jefe del hogar. Los hogares familiares se clasifican en: Nucleares, Ampliados y Compuestos

Hogar nuclear: constituido por un jefe y su cónyuge con hijos no casados; o un jefe con hijos no casados; dentro de estos hogares puede haber empleados (as) domésticos (as) o no. Se consideran hijos no casados, los hijos casados que viven con sus padres y no viven con su pareja, los hijos solteros, divorciados, viudos y separados, que viven con sus padres.

Hogar ampliado: formando por un hogar nuclear con otros parientes o un jefe con otros parientes. Dentro de estos hogares puede haber empleados (as) domésticos (as) o no. Hogar compuesto: formado por un hogar nuclear o ampliado con personas sin lazos de parentesco con el jefe del hogar.

Hogar no familiar: hogar en el que ninguno de los miembros tiene lazos de parentesco con el jefe del hogar. Los hogares no familiares se clasifican en:

Unipersonales: formado por una sola persona. Corresidentes formado por dos o más personas que no guardan relaciones de parentesco con el jefe del hogar. De estas definiciones y conceptualizaciones, nosotros consideramos a la hecha por Javier Santacruz Varela como la más adecuada para los fines de la Medicina Familiar, ya que encierra todos los conceptos y elementos que estudia la familia, pues la describen de forma más clara y concreta, pero sobre todo porque nos da una visión sistémica del grupo familiar

Dinámica familiar. Es un conjunto de fuerzas positivas o negativas que afectan el comportamiento de cada uno de los miembros de la familia y hace que esta funcione bien o mal como unidad.

Chagoya define que una familia normal: es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.

De la Revilla menciona como familia funcional aquella capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo de vida

familiar en que se encuentre y en relación con las demandas con las percibe desde su ambiente externo.

Elementos de la dinámica familiar:

Los roles familiares: básicos y fundamentales para conocer cual es el papel que juega cada individuo y cada hombre y mujer en el grupo, lo que determina el tipo de familia que tenemos actualmente y las características de funcionalidad o disfuncionalidad en relación con ellos.

Crisis familiares: en el que atraviesa la familia en su desarrollo histórico que tiene que ver en el funcionamiento familia.

Función familiar:

Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada unas de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Disfuncionalidad Familiar:

Es la incapacidad del sistema para enfrentar y superar cada una en las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros. El grado en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional.

Otras posibilidades es clasificar a las familias según su funcionalidad y para esto se pueden utilizar diversos instrumentos. Uno de ellos es el FACES III, el cual resulta fácil de aplicar y simple de evaluar. Tal instrumento puede ser administrado en forma individual, por parejas o por familias, en terapia o cuando se participa en un proyecto de investigación. También ha sido administrado, por correo a grupos numerosos de individuos o familiares. La funcionalidad familiar se mide, según el FACES III, en términos de adaptabilidad y cohesión. La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones (“balanceada” y “rango medio”) y la disfunción familiar, con los niveles “extremos” (modelo Circunflejo).

Se entiende por disfunción familiar el incumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos subsistemas familiares- Las familias en el nivel “rango medio” pueden cambiar al nivel “extremo” y presentar disfunción antes

eventos críticos o después de un evento, asesoría, consejería y/o terapia familiar, tras lo cual también pueden permanecer en el nivel de adquirido, regresar al previo o mejorar su cohesión y adaptabilidad.

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad, así como la adaptabilidad es un elemento fundamental, particularmente, de las enfermedades progresivas, crónicas, recurrentes o que presentan crisis médicas aguda.

El FACES III en su versión español, el cual contiene 20 preguntas: 10 preguntas evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar.

Niveles de cohesión.

-No relacionada o dispersa, 10 a 30

-Semirelacionada o separadas, 31 a 35

-Relacionada o conectada, 36 a 40

-Aglutinada, 41 a 50

No relacionadas dispersas: extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, raras veces pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.

Semirelacionada o separadas: Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre los padres e hijos, se alienta cierta separación personal, se prefiere los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posible las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raras veces son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

Relacionada o conectada: hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefiere las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefiere los intereses comunes, se prefiere a recreación compartida más que la individual.

Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho uno de otros, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones Parento-filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que de los personales, los intereses conjuntos se imponen por mandato.

