



---

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO

**ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES BIOPSIICOSOCIALES E  
INTENTO/IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA  
JURISDICCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20  
VALLEJO**

**TESIS**

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA**

DR. GREGORIO GONZÁLEZ GÓMEZ.

**TUTOR:**

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA.

**ASESOR METODOLÓGICO:**

DRA. MARÍA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR

**GENERACIÓN 2016-2019**

Facultad de Medicina



**CIUDAD DE MÉXICO 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES BIOPSIICOSOCIALES E  
INTENTO/IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA  
JURISDICCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO**

Vo. Bo.

---

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA.  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMF No. 20 VALLEJO**

**ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES BIOPSIICOSOCIALES E  
INTENTO/IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA  
JURISDICCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO**

Vo. Bo.

---

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA  
**TUTOR.**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR  
Y PROFESOR TUTULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
**UMF 20 VALLEJO**

**ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES BIOPSIICOSOCIALES E  
INTENTO/IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA  
JURISDICCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO**

Vo. Bo.

---

**DRA. PILAR LAVIELLE SOTOMAYOR**  
**ASESOR METODOLÓGICO.**  
INVESTIGADOR ASOCIADO "B", UNIDAD DE INVESTIGACION EN  
EPIDEMIOLOGIA CLINICA,  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI, IMSS**

**ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES BIOPSIICOSOCIALES E  
INTENTO/IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA  
JURISDICCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO**

Vo. Bo.

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR  
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
UMF 20 VALLEJO**

## Agradecimientos

*En primera instancia agradezco a **Dios**, el patrón, el maestro y el médico de médicos, por concederme el regalo de la vida, colocarme en el camino de la medicina y por tener tan maravillosos planes hacia conmigo cristalizando un objetivo más al especializarme en Medicina Familiar.*

*Mis agradecimientos infinitos a **mi familia, Cecy y Mau, mis padres y a Olivia mi hermana** por ser el pilar fundamental de lo que soy, por buscar las mejores oportunidades para mi crecimiento personal, por realizar lo inimaginable para que alcanzara mis sueños, por inculcarme los valores y principios que me han llevado hasta donde estoy, gracias por motivarme a ser una mejor persona, gracias por creer en mí siempre y por demostrarme en todo momento su inquebrantable apoyo y su inagotable amor.*

*A mis amigos **Fer Esquivel, Jacky Mendoza, Jesús Reyes, Jucha Resendiz, Yolanda Salazar, y a mis “iluminati” Yuny Campos, Lupiska Centeno, Pau Calixto y Martin Aceves;** por recorrer conmigo esta aventura, por ser mis cómplices mis compañeros y mis hermanos, por tener siempre un conocimiento, una meta y un sueño que compartir, por esa palabra de aliento en los momentos más críticos, por ese abrazo al alma cuando más lo necesite, por sus reconfortantes oídos siempre escuchas para mí, por su incansable lealtad, por todos esos momentos de alegría y por darle un nuevo significado a la palabra amistad.*

*A mis profesoras titulares del curso de especialización, las doctoras **María del Carmen Aguirre García**, quien me enseñó que cualquiera puede escribir pero la diferencia radica en el pizarrón en el que lo hace, a la **Dra. Santa Vega Mendoza** por sus enseñanzas, su disciplina y su pasión por la enseñanza y a la **Dra. Pilar Lavielle Sotomayor** por las incansables horas de trabajo en investigación siendo pieza fundamental de este trabajo, para ellas mi agradecimiento por formarme como un Médico Familiar empoderado, profesional, y con las competencias necesarias para enfrentar los problemas de salud de nuestro país.*

*Aunque el camino no fué fácil, le doy gracias a la **Universidad Nacional Autónoma de México división de postgrado y al Instituto Mexicano del Seguro Social** por proveerme de las herramientas necesarias para mi desarrollo académico y profesional, haciéndome sentir orgulloso de pertenecer a ellos.*

## **Dedicatoria**

*Quiero dedicar el presente y lo que significa para mí, a la persona que ha estado conmigo en todo momento, a quien ha contribuido incondicionalmente para que este trabajo sea posible, a quien creyó en mí y ha sido más que mi compañera, mi maestra de vida, a esa persona que Dios eligió como instrumento para mostrarme su amor y bondad infinitos y sin la cual esta investigación no sería posible.*

*Ella llegó cuando mi espíritu dormía y parecía estar destinado a extinguirse, sin embargo el creador tenía otros planes para mí y me mando de una manera indescriptiblemente mágica a mi flaca hermosa, para que fuera mi compañera, mi amiga, mi amante, mi inspiración, mi motivación, mi confidente, mi cómplice, mi motor, mis ganas, mi entereza y mi reciproco equilibrio que sin deudas emocionales me enseñó el amor.*

*Así arribó en el momento exacto, para ser mi voz, mis pies y las alas de mi libertad, llego a engrandecer mi vida, sobre todo cuando sus manos fueron el escenario de mi existencia e iluminó mi alma en los sombríos momentos que atravesé.*

*Amándola entre los minutos, entre las horas y para siempre, dedico las siguientes páginas, con mi más profundo amor, respeto y admiración a **mi esposa Ana Elizabeth Juárez Rangel.***

## INDICE.

Título.....	10
Resumen.....	11
Introducción.....	13
Antecedentes.....	15
Planteamiento del problema.....	21
Objetivos.....	22
Hipótesis.....	23
Sujetos, material y métodos.....	24
Resultados .....	52
Discusión.....	63
Conclusiones.....	67
Recomendaciones.....	68
Referencias Bibliográficas.....	69
Anexos.....	72

**“Asociación entre factores biopsicosociales e intento/ideación suicida en adolescentes adscritos a la jurisdicción de la unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo”**

## RESUMEN

### “Asociación entre factores biopsicosociales e intento/ideación suicida en adolescentes adscritos a la jurisdicción de la unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo”

González-Gómez Gregorio<sup>1</sup>, Aguirre-García María<sup>2</sup>, Lavielle-Sotomayor Pilar<sup>3</sup>.

1. Residente de tercer año de Medicina Familiar. UMF No. 20

2. Profesor titular en Medicina Familiar.

3. Doctora en epidemiología clínica Unidad. CMN Siglo XXI

**Introducción:** el suicidio es de las primeras causas de muerte en adolescentes identificado como un problema de etiología múltiple. **OBJETIVO.** Determinar la asociación entre factores biopsicosociales e intento/ideación suicida en adolescentes adscritos a la UMF No.20. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio analítico, en 1063 adolescentes entre 15- 19 años, ambos sexos, con/sin intento / ideación suicida. Previo consentimiento informado, se aplicó escala de BECK modificada, Escala de relaciones Intrafamiliares de Rivera-Heredia, AMAI para nivel socio económico y encuesta nacional de adiciones. **RESULTADOS** Se estudiaron 1063 sujetos, media de edad de 16±2 años, 65% mujeres(n=691), con edad entre 15-16 años en 51.6%(n=549) y el 49.3%(n=524) de nivel socioeconómico medio alto. Prevalencia de ideación en 26%(n=276), intención suicida en 41.3%(n=439). Factores asociados a ideación suicida fueron: sexo femenino p=0.04 (IC 95% 1.00-1.81) OR=1.34; relaciones intrafamiliares malas p=0.001 (IC al 95% 1.22-2.37) OR=1.7, relaciones intrafamiliares muy malas p=0.000 (IC al 95% 1.33-2.65) OR=1.88 ; consumo de drogas p=0.042 (IC al 95% 1.01-2.26) OR=1.51 y percepción mala del estado de salud p=0.014 (IC al 95% 1.13) OR=1.98. Los factores asociados a intento suicida son edades entre 16 a 19 años, p=0.001 (IC al 95% de 1.16-1.98) OR=1.52 y relaciones intrafamiliares malas y muy malas p=0.000 (IC al 95% 1.25-2.07) OR=1.61. **CONCLUSIONES.** El riesgo de ideación e intento suicida aumenta con relaciones intrafamiliares malas y muy malas, por lo que es importante su detección y atención oportuna a las familias adolescentes.

**PALABRAS CLAVE:** ideación suicida, intento suicida, adolescentes, factores biopsicosociales.

## SUMMARY

### "Association between biopsychosocial factors and suicidal intent / ideation in adolescents assigned to the jurisdiction of Family Medicine Unit No. 20 Vallejo"

González-Gómez Gregorio <sup>1</sup>, Aguirre-García María<sup>2</sup>, Lavielle-Sotomayor Pilar<sup>3</sup>.

1. Resident of third year of Family Medicine. UMF No. 20
2. Full Professor in Family Medicine.
3. Doctor in clinical epidemiology Unit. CMN Siglo XXI

Introduction: suicide is one of the first causes of death in adolescents identified as a problem of multiple etiology. **OBJECTIVE.** To determine the association between biopsychosocial factors and suicidal intent / ideation in adolescents assigned to the UMF No.20. **MATERIAL AND METHODS:** Analytical study, in 1063 adolescents between 15-19 years, both sexes, with / without intent / suicidal ideation. After informed consent, a modified BECK scale, Rivera-Heredia intra-family relationship scale, AMAI for socio-economic level and ENA for alcohol and substance use and abuse were applied. **RESULTS** We studied 1063 subjects, average age of  $16 \pm 2$  years, 65% women (n = 691) and 35% men (n = 372), 51.6% (n = 549) age between 15-16 years and 49.3% (n = 524) has a mean NSE. Prevalence of ideation is 26% (n = 276), suicidal intention of 41.3% (n = 439). Factors associated with suicidal ideation are: female sex p = 0.04 (95% CI 1.00-1.81) OR = 1.34, bad intrafamilial relationships p = 0.001 (95% CI 1.22-2.37) OR = 1.7, very poor intrafamilial relationships p = 0.000 (95% CI 1.33-2.65) OR = 1.88, drug use p = 0.042 (95% CI 1.01-2.26) OR = 1.51 and poor perception of the state of health p = 0.014 (95% CI 1.13) OR = 1.98. The factors associated with suicide attempt are ages between 16 to 19 years, p = 0.001 (CI of 1.16-1.98) OR = 1.52 and poor and very bad intrafamilial relationships p = 0.000 (CI 1.25-2.07) OR = 1.61 **CONCLUSIONS:** The suicidal ideation / attempt has a multifactorial etiology, the risk increases with bad and very bad intrafamilial relations **KEYWORDS:** suicidal ideation, suicidal attempt , adolescents, biopsychosocial factors.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las principales causas de muerte en los adolescentes, además de que se define como la epidemia del siglo XXI ya que se ha colocado como la primera causa de muerte violenta en el mundo, La ideación suicida se estima que ocurre del 13.5% al 19.6 % de los jóvenes en los estados unidos de América, con un pico máximo durante la adolescencia. En relación a este problema, la OMS, informó que aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio en el año 2014, y que las tasas de suicidio global han aumentado en un 60% en los últimos 45 años, lo que le ha permitido alcanzar la decimotercera causa principal de muerte en el mundo. Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones auto infringidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad. (OECD, OMS, INEGI)

En México en 2013 se registraron 5 909 suicidios, lo cual representa el 1% del total de las muertes registradas, esto lo coloca en la decimo cuarta posición como causa de muerte, presentando una tasa de 5 por cada 100 mil habitantes. Las entidades federativas que presentaron mayor incidencia son Aguascalientes, Campeche y Quintana Roo, y el 40.8 % de los suicidios ocurren en jóvenes de 15 a 29 años. (INEGI 2015)

Del total de suicidios ocurridos, el 81.5% fueron consumados por hombres y el 18.5 por mujeres, siendo el ahorcamiento el método más utilizado para consumir el suicidio con el 77.3%. (INEGI 2015)

La secretaria de salud en 2014 registro 2292 egresos hospitalarios a causa de lesiones autoinfringidas (INEGI 2016) en tanto en DIF de la ciudad de México atendió en el periodo de 2016 a febrero de 2017 a 127 mujeres y a 44 hombres que intentaron suicidarse o que tuvieron intención suicida , en cuanto a datos por delegación Xochimilco ocupa el primer lugar en intentos suicidas con 62 casos atendidos, le siguen Iztapalapa y milpa Alta con 37 y 28 casos respectivamente, el cueto lugar lo ocupa la delegación Gustavo A. Madero con 14 casos.