Niveles de adaptabilidad:

- Rígidas 10 a 24
- Estructurada 25 a 28
- Flexible 29 a 32
- Caótica 35 a 50

Rígidas: El liderazgo es autoritario, existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

Estructurada: En principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces autoritario, la disciplina rara vez es severa, siendo predicable su consecuencia, en un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables, pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

Flexible: El liderazgo es igualitario, permite cambio, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente democrática, al acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

Caótica: liderazgo limitado y/o ineficaz, la disciplina son muy poco severa, habiendo inconsistencia en sus consecuencia, las desiciones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones, y existen alternancia, e inversión en los mismo, frecuentes cambios en las regla, que se hacen cumplir inconsistentemente.

La combinación de los niveles de cohesión con los de adaptabilidad permite clasificar a las familias de acuerdo con su función familiar, en 16 tipos: rígidamente dispersa, rígidamente separada, rígidamente conectada, rígidamente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente separadas, estructuralmente conectada, estructuralmente aglutinadas, flexibilidad dispersa, flexiblemente separada, flexiblemente conectada, flexiblemente aglutinada, caóticamente dispersa, caóticamente separadas, caóticamente conectada, caóticamente aglutinada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercera causa de muerte. No obstante, en todo el mundo se están dando un aumento alarmante de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años de edad. Por lo que se ha estimado que esta cifra podría duplicarse en 20 años. En el estado de Tabasco los registros oficiales coinciden en señalar durante los últimos cinco años una tasa de incidencia de actos consumados de suicidio que fluctuó entre los 7.6 y 9.7 por cien mil habitantes, tasa superior a la registrada a nivel nacional. En el Municipio de Paraíso, Tabasco la prevalencia de suicidios en el 2007 fue de 8 casos, que se han registrado en estadísticas recientes, así como en el 2008 se han reportado 4 casos de suicidios consumados hasta el mes de mayo, geográficamente las zonas con mayor riesgo o frecuencia de suicidio las Comunidades R/a Nicolás Bravo, Bellote, Unión, colonia Quintín Arauz de la cabecera Municipal del Centro, Paraíso, Tabasco. Los Programas para prevención y seguimiento del suicidio que establece la secretaria de Salud en el Municipio con apoyo Psicológico por el servicio de Psicología y Psiquiatría con el programa de Salud mental ha sido muy poco el impacto a la población de adolescentes. Todos estos sucesos se encuentra relacionados con los cambios sociales, culturales y económicos que han impactado el pensar, sentir y hacer de la población, reflejándose en los últimos 20 años en la aparición de padecimientos generados por la violencia social y familiar. El ambiente familiar negativo, caracterizado por problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, constituye uno de los factores de riesgo más vinculados al desarrollo de alteraciones en la salud mental en los hijos, como síntomas depresivos, ansiedad y estrés. Es de suma importancia tratar los aspectos familiares de los adolescentes ya que una familia con disfunción altera la homeostasis de sus integrantes, relacionado al suicidio la integración familiar es un punto importante para a prevención de este padecimiento principalmente en los adolescentes que presentan ideación suicida o intento suicida.

¿CUAL ES LA ASOCIACION DE DISFUNCION FAMILIAR E IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA N.31, PARAISO, TABASCO?

JUSTIFICACION

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, según ha señalado la OMS. (12)

Algo está ocurriendo en las grandes ciudades como Tokio, Nueva York y México donde la gente recurre al suicidio como una forma de escapar de situaciones difíciles, probablemente tiene que ver con la situación económica, pero también un aspecto social.

En una investigación que se hizo en 1995 sobre el suicidio encontramos que algunas personas que recurrían a él, habían vivenciado recientemente un suicidio, de algún familiar: Padre, hermano, primo; o habían tenido noticia de que una persona cercana afectivamente, se había suicidado, entonces parece que el suicidio se contagiara.

Otros de los factores que están relacionados con la conducta suicida es la baja autoestima, esta circunstancia está relacionada con la depresión. Ambos son factores correlacionados con la ideación suicida y el suicidio consumados. Otros factores son la soledad, los problemas económicos, los problemas con los padres, con los compañeros y con ellos puede llevar el pensamiento suicida.

En la mayoría de los países el suicidio se encuentra dentro de las 10 principales causas de mortalidad general, y en muchos de ellos se ubican entre las 3 primeras causas de muerte entre los grupos de 15 a 34 años de edad.