Se calcula que por cada muerte atribuible al suicidio se producen de 10 a 20 intentos fallidos de suicidio que se traducen en lesiones , hospitalizaciones, además de causar alteraciones en la dinámica familiar y orden publico ya por cada suicidio que se realiza en la ciudad de México en las instalaciones del transporte colectivo metro le cuestan alrededor de 2 mdp a este sistema y el 2% del gasto en salud para nuestro país, de este presupuesto así 12 % de este es para atención a esta entidad nosológica. Ocupa el 2% de las camas en hospitalizaciones, además como problemas de accesibilidad ya que el 77% de los hospitales se encuentran en las grandes ciudades o cerca de ellas.

Sabiendo que la ideación suicida no solo es el primer eslabón de la cadena hacia el suicidio, sino también es considerado como factor de riesgo para que este evento ocurra , es de vital importancia evaluar cuales son las principales variables que se relacionan con la ideación y el intento suicida en nuestra población con la finalidad de que el personal de salud , las familias y la población en general aprendan a identificar a los pacientes adolescentes blanco o vulnerables en materia de ideación e intento suicida.

Con base en la atención integral a los derechohabientes y sus familias, además de considerar el programa prioritario de atención al adolescente como parte de las estrategias para trabajar en la prevención primaria de muertes por suicidio en los adolescentes mexicanos y sin perder de vista que existe una alta incidencia de suicidio en la población adolescente de nuestro país , es necesario realizar estudios para identificar cuáles son los factores que están estrechamente relacionados con la ideación y la intención suicida.

## ANTECEDENTES

El suicidio es definido como la epidemia del siglo XXI, ya que se ha colocado como la primera causa de muerte violenta en el mundo (1) y se ha convertido en un importante problema de salud pública. De acuerdo a la OMS en 2015, anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y de estos, un número mayor intenta hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países, dejando efectos negativos duraderos para los allegados del suicida. (2)

El suicidio se puede producir a cualquier edad, y esto lo coloca como la segunda causa de muerte en los adolescentes después de los accidentes (3). En 2015 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo (4-2)

El departamento de salud mental y abuso de sustancias de la OMS, sostiene que el suicidio provoca más muertes que los asesinatos y las guerras, ya que cada 60 segundos alguien se quita la vida en el mundo. Entre los países que registran las mayores tasas de suicidios están Finlandia, Rusia, Bielorrusia, Ucrania y otros del ex bloque soviético, mientras que entre los países en desarrollo se encuentran Sri Lanka, Mauricio y Cuba. (5-1).

En México, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 6 285 personas se quitaron la vida en 2015, esto representa una tasa de 5.2 fallecidos por cada 100 mil habitantes, aunque es muy alejado de países como Rusia, Lituania o Kazajstán, en donde se reportan más de 30 suicidios por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, estas cifras han aumentado ya que en el año 2000 la tasa era de 3,2 por cada 100,000 habitantes. Las entidades federativas con mayores tasas de suicidio son Chihuahua y Quintana Roo con tasas de 11 y 9 suicidios por cada 100,000 habitantes, respectivamente, seguidos de Aguascalientes, Chiapas y Yucatán. (6)

La ideación suicida se estima que ocurre del 13.5% al 19.6 % de los jóvenes en los estados unidos de América, con un pico máximo durante la adolescencia (7).Es importante destacar que, por cada suicidio pueden producirse hasta 20 intentos fallidos, considerando este dato, estaríamos hablando de que alguien intenta suicidarse en el mundo cada tres a cinco segundos.

En el caso de la intención suicida , se calcula que en México, por cada suicidio consumado hay de ocho a diez intentos de suicidio y por cada intento suicida , por lo menos ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo (8).Por otra parte, el Consejo de la Asamblea Parlamentaria de Europa (Parliamentary Assembly Council of Europe) en un informe emitido en el 2008, describió que el 15% de los adolescentes que han tenido una tentativa de suicida son reincidentes y que el 75% de estos sujetos no fueron hospitalizados.(9). Otro dato encontrado en México por Kjoller y Helveg-Larsen (2000) mencionan que en promedio, solo cerca de 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público y estos casos no son necesariamente los más graves.(10)

Diversos autores describen que el suicidio es el resultado de la interacción entre factores biológicos, de desarrollo y sociales, de tal forma que el considerar que suicidio es un fenómeno multifactorial, ha permitido la construcción teórica de modelos explicativos psicosociales que permiten evaluar desde diversos contextos y dimensiones los factores que inciden directa e indirectamente en el suicidio.(11,9) El suicidio se conceptualiza como un proceso, pues este implica un conjunto de acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida. Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática

Miranda en el 2009 señaló cinco etapas, aclarando que no necesariamente tienen que ser secuenciales: Ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida, y el suicidio consumado.(12)

Por su parte, Jiménez y González-Forteza (2003), han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida. (13,1)

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que esta es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. (14,10)

Además Pérez (1999) considera una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte para definir la ideación suicida. (15,10).

En este contexto, ideación suicida, se define como las primeras manifestaciones conductuales del suicidio que van desde expresiones que denotan una dificultad para vivir como “no vale la pena vivir”, hasta manifestaciones que se acompañan de intención de morir o de un plan suicida.

Es decir, la ideación suicida es considerada como un evento inicial (Kantor, 1971) y no como un evento mediador de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos). En otras palabras, la ideación suicida, no es una entidad diferente a la conducta suicida que pueda ser considerada como factor asociado o de riesgo. (16)

Continuando con la conceptualización del problema, se sabe que, el intento suicida, definido como la acción orientada a provocar la muerte que no logra su objetivo (Amezcuá, 2003), forma parte de este eslabón que se inicia con una idea de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida, aunque la intención de morir no es un criterio necesario para el comportamiento suicida no letal.

En relación a la prevalencia de comportamiento suicida no letal al igual que en el suicidio letal, es difícil contar con datos fidedignos puesto que las personas que intentan suicidarse comúnmente no acuden a los centros de salud por diversas

razones que van desde aspectos culturales hasta limitantes legales ya que en algunos países en desarrollo aun se considera el intento suicida como un delito. Una investigación realizada por Kjoller y Helveg-Larsen (2000) menciona que en promedio, solo cerca de 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público y estos casos no son necesariamente los más graves. (17)

De acuerdo a datos proporcionados por McIntosh, (2004), el comportamiento suicida no letal es más prevalente en los jóvenes que en las personas mayores. Estos investigadores estimaron que la razón entre el comportamiento suicida letal y el no letal en los mayores de 65 años es del orden de 1:2-3, mientras que en los jóvenes menores de 25 años la razón puede alcanzar un valor de 1:100-200.

En relación con el género Moscicki ha observado que las mujeres presentan tasas más altas de conductas e ideación suicida que los hombres: sin embargo las tasas de mortalidad generadas por dichas conductas son mayores en hombres en una relación de 4:1 (18).

En México Pérez Amezcua y cols. en 2010 (19,1), reportaron que de la población total el 47% de los estudiantes tuvieron al menos un síntoma de ideación suicida y 9% informaron un antecedente de intención suicida. Por su parte, Borges y cols. en 2008 encontraron que el 11.5% de los encuestados informaron ideación suicida, y el 3.1% un intento de suicidio, en sujetos de 12 a 17 años (20,)

En la literatura de poblaciones internacionales Pawłowska y cols. en 2015 (21) mencionaron que el 47,65% de los encuestados había informado ideación suicida, y el 10% de los adolescentes presentaron intención suicida, esto ocurrió en sujetos de 13 a 19 años.

Selby, Yen, y Spirito, (2013); Xu, Murphy, Kochanek y Bastian, (2016); indicaron que las características psicológicas individuales y la depresión, predicen ideación suicida (22).

Una investigación previa sugiere una relación positiva entre los niveles de estrés diario e ideación suicida en adolescentes (Miller, Esposito-Smythers, y Leichtweis, 2016), sin embargo no se encuentran estudios que revelen datos específicos sobre la autopercepción del estado de salud. (23)

Otros estudios en donde se revelan que el entorno familiar también predice la ideación suicida, ya que encontraron que adolescentes de bajo nivel socioeconómico y cohabitar con uno de los padres, son más propensos a manifestar ideación suicida (Zubrick 2016).(24) Curiosamente, esta población ha mostrado mayor nivel de Ideación suicida que los adolescentes que viven con padres de crianza temporal, sin embargo también, se encontró en otras investigaciones, que un ambiente hogareño, un estado socioeconómico medio y vivir con los padres también afectó la probabilidad ideación suicida.(25)

Además Thakur y cols. (2009) reportaron que problemas preocupantes en la familia (abuso verbal o físico y la imagen distorsionada consciente del cuerpo) tuvieron mayores probabilidades de ideas suicidas. (26). Otros estudios revelan que la inestabilidad familiar también predice un reducido soporte para los adolescentes y esto aumenta la ideación suicida (Adrian, Miller y McCauley). (27,28)

En previas investigaciones realizadas por Bao, Li, y Wang, (2016) encontraron que los comportamientos problemáticos (es decir, beber, fumar e inicio de actividad sexual no convencional (homosexual, lesbica etc..) predijeron ideación suicida de forma significativa, ya que estas conductas a menudo se utilizan como intentos para hacer frente a estados psicológicos negativo por ejemplo, depresión, estrés, entre otras.(29) En este sentido se sabe que los adolescentes de 13 a 16 años que habían usado las sustancias antes de la adolescencia temprana eran más propensos a presentar ideación suicida; tales comportamientos están probablemente asociados con la depresión y pueden estimular pensamientos de suicidio (30)

En diversas investigaciones se ha encontrado que la ideación suicida aumentaba gradualmente hasta la mitad de la adolescencia y luego disminuye levemente; Musci en 2016 informó un pico de ideación suicida en el séptimo grado y una disminución constante en grados posteriores. No obstante se observó que los adolescentes tenían 12 veces más probabilidades de intentar suicidarse si contaban con antecedente de ideación suicida antes de los 15 años, sin diferencias de género (31, 32,33).