La tendencia a suicidarse es más importante entre los jóvenes de 15 a 30 años y disminuye ligeramente con la edad. Después de los 14 años la tasa aumenta extraordinariamente hasta alcanzar su máximo en el grupo de 20 a 24 años y después hasta los 49 años, para aumentar discretamente entre los 50 y 59 años.

OBJETIVO GENERAL

IDENTIFICAR LA ASOCIACION QUE EXISTE ENTRE LA DISFUNCION FAMILIAR Y LA IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES EN LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA N.31 PARAISO, TABASCO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Aplicar la encuesta de ideación suicida (Escala de Beck) a los adolescentes de la Secundaria Técnica N.31 Paraíso, Tabasco.

Aplicar el Cuestionario de Faces III para identificar la Cohesión y adaptabilidad de los adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica n.31 Paraíso, Tabasco.

Analizar las variables, Edad, Sexo, Religión de los adolescentes de la escuela Secundaria técnica n.31 Paraíso, Tabasco.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo, observacional y de corte transversal con un grupo de adolescentes de la escuela secundaria técnica N0.31 de Paraíso, Tabasco. Ya que no se han realizado investigaciones relacionadas a la ideación suicida en adolescentes.

Es un estudio transversal por que se establece un determinado tiempo en donde permite estudiar la distribución y magnitud del problema. Descriptivo por se dan a conocer las variables en estudio y Observacional por que permite medir las variables en estudio.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Todos los adolescentes que se encuentran inscritos en la escuela secundaria técnica N0 31 que hacen un total de 287 adolescentes hombres y mujeres en el ciclo escolar agosto 2007- Julio 2008, así mismo a las familias de las cuales forman parte.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se determinan para el estudio, a todos los adolescentes que se encuentren inscritos en el plantel en el ciclo escolar agosto 2007- Julio 2008 de la escuela secundaria técnica N0 31 de paraíso, Tabasco, incluyendo las edades de 11 y 15 años de edad en un tiempo determinado que comprende 1 año.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluirán a los adolescentes que se hayan dado de baja temporal y definitiva y así como aquellos que no pertenezcan a la Escuela Secundaria Técnica N.31, del municipio de Paraíso, Tabasco.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Se eliminaran a todos los alumnos que no contestaron o no entregaron la encuesta y los que contestaron mal la prueba.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

Ideación suicida

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Disfunción familiar

Variable	Definición de variable	Tipo variable	Escala de medición de la variable
Edad de los alumnos	Tiempo expresado en años que un ser ha vivido, para el estudio.	Cuantitativa	Años Se establecen rango de edad. 1.- 11 años 2.- 12años 3.- 13 año 4.-14 años 5.-15 años
Sexo	Genero sexual al que pertenecen un ser humano	Nominal	Genero 1.- masculino 2.- femenino

Religión	Creencia religiosa que practica el ser humano	Nominal	Se emplea para el estudio 1.-católica 2.- Previsteriana 3.- Protestantes 4.- sabáticos
Grado de estudio	Grado de estudio en el que se encuentra	Nominal	Establecen para el estudio 1.- Primer año 2.- Segundo año 3.- Tercer año
Ideación suicida	Pensamientos erróneos y desordenados	Nominal	Establece para el estudio la escala de Beck 1.- Ninguno 2.- Débil 3.-Moderado
Disfunción Familiar	El incumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos subsistemas familiares.	Nominal	FASES III 1.-flexiblemente conectados 2.-estructuralmente conectado 3.-estructuralmente separado 4.-flexiblemente separado 5.-caóticamente conectado 6.-flexiblemente aglutinado 7.-estructuralmente aglutinado. 8.-rígidamente conectado 9.-rígidamente separado 10.-estructuralmente desligado. 11.-flexiblemente desligado 12.-flexiblemente desligado 13.-caóticamente

			aglutinado 14.-rígidamente aglutinado 15.-rígidamente desligado 16.-caóticamente desligado
--	--	--	--

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Se realizara la recolección de datos, a través de la aplicación de un cuestionario, que reúna las variables a estudiar, con base en la información previamente revisada y de acuerdo a los antecedentes del problema. Se aplicara dicho cuestionario en forma directa a los alumnos y padres de la población a estudiar, en un lapso de tiempo de 1 año. Se realizan el corte de información conforme el avance y se analizaran los resultados. El interés de este estudio fue enfatizar al suicidio e ideación suicida en los adolescentes y la relación con la disfunción familiar por medio de la aplicación de la escala de Beck y la aplicación del Fases III el cual evalúa cualitativamente la cohesión y adaptabilidad. Se presentara los resultados se interpretaran en graficas y tablas en porcentajes promedio, mediana, moda desviación estándar, X^2 , Riesgo Relativo, Riesgo Atribuible, Riesgo Atribuible a la población.

CONSIDERACIONES ETICAS

En el presente trabajo se omitieron los nombres de los pacientes, así como cualquier dato que permita su identificación. De acuerdo a la información manejada el trabajo no tiene implicaciones éticas.

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
5. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.
6. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.
8. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
10. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.
11. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar

información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

12. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.
13. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
14. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.
15. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
16. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
17. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces,

preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

18. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
19. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.
20. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

LEY GENERAL DE SALUD

CAPITULO VIII

Artículo 28.- Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la salud. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

- A. Reducir la mortalidad infantil.
- B. Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.
- C. Promover la lactancia materna.
- D. Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.
- E. Fomentar los programas de vacunación.
- F. Ofrecer atención pre y post natal a las madres, de conformidad con lo establecido en esta ley.
- H. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.
- J. Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

C. _____ acepto a que se séme realice esta encuesta, ya que después de haber sido informado ampliamente sobre el procedimiento de este trabajo, doy consentimiento al Dr. Francisco Figueroa De Los Santos, Para utilizar los datos que proporcione para apoyar en la investigación sobre la asociación de la ideación suicida y la disfuncionalidad familiar en los adolescentes de la Escuela secunda Técnica N0.31 de Paraíso Tabasco.

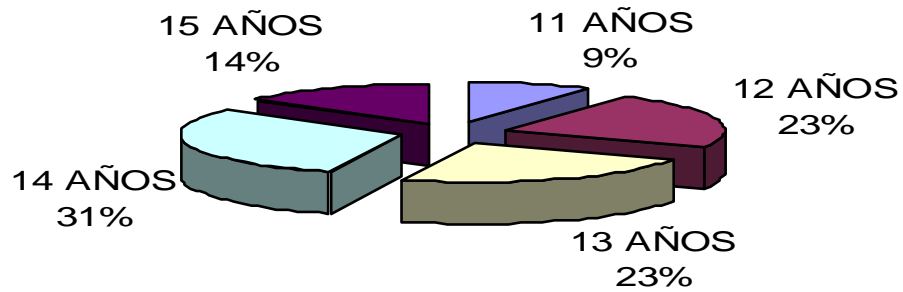
ATENTAMENTE
Firma de conformidad

Paraíso. Tabasco

RESULTADOS

Se realizó un estudio que comprendió a los adolescentes de la escuela secundaria técnica No.31 de Paraíso Tabasco. En la que se estudiaron a 287 adolescentes en donde no se excluyó a ningún alumno, el rango de edad de los adolescentes promedio fue de 14 años, con un 31% y en menor edad de 11 años con un 9%, en donde la prevalencia de acuerdo al sexo lo ocupó el sexo femenino con un 52% y el sexo masculino con un 48 %, así mismo se muestra que el culto religioso que practican los adolescentes predominó la religión católica con un 57%, seguido de la prebiteriana en un 30%, adventistas el 10%, en menor los sabáticos con un 3%. De acuerdo a la escala de Beck, ocupando con un 50.1% de los alumnos que han presentado ideación suicida, seguido de un 31% con ideas más disfunción familiar. Prevalciendo la disfuncionalidad familiar en los adolescentes un 48.7% de los alumnos estudiados, predominando de acuerdo a la cohesión y adaptabilidad Rígido conectado, Caótico conectado, Caótico separado, Flexible desligado. Hay una relación de 30.3% de alumnos estudiados que tienen ideación suicida con disfunción familiar y un 18.4% con ideación suicida sin disfunción familiar.