De acuerdo al Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en 2013; se encontró que más mujeres adolescentes participan ideación suicida, con respecto a los adolescentes varones, pero que más hombres intentan suicidarse (34)

Una investigación realizada en Corea del Sur, reportó que el 17% de los adolescentes que se suicidan son de nivel socioeconómico muy bajo. Los estudiantes de bajo nivel socioeconómico pueden percibir bajo apoyo educativo, lo que agrava la relación con la ideación suicida (35,21)

De lo anteriormente expuesto, la investigación en ideación suicida, así como la identificación de factores asociados a esta, resultan de particular importancia en la prevención del suicidio. Ya que la tasa de prevalencia sigue siendo elevada entre los jóvenes de comportamiento suicida no letal aunada a la falta de registros sobre este comportamiento, dificulta la obtención de datos útiles para fines de investigación y de prevención del suicidio, esto nos lleva incursionar en el análisis de la ideación suicida en adolescentes como una fuente que nos permita encontrar factores de riesgo de suicidio

Al contemplar la ideación suicida como el comportamiento inicial del continuo denominado suicidio, se resalta la importancia del estudio de esta pandemia en esta primera etapa, pues los resultados de la investigación proporcionarían la base para la implementación de estrategias de prevención del suicidio. (36)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como Médico Familiar es esencial proporcionar atención médica de calidad y calidez a todos los mexicanos, destacando la importancia de atender de manera integral a grupos vulnerables, como es el caso de los adolescentes, con énfasis en los problemas que inciden directamente en su salud mental y bienestar físico, sin dejar a un lado los problemas que ponen en riesgo su vida,

En este tenor, cabe mencionar que el suicidio es la principal causa de muerte en adolescentes y jóvenes, no solo en México, sino a nivel mundial y que como región geográfica la delegación Gustavo A. Madero ocupa el cuarto lugar de incidencia por este problema de salud pública. Entendiendo que es un conflicto psicológico biológico y social de alta complejidad que nos obliga a conocer cuáles son los principales factores de riesgo para que se presente la ideación e intento suicida, es de vital importancia conocer cuál es la capacidad de los adolescentes para buscar ayuda cuando se enfrentan a un problema de salud, y cuál es el nivel de alfabetización en salud específicamente cuando hablamos de suicidio , ya que se enfrentan a diferentes problemáticas como estigmatización y miedo al rechazo social, familiar y escolar.

Enfatizando en lo antes comentado es de vital importancia conocer cuáles son los factores biopsicosociales más fuertemente asociados en materia de ideación/intento suicida , de los adolescentes, para así crear estrategias que nos permitan identificar a los individuos en mayor riesgo , con la finalidad de realizar una detección y tratamiento oportunos y por supuesto crear estrategias para promover la identificación del problema no solo por parte del personal de salud sino también por parte de las familias y docentes que se encuentren en estrecho contacto con el grupo blanco, del tal suerte que nos permitan captar e iniciar tratamiento integral del intento e ideación suicida, y de manera indirecta incidir en la disminución de las secuelas y el desenlace fatal que pudiera tener esta entidad.

¿Cuál es la asociación que existe entre los factores biopsicosociales e intento/ideación suicida en adolescentes adscritos a la jurisdicción de la unidad de medicina familiar no. 20 Vallejo?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar cuál es la asociación que existe entre los factores biopsicosociales y el intento/ideación suicida en adolescentes adscritos a la jurisdicción de la unidad de medicina familiar no. 20 Vallejo”

### **Objetivos específicos**

- Describir el perfil socio demográfico (edad, sexo, nivel socioeconómico) de los adolescentes con intento/ideación suicida.
- Mencionar el tipo de relaciones intrafamiliares de los adolescentes con ideación/intento suicida
- Identificar el consumo de sustancias ilícitas entre los adolescentes con ideación/intento suicida.
- Conocer el grado de consumo de alcohol entre los adolescentes con ideación/intento suicida.
- Reconocer la percepción del estado de Salud entre los adolescentes con ideación/ intento suicida.
- Determinar la prevalencia de ideación/intención suicida en adolescentes de 14-19 años de la población estudiada.

## HIPOTESIS DE TRABAJO

**(Ha) Hipótesis alternativa:** existe asociación estadísticamente significativa entre los factores biopsicosociales y la ideación/intención suicida.

**(Ho) Hipótesis nula:** no existe asociación estadísticamente significativa entre los factores biopsicosociales y la ideación/intención suicida

## SUJETOS MATERIAL Y METODOS

### LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO.

El estudio se realizará en la unidad de Medicina Familiar numero 20 Vallejo, ubicada en Calzada Vallejo numero 675, colonia Magdalena de las Salinas, CP 07760, Delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Teléfono: 55874422 ext 15320

Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel Vallejo, ubicado en avenida 100 metros esquina fortuna en la colonia Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, Delegación Gustavo A. Madero, Teléfono 5747-3500

### DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

**Tipo de estudio:** observacional, transversal, analítico

**Población:** adolescentes de ambos géneros de 15 a 19 años de edad.

**Población Diana:** adolescentes de ambos géneros de 15 a 19 años de edad con ideación y/o intento suicida.

**Periodo de estudio:** 2018-2019

**Grupo de estudio:** Adolescentes de 15-19 años, ambos géneros, estudiantes del Colegio De Ciencias y Humanidades plantel Vallejo pertenecientes a de la zona de influencia sanitaria de la UMF 20 de la Ciudad de México.

**Tamaño de la muestra:**

De los 11,335 adolescentes alumnos del CCH Vallejo que cursan este ciclo escolar 2016-2017, se tiene en el primer semestre un total de 3558 adolescentes, tercer semestre 3501 adolescentes, y finalmente quinto semestre con 4276 adolescentes.

Se calculara el tamaño de la muestra en base a la siguiente fórmula:

$$N = \frac{4 Z^2 P (1-P)}{W^2}$$

Donde Z es la desviación estándar, igual a 1.96

P: Son los sujetos con la variable de interés.

W<sup>2</sup>: Es la amplitud total del intervalo de confianza con un error máximo igual a 10%.

**n= 1063**

Muestra ha estudiar por semestres:

- Primer semestre: Población de 3558, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 309 adolescentes de primer semestre.
- Tercer semestre: Población de 3501, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 309 adolescentes de primer semestre.
- Quinto semestre: Población de 4276, frecuencia esperada según ENSA del 20%; error máximo del 10%, Nivel de confianza 99%, cálculo del tamaño de la muestra 314 adolescentes de primer semestre.

**Tipo de muestreo:** probabilístico aleatorizado.

Se realizará la captura en todos los alumnos que pertenezcan a los grupos seleccionados de forma aleatoria manual y que se encuentren en su salón de clases durante la aplicación del cuestionario en los turnos (matutino y vespertino) y que cumplan los criterios de inclusión, un total de 1075 encuestas.

- Población que cursaba primer semestre: grupos seleccionados: 109, 111, 123, 124, 130, 132, 140, 141, 142, 143, 153, y 164.
- Población que cursaba tercer semestre, grupos seleccionados: 316, 326, 327, 338, 331, 332, 335, 337, 342, 345, 352, y 355.
- Población que cursaba quinto semestre, grupos seleccionados: 510, 512, 514, 520, 521, 536, 553, 557, 559, 563 y 568.

## **CRITERIOS DE ESTUDIO**

### **Criterios de Inclusión**

- Adolescentes que se encuentren estudiando bachillerato en el CCH Vallejo y que pertenezcan a la jurisdicción sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar N° 20.
- Adolescentes ambos sexos entre los 15 y 19 años de edad.
- Adolescentes que presenten consentimiento informado firmado por padres o tutores.
- Adolescente que acepte participar de forma voluntaria en la encuesta y firmen el consentimiento informado.

### **Criterios de Exclusión**

- Alumnos con alguna imposibilidad física o mental para contestar el cuestionario.
- Estado inconveniente o influencia de alguna sustancia que impidiera contestar adecuadamente la encuesta.
- Adolescentes que no pertenezcan al grupo asignado de forma aleatoria, en el momento de la aplicación de los cuestionarios
- Adolescentes que se ausenten en el periodo de encuesta por faltas, permisos, etc.

### **Criterios de Eliminación**

- Participantes que no contesten mínimo el 80% de la encuesta
- Participantes que por alguna circunstancia abandonen o deserten durante la aplicación de la encuesta por cuenta propia o por decisión del padre o tutor.

## DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

**Variable dependiente: ideación/intención suicida.**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Unidad de Medición
Ideación suicida	Pensamientos y actos que los individuos tienen respecto a desear y formular planes para cometer suicidio	Mediante el instrumento de Beck que consta de 21 items, se identifica si hay o no ideación/intento suicida.	Cualitativa	nominal dicotómica	0= no ideación suicida ≥1 = si ideación suicida
Intento suicida	acciones orientadas a provocar la muerte auto infringida sin llegar a su cometido	Mediante el instrumento de Beck que consta de 21 items, se identifica si hay o no ideación/intento suicida.	Cualitativa	nominal dicotómica	0= no intento suicida ≥1= si intento suicida

**Variable independiente: (factores biopsicosociales: edad, genero, nivel socioeconómico, consumo de sustancias, consumo de alcohol, percepción del estado de salud)**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
<b>Edad</b>	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio	Se evaluará mediante la encuesta realizada y cotejada con la fecha de nacimiento	Cuantitativa	De Intervalo	Años cumplidos de 15 a 19 años
<b>Sexo</b>	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como	Se evaluará mediante las características físicas durante el interrogatorio directo.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Mujer. 2. Hombre.