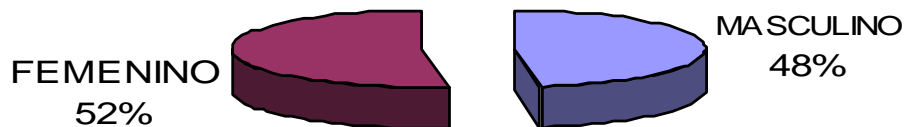
Grafica N01. RANGO EDAD DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA N0.31



FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES DE LA SEC.TECNICA N031 PARAISO TABASCO

En esta grafica se puede mostrar el rango de edad de los adolescentes de la escuela secundaria técnica No.31, en donde predomino la edad de 14 años con un 31% y en menor edad de 11 años con un 9%.

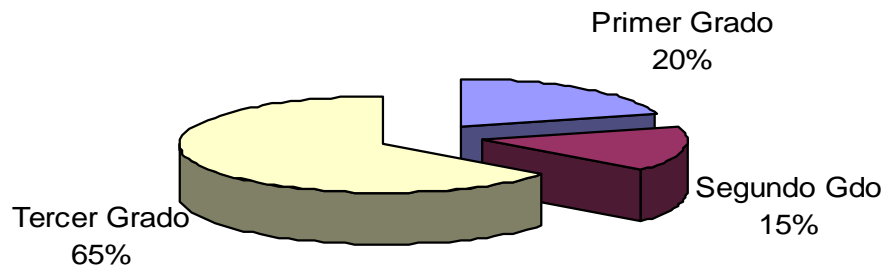
Grafica N0.2 PREVALENCIA DE ACUERDO AL SEXO DE LOS ALUMNSO DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA N0.31



FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES DE LA SEC.TECNICA N031 PARAISO TABASCO

Esta grafica muestra la prevalencia del sexo de los adolescentes en donde el sexo femenino predomina en un 52% y el sexo masculino en un 48%.

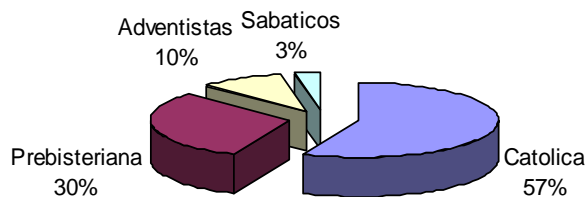
Grafica NO. 3 GRADO ESCOLAR EN EL QUE SE ENCUENTRAN CURSANDO LOS ADOLESCENTES



FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES DE LA SEC.TECNICA N0 31 PARAISO TABASCO

En esta grafica se puede apreciar el grado escolar que cursan los adolescentes, con un 65% lo ocupan los de tercer grado, un 15 % los segundo grado y un 20 % los de primer grado.

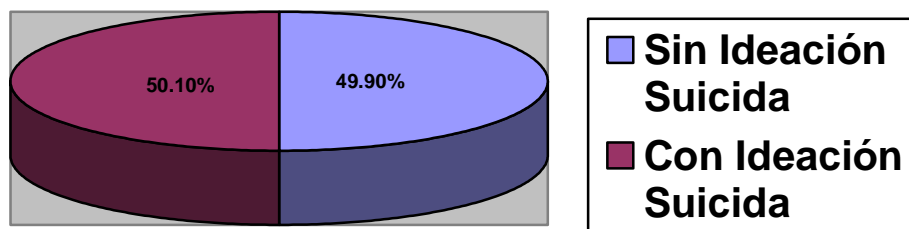
GRAFICA NO.4 PREVALENCIA DE RELIGIONES DE LOS ADOLESCENTES



FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES DE LA SEC.TECNICA N031 PARAISO TABASCO

Esta grafica muestra la prevalencia de acuerdo a la religion que practican los adolescentes de la escuela secundaria técnica N. 31 de paraíso Tabasco, en mayor porcentaje la ocupa la religion católica con un 57%, seguida de la prebisteriana con un 30 %, Adventistas el 10%, en menor porcentaje los sabáticos con un 3%.