	masculino y femenino				
<b>Nivel socioeconómico</b>	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.	Se evaluará mediante el instrumento AMAI a través de la encuesta al responder el grado de estudios del jefe de familia, cuántas habitaciones se tiene en casa sin incluir baños, cuántos baños con regadera, cuántos focos hay en casa, cuantos automóviles propios (excluyendo taxis), de qué material es el piso de la casa, y qué tipo de aparatos electrodomésticos se cuenta en casa.	Cualitativo	Ordinal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alta.</li> <li>2. Media alta.</li> <li>3. Media</li> <li>4. Media baja.</li> <li>5. Baja.</li> <li>6. Más baja.</li> </ol>
<b>Relaciones intrafamiliares</b>	Son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluyen la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio.	Se trata de una escala aplicable de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares realizada por Rivera-Heredia y Padilla-Barraza en 1992, se utilizó la versión intermedia con 37 reactivos en que sus respuestas son totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo.	Cualitativa	Nomina Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unión y apoyo.</li> <li>2. Expresión.</li> <li>3. Dificultad.</li> </ol>
<b>Percepción de salud</b>	Autoevaluación subjetiva del estado de bienestar y salud adolescente en el momento de	Categorizada mediante la pregunta específica contenida en el cuestionario con percepción del	Cualitativa	Ordinal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mala Salud.</li> <li>2. Regular Salud.</li> <li>3. Buena Salud.</li> </ol>

	responder la encuesta.	estado de salud.			
<b>Grado de consumo De alcohol</b>	Padecimiento que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestándose e a través de varios síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta.	Se obtendrá a través de un cuestionario aplicado mediante las preguntas: Alguna vez, en el último año y mes ha consumido tragos de alcohol.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Alcohol. 2. No Alcohol.
<b>Consumo Sustancias ilícitas</b>	Necesidad de consumir dosis repetidas de una droga o sustancias, ya sea un fármaco o una sustancia psicoactiva legal o ilegal con la necesidad de encontrarse bien o no sentirse mal.	Se obtendrá a través de un cuestionario aplicado mediante las preguntas: EN los últimos treinta días cuantas veces has usado drogas.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si consumo drogas. 2. No consumo drogas

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Previa autorización por las autoridades directivas y de profesores del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo, se procedió a lo siguiente:

- El equipo de salud, se integro por 1 médico residente de la especialidad de Medicina Familiar, previamente capacitado y estandarizado, ante las dudas que pudieran surgir en los adolescentes y sus padres, se programarán para la realización del cuestionario exprofeso en los grupos asignados por aleatorización.
- Se procedió a la presentación de cada integrante del equipo y se dará una explicación verbal del estudio y sus objetivos en cada salón de clases o área asignada para las actividades académicas correspondientes.

- Con los alumnos de cada grupo en su aula correspondiente, se repartieron los cuestionarios, se solicitó firma de la carta de consentimiento informado, así también el consentimiento previamente firmado por los padres o tutores
- Una vez terminado el cuestionario por parte del adolescente, se revisó el llenado de los cuestionarios para verificar que se encontraran completos y de ser así se dará por finalizado la aplicación de dicho cuestionario, dando las gracias por su participación.
- Una vez terminado la recolección de información, se procedió al vaciamiento de datos en el programa IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 21.0  
Se codificó y capturó en el programa estadístico para emitir las tablas de salida, realizar la presentación de resultados y discusión de los mismos.  
Se procedió a realizar el escrito médico y se difundirá en foros de investigación.

## **INSTRUMENTOS A UTILIZAR**

### **Ideación e intento suicida**

- **Cuestionario de Beck**
  - Evalúa los pensamientos asociados con el deseo de morir y con la planeación del suicidio.
  - Evalúa 19 afirmaciones.
  - El índice de confiabilidad para la escala completa fue  $\alpha=0.84$
  - Características de la actitud hacia la vida/muerte (5)
  - Características de los pensamientos/ideación suicida (6)
  - Características del intento(4)
  - Actualización del intento (4).

## **NIVEL SOCIOECONÓMICO.**

### **Clasificación de niveles socioeconómicos en México según la AMAI.**

Para la clasificación del nivel socioeconómico en México, la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación y Opinión Pública A.C. (AMAI), definió 13 variables establecidas por el Comité de Niveles Socioeconómicos de la AMAI **en agosto de 1998.**

Las variables son las siguientes:

1. Último año de estudios del jefe de familia.
2. Número de focos en el hogar.
3. Número de habitaciones sin contar baños.
4. Número de baños con regadera dentro del hogar.

Posesión de:

5. Autos (ya sean de su propiedad o no).
6. Calentador de agua / Boiler.
7. Tipo de piso (solamente de cemento o de otro material).
8. Aspiradora.
9. Computadora (PC).
10. Horno de microondas.
11. Lavadora de ropa.
12. Tostador de Pan.
13. Videocasetera.

Con estas 13 variables se asignaran 6 niveles socioeconómicos diferentes.

- **A/B: Clase Alta** – Es el segmento con el más alto nivel de vida. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado básicamente por individuos con un nivel educativo de Licenciatura o mayor. Viven en casas o departamentos de lujo con todas las comodidades.

- **C+:** **Clase Media Alta** – Este segmento incluye a aquellos que sus ingresos y/o estilo de vida es ligeramente superior a los de clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de Licenciatura. Generalmente viven en casas o departamentos propios algunos de lujo y cuentan con todas las comodidades.
- **C:** **Clase Media** – Este segmento contiene a lo que típicamente se denomina clase media. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de preparatoria principalmente.

Los hogares pertenecientes a este segmento son casas o departamentos propios o rentados con algunas comodidades.

- **C-:** Más parecido al nivel D que al C. Los hogares de este nivel se caracterizan por tener cubiertas las necesidades de espacio y sanidad y por contar con los enseres y equipos que le aseguren el mínimo de practicidad y comodidad en el hogar.
- **D+:** **Clase Media Baja** – Este segmento incluye a aquellos hogares que sus ingresos y/o estilos de vida son ligeramente menores a los de la clase media. Esto quiere decir, que son los que llevan un mejor estilo de vida dentro de la clase baja. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de secundaria o primaria completa. Los hogares pertenecientes a este segmento son, en su mayoría, de su propiedad; aunque algunas personas rentan el inmueble y algunas viviendas son de interés social.
- **D:** **Clase Baja** – Este es el segmento medio de las clases bajas. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria en promedio (completa en la mayoría de los casos). Los hogares pertenecientes a este segmento son propios o rentados (es

fácil encontrar tipo vecindades), los cuales son en su mayoría de interés social o de rentas congeladas.

- **E: Clase más Baja** Es el segmento más bajo de la población. Se le incluye poco en la segmentación de mercados. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria sin completarla. Estas personas no poseen un lugar propio teniendo que rentar o utilizar otros recursos para conseguirlo. En un solo hogar suele vivir más de una generación y son totalmente austero

**La evaluación de cada reactivo se evaluó de la siguiente manera:**

¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar? Por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zote huelas.

RESPUESTA	PUNTOS
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 o más	14

¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

<b>RESPUESTA</b>	<b>PUNTOS</b>
0	<b>0</b>
1	<b>16</b>
2	<b>36</b>
3	<b>36</b>
4 o más	<b>52</b>

¿En su hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

<b>RESPUESTA</b>	<b>PUNTOS</b>
No tiene	<b>0</b>
Si tiene	<b>10</b>

Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

<b>RESPUESTA</b>	<b>PUNTOS</b>
0-5	<b>0</b>
6-10	<b>15</b>
11-15	<b>27</b>
16-20	<b>32</b>
21 o más	<b>46</b>

¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

<b>RESPUESTA</b>	<b>PUNTOS</b>
Tierra o cemento (firme de )	<b>0</b>
Otro tipo de material o acabo	<b>11</b>

¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

<b>RESPUESTA</b>	<b>PUNTOS</b>
0	<b>0</b>
1	<b>32</b>
2	<b>41</b>
3 o más	<b>58</b>

Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (**espere respuesta, y pregunte**) ¿Realizó otros estudios? (**reclasificar en caso necesario**).

<b>RESPUESTA</b>	<b>PUNTOS</b>
No estudió	<b>0</b>
Primaria incompleta	<b>0</b>
Primaria completa	<b>22</b>
Secundaria incompleta	<b>22</b>
Secundaria completa	<b>22</b>
Carrera comercial	<b>38</b>
Carrera técnica	<b>38</b>

Preparatoria incompleta	<b>38</b>
Preparatoria completa	<b>38</b>
Licenciatura incompleta	<b>52</b>
Licenciatura completa	<b>52</b>
Diplomado o Maestría	<b>72</b>
Doctorado	<b>72</b>

#### **TABLA DE PUNTOS POR NIVEL**

<b>Nivel</b>	<b>Puntos</b>
<b>A/B</b>	193+
<b>C+</b>	155 a 192
<b>C</b>	128 a 154
<b>C-</b>	105 a 127
<b>D+</b>	80 a 104
<b>D</b>	33 a 79
<b>E</b>	0 a 32

## RELACIONES INTRAFAMILIARES DE RIVERA HEREDIA.

Las “relaciones intrafamiliares” son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de “ambiente familiar” y al de “recursos familiares”.

Esta escala plantea tres dimensiones:

1. Unión y apoyo.
2. Dificultades.
3. Expresión.

→ **Unión y apoyo.** Mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.

→ **Dificultades.** Se refiere a los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia.

→ **Expresión.** Mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

### Validez y confiabilidad.

**Validez estadística:** mediante el análisis factorial realizado cuando se elaboró este instrumento. Participaron 671 estudiantes de nivel medio superior de

instituciones del sector público de la ciudad de México. (Heredia Rivera, María Elena y Andrade Palos, Patricia. (2010:12-29). Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.) México)

**Usos y aplicaciones de la escala.**

Algunas variables con las que se han relacionado las dimensiones del instrumento de evaluación de las relaciones intrafamiliares, las cuales se clasifican en tres grupos: variables demográficas, clínicas y educativas. 1) Variables demográficas: sexo, edad, escolaridad, ocupación, edad de los padres, escolaridad de los padres; 2) Variables clínicas: recursos, resiliencia, sintomatología depresiva, adicciones, intento suicida, cáncer y otro tipo de enfermedades; 3) Variables educativas: rendimiento académico, estilo de aprendizaje, plantel educativo, turno. Las dificultades en el ambiente familiar con frecuencia están relacionadas con múltiples síntomas tanto físicos como psicológicos que son parte del objeto de estudio del trabajo en el campo de la psicología clínica. La escala puede ser utilizada como un apoyo al diagnóstico tanto para el tratamiento individual como para el de pareja o familia; también, puede ayudar a monitorear la evolución del mismo, así como para evaluar los cambios ocurridos en el ambiente familiar al término del tratamiento. En la valoración psicodiagnóstica individual, la escala puede incorporarse como parte de la batería de pruebas para niños, adolescentes y adultos.

Existen tres versiones: Versión larga hasta el reactivo 56, **versión intermedia hasta el reactivo 37, esta segunda versión es la que se utilizará en nuestra encuesta** y la versión corta que incluye sólo 12 reactivos. En la siguiente tabla podemos observar que se marca la versión intermedia y en cada dimensión se describen los reactivos que la evalúan.

DIMENSIONES	VERSIÓN LARGA 56 REACTIVOS	VERSION INTERMEDIA 37 REACTIVOS	VERSIÓN BREVE 12 REACTIVOS	
			Reactivo original	Reactivo actual
UNIÓN Y APOYO	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55	5, 10, 15, 20, 25, 30, 35	15,20,25,30	1, 4, 7, 10
EXPRESIÓN	1, 3, 6, 11, 13, 16, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 36, 38, 41, 43, 46, 48, 51, 53	1, 3, 6, 11, 13, 16, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 36	3, 8, 11,13	2, 5, 8, 11
DIFICULTADES	2, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 32, 34, 37, 39, 42, 44, 47, 49, 52, 54, 56	2, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 32, 34, 37	14,17,24, 32	3, 6, 9, 12

ESCALAS	ALTO	MEDIOALTO	MEDIO	MEDIOBAJO	BAJO
EXPRESIÓN	110-94	93-77	76-56	55-39	38-22
DIFICULTADES	115-98	97-80	79-59	58-41	40-23
UNIÓN	55-47	46-38	37-29	28-20	19-11
TOTAL	180-156	155-131	130-106	105-81	80-56

Debido a las características de la población escolar, se aplicará parte del cuestionario de la Encuesta Nacional de Adicciones de la versión para nivel bachillerato, en la que se valorará: Consumo de drogas, alcohol y tabaco: en esta sección se preguntó sobre los grupos de drogas a estudiar: tabaco, alcohol y otras drogas ilícitas. Para cada sustancia, los aspectos principales que se preguntaron fueron el uso alguna vez en la vida, uso y frecuencia de uso en los últimos 30 días (prevalencias), número de veces que ha usado la droga y hace cuánto la utilizó por primera vez (incidencia); En el caso del alcohol y tabaco, se pregunta sobre las ocasiones de consumo, las prevalencias de y en el último mes.

La conducta de consumo se evalúa de la siguiente forma para:

- Tabaquismo:** Consumo Bajo de 1 a 4 cigarrillos al día, Moderado de 5 a 7 cigarrillos al día, Intenso de 8 a 10 cigarrillos al día.
- Alcoholismo:** Consumo leve de 1 a 2 copas por ocasión al día, Moderado de 3 a 4 copas por ocasión al día, Alto más de 5 copas por ocasión al día.
- Drogadicción:** Consumo leve de 1 a 2 veces en los últimos 30 días, Moderado de 3 a 9 veces en el último mes, Intenso más de 10 veces al mes.

#### EQ-5D

El **EQ-5D** es un instrumento genérico de medición de la Calidad de Vida Relacionada con la autopercepción de Salud que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) (fig.1) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general (fig.2). Un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que cumplimente el cuestionario

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

**Movilidad**

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

**Cuidado personal**

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

**Actividades cotidianas** (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

**Dolor/malestar**

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

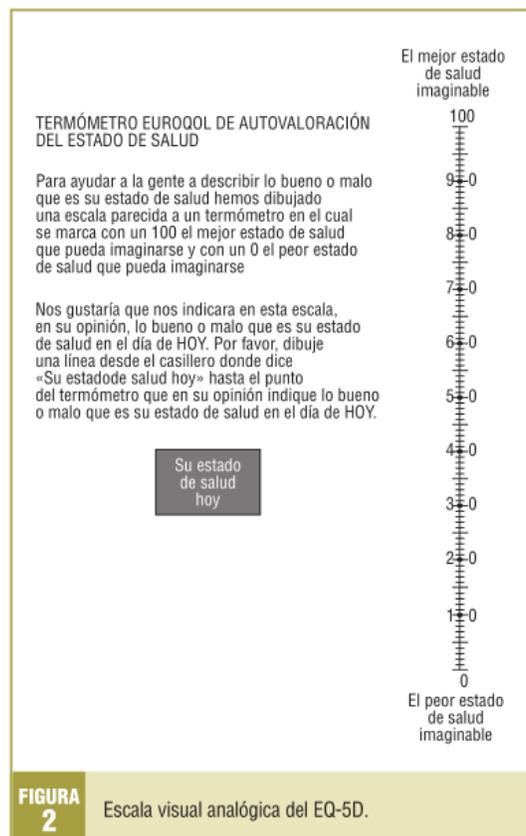
**Ansiedad/depresión**

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

En cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es «no (tengo) problemas»; con un 2 si la opción de respuesta es «algunos o moderados problemas»; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas»

La combinación de los valores de todas las dimensiones genera números de 5 dígitos, habiendo 243 combinaciones estados de salud posibles, que pueden utilizarse como perfiles. Por ejemplo, un individuo que señale que no tiene problemas para caminar (1), no tiene problemas con el cuidado personal (1), tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas (2), tiene moderado dolor o malestar (2) y no está ansioso o deprimido (1), se ubica en el estado de salud 11221.

La segunda parte del EQ-5D es una EVA vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). En ella, el individuo debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día de hoy. El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo.



El índice de valores de preferencias para cada estado de salud se obtienen a partir de estudios en población general o en grupos de pacientes en los cuales se valoran varios de los estados de salud generados por el EQ-5D utilizando una técnica de valoración como el time trade-off 8 .El índice oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte), aunque existen valores negativos para el índice, correspondientes a aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte. De esta manera, se cuenta con un índice que puede utilizarse directamente o combinarse con los años de vida para calcular AVAC (años de vida ajustados por calidad), útiles como indicador del resultado de intervenciones y, si además se calculan costes, para estudios de coste-efectividad o coste-utilidad.

Para calcular el valor de cualquier estado de salud, primero, se asigna el valor de 1 al estado 11111 (sin problemas de salud en ninguna dimensión). Si el estado es distinto al 11111, se resta el valor de la constante (tabla 1). Posteriormente, si hay problemas de nivel 2 en una determinada dimensión, se resta el valor correspondiente a cada dimensión. Se sigue el mismo procedimiento cuando hay problemas de nivel 3, aunque multiplicando previamente el valor de la dimensión con problemas por 2. Por último, el coeficiente que corresponde al parámetro N3 – un parámetro que representa la importancia dada a problemas de nivel 3 en cualquier dimensión, se resta una sola vez cuando existe al menos una dimensión con problemas de nivel 3. Por ejemplo, en el caso del estado de salud 13111 se partiría del valor 1 y se restaría la constante y 0,2024 ( $0,1012 \times 2$ ) por haber problemas de nivel 3 en la dimensión de cuidado personal (tabla 1). Además, se le restaría el parámetro N3, lo que finalmente daría un índice de 0,4355 ( $0,4355 = 1 - 0,1502 - 0,2024 - 0,2119$ ).

<b>TABLA 1</b>	
<b>1</b>	
<b>Coefficientes para el cálculo de la tarifa social de valores para el EQ-5D en España</b>	
<b>Parámetro</b>	<b>Coefficiente</b>
Constante	0,1502
Movilidad	0,0897
Cuidado personal	0,1012
Actividades cotidianas	0,0551
Dolor/malestar	0,0596
Ansiedad/depresión	0,0512
N3	0,2119

Adaptada de Badia et al, 1999<sup>7</sup>.

El uso de estas técnicas permite tener en cuenta que una mejoría en la dimensión de dolor puede no tener el mismo valor para los entrevistados como una mejoría de igual magnitud en la dimensión de movilidad por ejemplo. Precisamente, y como se puede apreciar en la tabla 1, el hecho de restar 0,0897 de 1 cuando existe cualquier problema en la dimensión de movilidad comparado con la necesidad de restar 0,0596 cuando se trata de un problema de dolor indica que, al menos en la población española, se da más importancia a los problemas de movilidad que a los problemas de dolor. Curiosamente este hallazgo aparece invertido en un estudio realizado en el Reino Unido 9 .

El EQ-5D se desarrolló inicialmente para ser auto administrado, es decir, para que el propio sujeto leyera, interpretara y respondiera los enunciados de los ítems de un cuestionario. Este es el modo de administración preferido en estudios clínicos.

A la hora de presentar los resultados obtenidos con el EQ-5D existen varias posibilidades, y la manera óptima de presentar los resultados dependerá de la parte del instrumento (sistema descriptivo, EVA o índice) en cuestión. Para el sistema descriptivo el análisis más sencillo es la descripción por dimensiones mediante proporciones de individuos con problemas, ya sea en porcentajes de los niveles de gravedad en cada dimensión o bien agregando los niveles 2 y 3 para dar dos categorías de pacientes, con y sin problemas, en una determinada dimensión.. Esta información también puede darse por subgrupos de población comparando las distribuciones por grupos con determinadas características (p. ej., sexo, grupos de edad, grupos bajo intervención frente a población general).

En el caso de la EVA, el valor otorgado al estado de salud global es una medida cuantitativa que permite comparar medias o medianas entre grupos y cambios en el tiempo (por ejemplo, antes y después de cierto tiempo de iniciado un tratamiento o intervención). El uso de medias o medianas, así como de las medidas de dispersión correspondientes, dependerá de la distribución de las puntuaciones, encontrándose una distribución relativamente sesgada en poblaciones más sanas y menos sesgada en poblaciones menos sanas 20. Es

también posible categorizar las puntuaciones obtenidas con la EVA en forma de una escala cualitativa de 5 categorías.

Finalmente, los valores de preferencia incorporados en el índice del EQ-5D pueden utilizarse solos, como modo de resumen de los estados de salud, o pueden combinarse con datos de supervivencia para calcular los AVAC. Además, estos valores de preferencia pueden combinarse también con datos sobre el uso de recursos asociados a una determinada intervención sanitaria, en estudios de coste-efectividad o coste-utilidad. La selección de uno u otro tipo de análisis dependerá tanto de los objetivos como del enfoque del estudio

La percepción del estado de salud se evalúa con una escala tipo Likert , la cual es una de las herramientas más utilizadas por los investigadores cuando desean evaluar, las opiniones y actitudes de una persona hacia cierta categoría , en este caso el estado de Salud, tomando en cuenta dos polos, uno positivo y el otro negativo. En este estudio se realizó la siguiente pregunta: ¿Cómo consideras tu estado de salud actual? , las posibles respuestas van de 0 a 10 , los sujetos deberán tachar en un número su percepción del estado de salud en ese momento en donde 0 = a muy malo y 10= a muy bueno, y categorizándolo de la siguiente manera: 0 – 4 mala salud, 5 – 6 regular salud , 7-10 buena salud.

### **Análisis de datos:**

Se recabaron datos de mayo a junio de 2018, se procedió a la captura de datos utilizando el programa IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 21.0. El análisis descriptivo se calcularon medidas de tendencia central (porcentaje y media de acuerdo a cada tipo de variable) con la elaboración de tablas de frecuencia, Chi cuadrada de Pearson para asociación entre ideación/intento suicida, y los factores biopsicosociales.

## FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

### **Factibilidad:**

El estudio que se presento es factible ya que se cuenta con la infraestructura y el permiso de las autoridades de las Instituciones pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo del IMSS y de los padres y/o tutores de los alumnos adolescentes entre 15 a 19 años de edad de dicha institución, y al ser solo una encuesta de auto aplicación y libre participación se considera de bajo riesgo para los participantes.

El estudio se realizó en población vulnerable específicamente en el grupo blanco que corresponde al grupo de edad de la adolescencia de acuerdo al capítulo V artículo 57 que establece como grupo vulnerable a los estudiantes.

### **Riesgo de la investigación:** Riesgo mínimo: sin riesgo

Se realizó estudio observacional a base de la “encuesta” como instrumento de recolección de datos lo que implica un riesgo mínimo ya que emplea procedimientos de exámenes psicológicos de diagnostico de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en su titulo segundo, capitulo primero articulo 13, 14 y 17 fracción V.

**Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en conjunto:** Las contribuciones de este estudio comprenden el desarrollo de acciones que mejoren el conocimiento de procesos psicológicos en seres humanos de acuerdo al artículo tercero de la ley general de salud en materia de investigación para la salud del estudio para la sociedad.

Este estudio contribuye a determinar la existencia de asociación entre ideación e intento suicida con la auto percepción corporal en adolescentes inscritos en Nivel Medio Superior adscritos a la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo, además de conocer las características socio demográficas de los mismos; en segunda instancia la encuesta nos permitirá comparar los estudios previos que sean realizado en la misma población así como aplicar medidas preventivas para evitar

que una auto percepción corporal alterada propicie ideación suicida e intento suicida, además de implementar estrategias que ayuden a los profesores, padres y comunidad académica en general a detectar alteraciones en la auto percepción corporal y de esta manera incidir directamente en la disminución de la intención suicida evitando así las consecuencias a corto, mediano y largo plazo que pueden desencadenar los intentos suicidas.

Los participantes pudieron obtener sus resultados si así lo solicitaron y se les indicaría cuales son los factores de riesgo que se identificaron conforme a la encuesta de respondieron, así como explicar los resultados obtenidos asegurando la confidencialidad de los entrevistados, además de recomendarles acciones preventivas para mejorar su calidad de vida y aprovechamiento escolar y autoestima.

**Confidencialidad:** Los datos proporcionados en este estudio son totalmente confidenciales, sus resultados se usarán de manera global y para fines estadísticos.

Los procedimientos para garantizar la confidencialidad de los datos fueron encuestas anónimas, protección con contraseña de la sabana de datos y protección con contraseña específica del sistema IBM SPSS STATISTIC de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Clausula 24 de la declaración de Helsinki.

**Condiciones en la que se solicitó el consentimiento.** Se anexaron cartas de consentimiento informado según lo establece el artículo 14 fracción v y el artículo 20 y 21 que establece la necesidad de extender dicho documento por escrito previa explicación clara y completa de tal forma que los participantes pudieron comprenderla claramente de acuerdo a la de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con apego estricto a los criterios establecidos en las clausulas 25 a la 32 de la declaración de Helsinki.

Se acudió a instituciones escolares pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar No. Vallejo del IMSS, en los diferentes turnos, con previa autorización de los directivos de dicha institución así como de los padres y

tutores de los estudiantes, así como se les informo sobre las condiciones de la encuesta; siempre se le explico personalmente a todos los participantes en qué consistía el estudio, y los diferentes instrumentos y sobre el debido llenado de los mismos; con previa explicación de las condiciones éticas del estudio, bajo la libre decisión de los participantes en dar respuesta.

**Forma de selección de los participantes:** Se realizó la encuesta en todos los alumnos que pertenezcan a los grupos seleccionados de forma aleatoria y que se encuentren en su salón de clases durante la aplicación del cuestionario en los turnos (matutino y vespertino) y que cumplan los criterios de inclusión, además de que dicho estudio es de participación voluntaria para los estudiantes que se encuentren inscritos en Nivel Medio Superior pertenecientes de la jurisdicción de la UMF 20 Vallejo.

Guiados en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, última revisión del año 2014, donde indica que la realización de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, siendo preciso sujetarse a las normas de seguridad generalmente aceptadas, conforme a ello establecido en el capítulo I y V, en los artículos 13, 18, 20; y 57 y 58 respectivamente que indican:

**ARTÍCULO 13.-** Prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.

**ARTÍCULO 17.-** El sujeto a investigar no sufrirá daños en el estudio, ya que solo se aplicaran cuestionarios.

**ARTÍCULO 20.-** El sujeto tendrá un consentimiento informado con el cual autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento.

**ARTÍCULO 57.-** Se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y

otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.

**ARTÍCULO 58.-** Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en la Comisión de Ética deberá participar uno o más miembros de la población en estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:

I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia, en su caso:

II.- Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, y

III.- Que la institución de atención a la salud y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

El informe **Belmont** presenta los Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos tomando en consideración los siguientes principios:

- **Respeto** a las personas los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.
- **Beneficencia.** El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.

- **Justicia.** Siempre que una investigación financiada con fondos públicos de como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellas personas que pueden pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de la investigación.

Los procedimientos se apegaron a las normas éticas establecidas en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y de acuerdo con la declaración de Helsinki en sus cláusulas 14 ,15 ,16 , 17, 18 que establece que el estudio no afectara de manera adversa a la salud de los participantes en dicha investigación ya que está justificado el valor potencial preventivo del estudio, además de hacer referencia de los riesgos mínimos que representa esta investigación, así como los beneficios de la misma.

La presente investigación se encuentra avalada por el Comité de Bioética e Investigación a la que pertenece la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## RESULTADOS

Se estudiaron 1063 sujetos adolescentes con un promedio de edad de  $16 \pm 2$  años, de los cuales el 65% de la muestra (n=691) son del sexo femenino, de estos el 51.6%(n=549) corresponden al grupo de edad de 15-16 años y el mayor porcentaje 49.3% (n=524) tiene un nivel socioeconómico medio. Tabla 1.

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Edad</b>		
14-15	355	33.4
15-16	549	51.6
17-18	159	15
<b>Sexo</b>		
Femenino	691	65
Masculino	372	35
<b>Nivel Socioeconómico</b>		
Bajo	205	19.3
Medio	524	49.3
Alto	334	31.4

De la muestra estudiada de 1067 adolescentes en el rubro de relaciones intrafamiliares, el 13.6% (n=145) se mostraron como buenas, el 27.9 (n=297) como regulares, el 31.9% (n=339) reveló relaciones intrafamiliares malas y el 26.5%(n=26.5%) se presentaron como muy malas. Tabla 2.

**Tabla 2. Descripción de las relaciones intrafamiliares, de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad, pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Relaciones intrafamiliares</b>		
Buenas	145	13.6
Regulares	297	27.9
Malas	339	31.9
Muy malas	282	26.5

De la muestra estudiada en el campo del abuso de sustancias, lo que respecta al consumo de alcohol, el 53.7% (n=571) no consume alcohol seguido del 20.2% (n=215) que tiene un consumo alto; por otra parte lo que respecta a consumo de drogas ilícitas, el 88.2% (n=938) no consume drogas y el 6.8% (n=72) presentan un consumo leve. Tabla 3.

**Tabla 3. Descripción del abuso de sustancias, de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad, pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Abuso de sustancias</b>		
<b>Alcoholismo</b>		
No consumo	571	53.7
Consumo leve	191	18
Consumo moderado	86	8.1
Consumo alto	215	20.2
<b>Drogadicción</b>		
No consumo	938	88.2
Consumo leve	72	6.8
Consumo moderado	39	3.7
Consumo intenso	14	1.3

De la muestra estudiada en el campo de la percepción del estado de salud en el 77.8% (n=827) se refirió como buena salud, el 17% (n=181) se identificó con regular estado de salud y el 5.2% (n=55) se refirió con mal estado de salud. Tabla 4.

**Tabla 4. Descripción de la percepción del estado de salud , de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad, pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Percepción Estado de salud</b>		
<b>Mala</b>	55	5.2
<b>Regular</b>	181	17
<b>Buena</b>	827	77.8

En el ámbito de la ideación/intento suicida el 26% (n=276) refiere tener ideación suicida, mientras que el 41.3%(n=439) ha tenido algún intento suicida. Tabla 5.

**Tabla 5. Descripción de la ideación e intento suicida, de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad, pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Ideación suicida</b>		
Si ideación	276	26
No ideación	787	74
<b>Intento suicida</b>		
Si intento	439	41.3
No intento	624	58.7

Con relación a la primera variable de interés para este estudio, la ideación suicida, se encontró que los factores sociodemográficos que se encuentran asociados con son: el sexo (femenino), relaciones intrafamiliares malas y muy malas, además de la presencia de drogadicción y con una percepción de estado de salud de regular a malo.

La ideación suicida fue mayor en el sexo femenino con el 27.9 % (n=193), encontrando significancia estadística con un valor  $p=0.046$ ; en adolescentes con relaciones intrafamiliares malas y muy malas en el 29.5 % y 31.6% respectivamente. ( $p=.001$ ); también en los adolescentes que consumen drogas ilícitas con el 32.8% (n=41)  $p=.007$  y por último los adolescentes con ideación suicida tienen una percepción del estado de salud regular y mala en un 40.3% y 40% respectivamente  $p=.000$ . Tabla 6

Se encontró como factor protector ser del sexo masculino con un valor de  $p=0.04$ , OR de 0.74 con IC al 95% 0.55-0.99.