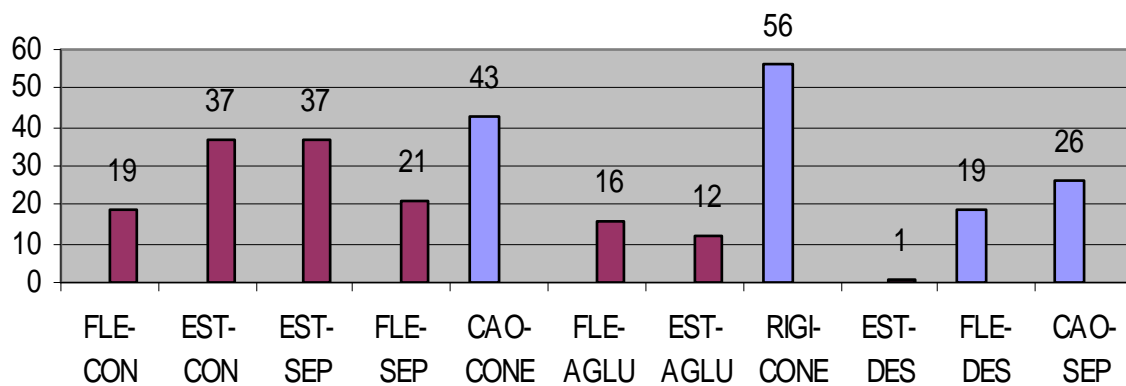
GRAFICO N.5. PREVALENCIA DE IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES DEACUERDO A LA ESCALA DE BECK



FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES DE LA SEC.TECNICA N031 PARAISO TABASCO

Esta gráfica muestra la prevalencia de la ideación suicida en los adolescentes de la escuela secundaria técnica N. 31 de paraíso, Tabasco. De acuerdo a la escala de Beck, ocupando con un 50.1% de los alumnos que han presentado ideas suicidas, seguido de un 49.9% de los alumnos que no presentan riesgo suicidas.

GRAFICNo.6 prevalencia de disfuncionalidad familiar y la ideacion suicida de la esc. secundaria tec n.31



FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A ADOLESCENTES DE LA SEC.TECNICA N031 PARAISO TABASCO

En esta tabla se puede observar la prevalencia de disfuncionalidad familiar de los adolescentes de acuerdo a la cohesión y adaptabilidad en mayor numero el grupo de rígido conectado, seguido de caótico conectado, caótico separado, flexible desligado.

TABLA NO. 1 FUNCIONALIDAD DE FAMILIAS DE LOS ADOLESCENTES CON IDEACION SUICIDA Y SIN IDEACION SUICIDA

	DISFUNCIONAL FAMILIAR	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	TOTAL
IDEACION SUICIDA	87	57	144
SIN IDEACION SUICIDA	53	90	143
TOTAL	140	147	287

$\chi^2 = 15.66\%$ $P = 0.00007$ $RR = 2.59$ $RA: 23.4\%$ $FAP: 22.7\%$

Se demuestra que existe asociación entre la disfunción Familiar y la ideación suicida, en donde los adolescentes con disfunción familiar tienen 2.59 veces mas de tener la ideación suicida, así como los adolescentes tienen 23.4% de tener idea suicida, y el 22.7% de la población estudiada presenta idea suicida.

DISCUSION

En estudio realizado por Cornelio Ortiz en 1998, demuestra que las mujeres tienen mayor riesgo de presentar ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. En este estudio el género que predominó es el sexo femenino un 52% en relación al masculino 48%.

Este mismo autor señala que el nivel escolar el mayor número de casos suicidas se registran en individuos con escolaridad primaria incompleta un 60.3 %. En este estudio la población de edad que más predominó es el tercer grado de Secundaria con un 65%.

En un estudio de Ernesto Ortiz y col, los sujetos de religión católica se suicidaron en un 70% y en menor proporción los protestantes.

En este estudio predominó la religión católica en un 57%, seguida de la prebisteriana.

Según cifras de la OMS, la tasa de suicida aumenta con la edad. En todo el mundo se esta dando un aumento alarmante de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años de edad.

Según Puente E, la tasa de mortalidad se incremento entre las edades de 11 a 19 años de edad con un incremento mas marcado en las mujeres.

En relación a este estudio el grupo de edad de adolescentes 11 a 15 años de edad, predominó la edad de 14 años un 31%.

El suicidio es el punto culminante y el mas visible de una serie de problemas que pueden presentarse juntos o por separados y que pueden deberse a factores económicos, predisposición genética, conflictos familiares, desintegración social o falta de identificación, las enfermedades mentales hasta un 90 %. Así mismo los adolescentes estudiados en la Escuela Secundaria Técnica N. 31 de Paraíso, Tabasco se encontró un 50.1% con ideación suicida y un 48.7% de ellos con disfunción familiar como unos de los factores determinante en la ideación suicida.