Los factores asociados a ideación suicida encontrados fueron el sexo femenino  $p=0.04$ ; relaciones intrafamiliares malas o muy malas  $p=0.000$  y  $p=0.001$  respectivamente; consumo de drogas  $p=0.042$  y percepción mala del estado de salud  $p=0.014$ . Tabla 7

**Tabla 6. Asociación de ideación suicida con datos sociodemográficos, relaciones familiares, abuso de sustancias y estado de salud de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.**

	Si ideación frecuencia / %	P	No ideación frecuencia / %	P
<b>EDAD</b>		.446		.446
14-15	100 (28.2)		255 (71.8)	
16-17	139 (25.3)		410 (74.7)	
18-19	37 (23.3)		122 (76.7)	
<b>SEXO*</b>		.046		.046
Masculino	83 (22.3)		289 (77.7)	
Femenino	193 (27.9)		498 (72.1)	
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO.</b>		.767		.767
Alto	56 (27.3)		149 (72.7)	
Medio	131 (25.0)		393 (75.0)	
Bajo	89 (26.6)		245 (73.4)	
<b>RELACIONES INTRAFAMILIARES*</b>		.001		.001
Buenas	26 (17.9)		119 (82.1)	
Regulares	61 (20.5)		236 (79.5)	
Malas	100 (29.5)		239 (70.5)	
Muy malas	89 (31.6)		193 (68.4)	
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS</b>				
<b>Alcoholismo</b>		.792		.792
No consumo	145 (25.4)		426 (74.6)	
Consumo leve	53 (27.7)		138 (72.3)	
Consumo moderado	25 (29.1)		61 (70.9)	
Consumo alto	53 (24.7)		162 (75.3)	
<b>Drogadicción*</b>		.007		.007
No consumo	235 (25.1)		703 (74.9)	
Si consumo	41 (32.8)		81 (67.2)	
<b>PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD*</b>		.000		.000
Mala	22 (40.0)		33 (60.0)	
Regular	73 (40.3)		108 (59.7)	
Buena	181 (21.9)		646 (78.1)	

**Tabla 7. factores asociados al riesgo de ideación suicida en la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.**

<b>VARIABLE</b>	<b>CHI CUADRADA</b>	<b>ODDS RATIO</b>	<b>IC al 95%</b>
<b>Sexo femenino/masculino</b>	P=0.04	1.34	1.00-1.81
<b>Relaciones intrafamiliares malas /buenas</b>	0.001	1.70	1.22-2.37
<b>Relaciones intrafamiliares muy malas /buenas</b>	0.000	1.88	1.33-2.65
<b>Consumo de drogas /no consumo</b>	0.042	1.51	1.01-2.26
<b>Percepción del estado de salud malo/regular-bueno</b>	0.014	1.98	1.13-3.47

Con relación a la segunda variable de interés para este estudio; el intento suicida, se encontró que las variables que se asociaron de manera estadísticamente significativa fueron, la edad y las relaciones intrafamiliares.

Con respecto a edad, el estudio demostró que edades que van de los 16 a 17 años y de los 18 a 19 años con un porcentaje del 44.1 % y 45.5% respectivamente (n=242 y n=74) se asociaron estadísticamente con el intento suicida con un valor de  $p=.007$ . En el rubro de las relaciones intrafamiliares se encontró que las malas se asocian en un porcentaje de 49.3 % (n=167) principalmente, aunque también las relaciones muy malas se asocian en un 42.2% (n=119) con un valor de  $p= 0.000$ . Tabla 9.

Se encontró como factor protector para intento suicida edades de 14 a 15 años con un valor de  $p=0.0018$ , OR= 0.65, IC al 95% 0.50-0.85.

Por otra parte se encontró que los factores asociados a intento suicida son edades entre 16 a 19 años,  $p=0.001$ , e IC de 1.16-1.98. y relaciones intrafamiliares malas y muy malas  $p=0.000$  un intervalo de 1.25-2.07. Tabla 10.

**Tabla 9. Asociación entre el intento suicida y datos sociodemográficos, relaciones familiares, abuso de sustancias y estado de salud de la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.**

	Si intento Frecuencia / %	P	No intento Frecuencia %	P
<b>EDAD*</b>		.007		.007
14-15	123 (34.6)		232 (65.4)	
16-17	242 (44.1)		307 (55.9)	
18-19	74 (46.5)		85 (53.5)	
<b>SEXO</b>		.075		.075
Masculino	140 (37.6)		232 (62.4)	
Femenino	299 (43.3)		392 (56.7)	
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO.</b>		.226		.226
Alto	94 (45.9)		111 (54.1)	
Medio	217 (41.4)		307 (58.6)	
Bajo	128 (38.3)		206 (61.7)	
<b>RELACIONES INTRAFAMILIARES*</b>		.000		.000
Buenas	46 (31.7)		99 (68.3)	
Regulares	107 (36.0)		190 (64.0)	
Malas	167 (49.3)		172 (50.7)	
Muy malas	119 (42.2)		163 (57.8)	
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS</b>		.334		.344
Alcoholismo				
No consumo	240 (42.0)		331 (58.0)	
Consumo leve	73 (38.2)		118 (61.8)	
Consumo moderado	30 (34.9)		56 (65.1)	
Consumo alto	96 (44.7)		119 (55.3)	
Drogadicción		.052		.052
No consumo	375 (40.0)		563 (60.0)	
Si consumo	64 (51.2)		61 (48.8)	
<b>PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD</b>		.051		.051
Mala	24 (43.6)		31 (56.4)	
Regular	89 (49.2)		92 (50.8)	
Buena	326 (39.4)		501 (60.6)	

**Tabla 10. Edades y tipo de relaciones intrafamiliares que aumentan el riesgo de ideación suicida en la muestra de adolescentes de 14 a 19 años de edad pertenecientes a la Jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo.**

<b>VARIABLE</b>	<b>CHI CUADRADA</b>	<b>ODDS RATIO</b>	<b>INTERVALO</b>
Edad de 16-19 años/edad 14-15 años	P=0.001	1.52	1.16-1.98
Relaciones intrafamiliares malas y muy malas./buena y regulares.	P=0.000	1.61	1.25-2.07

## DISCUSIÓN

En el estudio encontramos que el 26% de nuestra población tiene ideación suicida y el 41.3% intento suicida.

Los factores asociados a ideación suicida fueron sexo femenino, relaciones intrafamiliares malas y muy malas, consumo de drogas y percepción mala del estado de salud. En cuanto a intento suicida fueron las edades de 16 a 19 años, relaciones intrafamiliares mala y muy malas.

Perez-Amezcu y cols reportaron que el 47% de los estudiantes de escolaridad media superior de las 32 entidades de la republica mexicana (n=12 424) entre 14 y 19 años de edad, presentan ideación suicida y solo el 9% intento suicida. La ideación e intento suicida estuvieron asociados al sexo femenino, inicio de actividad sexual, poca comunicación con los padres, antecedente de abuso sexual y bajo apoyo familiar, sin embargo en intento suicida también se agregaron el consumo de alcohol y tabaco. (1) Estos datos están en concordancia con investigaciones anteriores como la presentada por Nock en 2013(2), quien identificó al sexo femenino como predictor significativo de la ideación suicida, así también otra investigación demostró que son más mujeres adolescentes que tienen ideación suicida, pero que mas adolescentes masculinos intentan suicidarse (Kim y Kim, 2016.)(3)

Estos hallazgo podría estar apoyando en trabajos previos que indican que los adolescentes del sexo femenino experimentan más depresión y que llegan a la pubertad antes que los adolescentes masculinos (Ge, Conger, y Elder, 2001). (4)

Por otra parte Perez Amezcua menciona que en su estudio la actividad sexual se asocio al intento suicidio en las mujeres por que conlleva una carga emocional social importante que no pueden manejar cuando existe pobre comunicación ya sea hacia los pares o hacia el núcleo familiar. Por otra parte el antecedente de abuso podría haber condicionado la expresión de algún trastorno depresivo preexistente. Al respecto en nuestra población las mujeres predominaron en ideación suicida como se menciona la literatura, argumentado por la posibilidad

de tener más factores de riesgo que condicionen estados depresivos (víctimas de abuso, entre otras).(5,1)

El presente estudio reveló que tanto la ideación como el intento suicida se asocian con relaciones intrafamiliares malas y muy malas, en congruencia con estos resultados está el estudio realizado por Vander y Stoep en 2016 (6) en donde se identificó que el apoyo social y familiar disminuido condiciona mayor riesgo de ideación suicida, por un deterioro en la comunicación.

Si bien la relaciones familiares en el adolescente juegan un papel importante, pues si bien ya la familia no es participe directamente de sus comportamientos conductuales a diferencia de la infancia, la funcionalidad en la misma permitirá el adecuado desarrollo psicológico del adolescente que está buscando autonomía e independencia como parte de su madurez; no obstante la comunicación adecuada con al menos uno de los padres permitirá al adolescente expresar sus deseos, preocupaciones y emociones en busca de estrategias de afrontamiento más efectivas. (9 velazco).

Por otra parte también se ha mencionado (Sarmiento y Aguilar) que los estilos de crianza maternos en específico, negligentes son predictores de ideación suicida ya que estos se encuentran asociados con la expresión de afecto negativo, el cual tiene impacto sobre la ideación suicida. (7). Al respecto Monge-Holguin y cols. 2016 determinaron que los adolescentes que perciben un ambiente negativo (autoritario, hostil, rígido o violento) en su hogar tienen 4.09 veces mayor riesgo de intentar suicidarse y que además el percibir sentimientos de rechazo por parte de los padres, aumenta 3.59 veces el riesgo de intensión suicida (8 intento y familia)

Otro de los datos que describe nuestra investigación es que el mayor porcentaje de ideación suicida se presenta en la adolescencia temprana, lo cual está en congruencia con distintas literaturas, ejemplo de ello, es la investigación de Reinherz y cols. en 2006,(10) en donde encontraron que la ideación suicida aumentaba gradualmente hasta la mitad de la adolescencia y luego disminuye paulatinamente.

En el caso de la edad en intento suicida, en nuestro estudio fue mayor en el grupo de adolescencia tardía, algunos autores han referido que esta etapa se acompaña de miedo o incertidumbre hacia el futuro y se puede experimentar desesperanza ante el mismo y ante la falta de proyectos; circunstancias que pueden dar como manifestación desinterés por estar vivo.

Si bien es incierto que los riesgos se disparan a diferentes edades según el sexo, aunque se refiere en algunas literaturas que la ideación suicida y los intentos suicidas aumentan durante la adolescencia (Boeninger, Masyn, Feldman y Conger, 2010) (11). En este sentido pudiera justificarse el comportamiento suicida porque, en este periodo comienza la inestabilidad psicológica, se experimentan emociones fuertes, así como alto grado de impulsividad, todo esto derivado de la inmadurez cognitiva por la que se atraviesa en esta etapa y que es potencialmente promotora de impulsos suicidas.

Con respecto al nivel socio económico e ideación/intento suicida, en el presente trabajo no se encontró asociación estadísticamente significativa, sin embargo es importante señalar que el mayor porcentaje de nuestra población que presenta intento suicidio se encuentra en un nivel socioeconómico medio, lo cual contrasta con la investigación de la fundación de Derechos Humanos de Corea del Sur, en 2013, la cual reporto que el 17% de los adolescentes que se suicidan son de nivel socioeconómico muy bajo. No obstante Barros y cols 2017 determinaron que los estudiantes de nivel socioeconómico medio y bajo presentan mayor prevalencia de ideación suicida.(12 suicidio universitarios) De tal manera que el nivel socioeconómico medio y bajo han sido asociados tanto a ideación suicida como a intento suicida.