CONCLUSIONES

Con este estudio que se realizó a los adolescentes de la escuela secundaria Técnica No 31 de Paraíso Tabasco. Se sugiere un estudio con mayor población para poder establecer un mejor criterio. Ya que la prevalencia de la ideación suicida de acuerdo a la escala de Beck, ocupado con un 50.1% de los alumnos con ideación suicida, se demostró que la disfuncionalidad familiar es un factor riesgo de la ideación suicida en los adolescentes en donde la disfunción familiar tienen 2.5 veces más probabilidades de presentar ideación suicida.

La prevalencia de la disfuncionalidad familiar en los adolescentes estudiados es de 48.7%, predominando el grupo de Rígido conectado, Caótico Conectado, Caótico separado, Flexible desligado. Todo estos datos indican que más de la mitad de alumnos estudiados presenta ideas suicidas, en donde predominante el femenino, la edad de 14 años, los de la religión católica, de 3er grado de secundaria y la prevalencia de los alumnos que presentaron disfunción familiar e ideación suicida es de 30.3%.

RECOMENDACIONES

Identificar oportunamente en los módulos de atención primaria a la salud, sobre el suicidio e ideación suicida con la aplicación de test, así mismo dar seguimiento con servicios apoyo psicológico. Fomentar en los adolescentes actividades recreativas a fin tener una mejor integración social, promover la educación y orientación en las escuelas de educación media superior sobre el suicidio e ideación suicida , así mismo emprender acciones preventivas para disminuir en la medida que se pueda la ideación suicida y el suicidio, Así mismo brindar orientación y consejería a la familia individual, de pareja o familiar para Favorecer una mejor integración familiar y social afín de mejorar la calidad de vida familiar para su mejor integración bio-psico social.

Referir a los alumnos que presentaron ideación suicida al servicio de Psicología y psiquiatría al Hospital Regional Paraíso, Tabasco, para su atención inmediata y oportuna y así como también llevar seguimiento de su asistencia.

Referir a los alumnos y a sus familiares que presentaron disfunción familiar a terapia familiar al Hospital Psiquiátrico de Villahermosa, Tabasco, y además me compete como Medico Familiar formar 7 grupos de 20 Adolescentes con nombre de “Club de Salud Mental” y con apoyo de Psicología, Psiquiatría y formar un cronograma de platica que se impartirán cada mes temas como dinámica familiar, personalidad, genero, alcoholismo, drogadicción, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Ortiz M, Cornelio D, Reynoso O. Factores de riesgo suicida en los municipios de Cárdenas, Comalcalco y Centro de Tabasco. Salud en Tabasco 2002: 8 N.3: 107-114
- 2.- Trastornos mentales y Cerebrales Ginebra 2006 www.oms.org.mx
- 3.-Puentes E, López L, Martínez T. La mortalidad por suicidios México 1900-2001. Salud Publica .2004: 16 N. 2: 102-109
- 4.- Gutiérrez AG, Contreras CM, Orozco RC. El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental México.2006: 29. N. 005: 66-74
- 5.- González C, Berenzon S, Tello AM, Facio D. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Publica.Mexico 1998: 40: 430-437
- 6.- Serrano MG, Flores MM. Estrés respuesta de afrontamiento de ideación suicida en adolescentes. Psicología y salud. Xalapa Veracruz. México.2005: 15 N.002: 221-230
- 7.-Andrade S. Como evitar el suicidio en Adolescentes. Revista Trimestral Latinoamericana y Caribeña de desarrollo sustentable. 2004: 4: N.14
- 8.-González S, Díaz A, Ortiz S, González C, González JJ. Características Psicometricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck en Estudiantes Universitario de la Ciudad de México. Salud Mental. México 2000: 23, N.2.
- 9.-Bertolote J. Prevención de suicidio. Trastornos Mentales y Cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías (OMS) Ginebra 2001.
- 10.-Mendoza LA, Soler E, Sainz L. Gil I, Mendoza HF, Perez C. Analisis de la Dinamica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Medicina Familiar 2006: 8 (1): 27-32
- 11.- Membrillo A, Fernández MA, Quiroz R, Rodríguez J. Familia introducción al estudio de sus elementos. Colegio mexicano de medicina familiar Primera. Edición 2008.
- 12.- González RJ. Vázquez E. Garibay. Sánchez E. Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24meses que acuden a una unidad de atención primaria. Instituto mexicano del seguro social de Guadalajara México 2007: 64:143-152

- 13.- Ponce R, ER, Gómez FJ, Terán TM, Irigoyen CA y Landgrave IS. Validez de constructor del cuestionario FACES III en español (México). *Atención primaria* 2002 30(10): 624-630
- 14.- De la Revilla AL. *Influencias socioculturales en los cuidados de salud*. Elsevier España 2003: 10: 582-583
- 15.- Zapata J, Figueroa M, Méndez N, Miranda V. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Septiembre –octubre 2007*: 64: 296

ANEXOS

ESCALA DE IDEACION SUICIDA (SSI). Beck; Kovacs y Weissman (1979).

I. Características de la actitud hacia la vida/muerte

1. Deseo de vivir

0. Moderado a intenso

1. Débil

2. Ninguno

2. Deseo de morir

0. Ninguno

1. Débil

2. Moderado o intenso

3. Razones para vivir/morir

0. Las razones para vivir son superiores a las de morir

1. Iguales

2. Las razones para morir son superiores a las de vivir

4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio

0. Ninguno

1. Débil

2. Moderado a intenso

5. Intento pasivo de suicidio

0. Tomaría precauciones para salvar su vida

1. Dejaría su vida/muerte en manos del azar (por ej: cruzar descuidadamente una calle muy transitada).

2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej: un diabético que deja de tomar la insulina)

II. Características de los pensamientos/deseos suicidas

6. Dimensión temporal: duración

0. Breve, períodos pasajeros

1. Períodos más largos
 2. Continuo (crónico), o casi continuo
7. Dimensión temporal: frecuencia
0. Rara, ocasional
 1. Intermitente
 2. Persistente o continuo
8. Actitud hacia el pensamiento/deseo
0. Rechazo
 1. Ambivalencia, indiferencia
 2. Aceptación
9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.
0. Tiene sensación de control
 1. No tiene seguridad de control
 2. No tiene sensación de control
10. Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).
0. No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
 1. Los factores disuasivos tienen cierta influencia
 2. Influencia mínima o nula de los factores disuasorios (si existen factores disuasorios, indicarlos)
11. Razones del proyecto de intento
0. Manipular el medio, atraer la atención, vananza
 1. Combinación de 0 y 2
 2. Escapar, acabar, resolver problemas
- III. Características del proyecto de intento
12. Método: especificación/planes
0. No los ha considerado
 1. Los ha considerado, pero sin detalles específicos
 2. Los detalles están especificados/bien formulados
13. Método: accesibilidad/oportunidad
0. Método no disponible; no hay oportunidad

1. El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
- 2 a. Método y oportunidad accesible
- 2 b. Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.

0. No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
1. Inseguro de su coraje, competencia
2. Seguro de su competencia, coraje

15. Expectativas/anticipación de un intento real

0. No
1. Incierto, no seguro
2. Sí

IV. Realización del intento proyectado

16. Preparación real

0. Ninguna
1. Parcial (ej: empezar a recoger píldoras)
2. Completa (ej: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17. Notas acerca del suicidio

0. No escribió ninguna nota
1. Empezaba pero no completada, solamente pensó en dejarla
2. Completada

18. Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej: seguro, testamento, donaciones)

0. Ninguno
1. Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
2. Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19. Engaño/encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

0. Reveló estas ideas abiertamente
1. Fue reacio a revelarlas
2. Intentó engañar, encubrir, mentir

V. Factores de fondo

- 20. Intentos previos de suicidio
 - 0. Ninguno
 - 1. Uno
 - 2. Más de uno
- 21. Intención de morir asociada al último intento
 - 0. Baja
 - 1. Moderada, ambivalente, insegura
 - 2. Alta

**ESCALA DE FACES III FUNCIONALIDAD FAMILIAR
CALIFICACION**

Nunca: (1) Casi nunca: (2) Algunas veces: (3) Casi siempre:(4) Siempre:(5)

POR FAVOR DESCRIBA A SU FAMILIA	1	2	3	4	5
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas.					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11.- Nos sentimos muy unidos.					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13.- Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente.					
14.- En nuestra familia las reglas cambian.					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19.- La unión familiar es muy importante.					
20.-Es difícil decir quién hace los quehaceres de la casa.					