En nuestra investigación se encontró que el consumo de drogas ilícitas fue mayor en individuos con ideación suicida (32.8%) estos datos están en concordancia con lo encontrado por Gonzalez y cols 2015 quienes determinaron que existe asociación entre el consumo drogas inhalables, marihuana, cocaína, crack y tachas en hombres y mujeres con ideación suicida, aumentando el riesgo de esta casi cuatro veces (Odds Ratio [OR] = 3.84, IC95%, 2.71:2.54).(drogas e ideación

acta universitaria), así mismo Aguirre-Flórez y cols. en 2013 evidenciaron que el 23.3% de la población colombiana estudiada mostró consumo de sustancias psicoactivas y esto se relacionó con ideación suicida ( $p=0.001$ ). (drogas e ideación colombiana).

El hecho de que el consumo de drogas se asocie a ideación suicida, puede estar fundamentado en las alteraciones que la mayoría de las sustancias tienen a nivel de sistema nervioso central, ya que se conoce que el contacto agudo con estas, da como resultado impulsividad, desinhibición, juicio alterado, agitación psicomotriz, delirios, alucinaciones, paranoia, brotes psicóticos y ansiedad; en el caso del consumo crónico, se relaciona con conductas depresivas, esquizofrenia y trastornos de la personalidad, fenómenos que están directamente relacionados con un comportamiento inadecuado y pérdida del control sobre los impulsos, hechos que promueven de manera indirecta el acto y las conductas suicidas.

Además Peltzer y Pengpid en 2015 sugirieron que la intervención activa contra el consumo de drogas por parte de los adolescentes ayudan a prevenir la ideación suicida, (13)

Por último nuestro trabajo reveló que del total de individuos con ideación suicida el 40 % percibe un mal estado de salud y el 24% de los sujetos con intención suicida perciben una mala salud, estos datos se encuentran en similitud con lo reportado por Castro-Díaz y cols. en 2013 quienes describieron una relación significativa entre la salud física mala y muy mala y la ideación suicida (14 ideación y salud)

La evidencia con respecto a las comorbilidades médicas y su relación con ideación suicida es poco consistente ya que por un lado, se encuentran estudios que informan una asociación entre estas (Schulberg 2005 y Goodwin 2003) (15,31,16,32), mientras que hay otros estudios como el de Gómez-Restrepo en el 2006 (17,38) que no encontraron dicha asociación.

En conclusión las relaciones familiares, el uso de drogas y la percepción del estado de salud así como la edad para este estudio estuvieron asociados con

ideación o intento suicida. Sin embargo; no exploramos otros factores como los antecedentes traumáticos en la infancia, la presencia de violencia intrafamiliar, los estilos parentales, los problemas familiares desde en la adolescencia, la comorbilidad psiquiátrica, la existencia previa de intentos suicidas personales y familiares, las relaciones sentimentales, el antecedente de abuso sexual. Además faltaría comparar con otros países en diferentes estratos económicos, ampliar el rango de edad entre otras cosas.

## CONCLUSIONES

Los factores de riesgo relacionados con la ideación suicida e intento suicida en los jóvenes, son múltiples e incluyen aspectos demográficos, biológicos y sociales, entre ellos características de las relaciones familiares, en este sentido nuestro estudio, revela las siguientes aseveraciones.

El 26% de nuestra población tiene ideación suicida y el 41.3% presenta algún intento suicida.

El perfil socio demográfico de predominio fueron adolescentes con un promedio de edad de  $16 \pm 2$  años, del sexo femenino 65% en el corresponden al grupo de edad de 15 a 16 años en 51.6% y con un nivel socioeconómico medio 49.3%

Las variables relacionadas con la ideación suicida fueron:

- Pertenecer al sexo femenino,
- Las relaciones intrafamiliares que mostraron riesgo para ideación suicida fueron malas y muy malas,
- El consumo de drogas aumenta la probabilidad de ideación suicida a diferencia del no consumo de sustancias ilícitas.
- Una percepción mala del estado de salud incrementa el riesgo para ideación suicida, a diferencia de un estado de salud bueno y regular.

Las asociaciones reveladas con el intento suicida fueron

- Edad entre 16 y 19 años aumentando el riesgo 1.5 veces, sin diferencias en cuanto al sexo y el nivel socioeconómico.
- Las relaciones intrafamiliares malas y muy malas aumentan el riesgo para intento suicida hasta 1.6 veces.
- Agregar valor de  $p=$

## RECOMENDACIONES

Continuar con las investigaciones con respecto al tema, indagando en las áreas de oportunidad y las variables que no contemplo este estudio

Implementar estrategias de detección y aplicación del cuestionario de Beck a cualquier adolescente con el que se tenga contacto, ya sea en las unidades de medicina familiar, medicina preventiva, escuelas y centros deportivos y culturales, dicho cuestionario podrá ser aplicado por personal de enfermería, médicos generales, médicos familiares, pediatras, psiquiatras, además de trabajadores sociales y personal docente y de orientación en los centros educativos.

Diseñar programas educativos, educación popular y animación socio-cultural, así como audiencias sanitarias en cada zona, haciendo énfasis en las de más alto riesgo para ideación intento suicida, crear grupos de auto cuidado y autoayuda en

Incrementar los cursos de la identificación de intento e ideación suicida. Proponer la incorporación del tema sobre ideación/intento suicida el plan de estudio de las carreras de licenciatura en Medicina, enfermería, educación y docencia, especialidad en Salud Mental en Medicina Familiar y otras afines.

Controlar a través de un registro oficial los casos de ideación /intento suicida, 20.- Sensibilizar a las unidades de salud de la atención primaria y sobre todo de la atención secundaria sobre el trato que se le debe brindar a los pacientes con trastornos mentales cuando son remitidos o ingresados en unidades no propias de la especialidad para evitar conductas suicidas.

Adiestrar a promotores de salud sobre el tema de ideación/intento suicida en adolescentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez T., González Forteza, C. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". Salud mental.2003; 26 (6), 35-51.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Nota descriptiva, Febrero 2017. Centro de prensa.
3. Dias de Mattos L., Azevedo Da Silva R., Jansen K., Peretti Kuhn R., Lessa Horta B., Tavares Pinheiro R., Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. Revista Brasileña de Psiquiatría.2015; 20(3), 44-51
- 6.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (2016). Estadísticas de mortalidad, 2015. México, INEGI. Recuperado el 3 de julio de 2017, de: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/default.html>
7. - Korczak Daphne J., Suicidal ideation and behavior. Pediatric and health in the children.2015;20 (5) 215-218
- 8.- Lewitzka Ute, S., Ideación suicida frente a intento suicida., Diario de enfermedades mentales. 2017 ;(02).
9. Manzo Guerrero G. El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. Cuicuilco. 2005; 12 (33) 153-171.
- 10 .Gutiérrez García, A. G., Contreras, C., Orozco Rodríguez, R. C. El suicidio conceptos actuales. Salud Mental .2006; 29(5) 66-74,
- 12 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>, 18 de agosto de 2015

16.- Hernández-Bringas, H., Flores Arenales R., El suicidio en México. Papeles de Población.2015; 17(68) 69-101

17.- OECD (2014), Suicides, OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2014-99>

18.- OMS. (2004) Suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/#>, 18 de agosto de 2015

20.- OMS (2014),Prevención del suicidio. Un imperativo global, [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/), 18 de agosto de 2015

21.- OMS (2014), Global Health Estimates 2014 Summary Tables: Deaths by Cause, Age and Sex, 2000 2012, [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html), 18 de agosto de 2015.

22. Llyton, Michael.Suicide ideation plan and attempt in the mexican adolescent mental health survery American Journal of Medicine.2013; 45 (6)

23.- Suñer Soler R., Health literacy and health., revista de calidad asistencial. 2013:26:137-139

24.- Bruffaerts R., Demyttenaere K., Hwang I., Chiu W.-T., Sampson N., Kessler R.C., Alonso J., Borges G., de Girolamo G., de Graaf R. Treatment of suicidal people around the world. Brit. J. Psychiat. 2011;199:64–70.

25. Saunders S.M., Resnick M.D., Hoberman H.M., Blum R.W. Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psy.* 1994;33:718–728. 26.
- 26.- Wu P., Katic Liu X., Fan B., Fuller C. Mental health service use among suicidal adolescents: Findings from a U.S. national community survey. *Psychiatr. Serv.* 2010;61:17–24.
27. Carlton P.A., Deane F.P. Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help. *J. Adolesc.* 2000;23:35–45.
28. Michelmore L., Hindley P. Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: A systematic review. *Suicide Life-Threaten. Behav.* 2012;42:507–524.
29. Kuhl J., Jarkon-Horlick L., Morrissey R.F. Measuring barriers to help-seeking behavior in adolescents. *J. Youth Adolescence.* 1997(26) 637–650.
- 30.- Gilchrist H., Sullivan G. Barriers to help-seeking in young people: Community beliefs about youth suicide. *Aust. Soc. Work.* 2006;59:73–85.
- 31.. Gair S., Camilleri P. Attempting suicide and help-seeking behaviours: Using stories from young people to inform social work practice. *Aust. Soc. Work.* 2003;56:83–93.
32. Patsiokas A.T., Clum G.A., Luscomb R.L. Cognitive characteristics of suicide attempters. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1979;47:478–484.
33. Gould M.S., Velting D., Kleinman M., Lucas C., Thomas J.G., Chung M. Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for

suicidality. J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psy. 2004;43:1124–1133.

34. Klimes-Dougan B., Klingbeil D., Meller S. The impact of universal suicide prevention programs on help-seeking attitudes and behaviors for youth. Crisis. 2013;34:82–97.

36 . Gould M.S., Marrocco F.A., Kleinman M., Thomas J.G., Mostkoff K., Cote J., Davies M. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs—A randomized control trial. JAMA. 2005;293:1635–1643.

## ANEXOS

### ENCUESTA DE NIVELES SOCIOECONÓMICOS EN MÉXICO SEGÚN LA AMAI (ANEXO 1)

Esta encuesta tiene como finalidad conocer tu forma de pensar, actuar y sentir sobre tu alimentación y actividad física. **NADIE** conocerá tus respuestas, por lo que puedes contestar con absoluta sinceridad. Contesta a las preguntas basado en lo que realmente sabes o haces. No existen respuestas buenas o malas, ya que no es un examen.

**No dejes ninguna pregunta sin contestar**

1. **Edad** \_\_\_\_\_ años cumplidos      2. **Género** (1) femenino (2) masculino

3. **Cuál es el nivel de estudios del jefe(a) de tu familia**

(a) No estudio	(b) Primaria incompleta	(c) Primaria completa
(d) Secundaria incompleta	(e) Secundaria completa	(f) Carrera comercial o técnica
(g) Preparatoria incompleta	(h) Preparatoria completa	(i) Licenciatura incompleta
(j) Licenciatura completa	(k) Maestría	(l) doctorado

4. **Tú casa cuantas:**

	número
(a) Sin incluir los baños, <b>habitaciones tiene</b> (recámaras, sala, cocina, comedor, cuarto de lavado, cuarto de TV, biblioteca, cuarto de servicio)	
(b) <b>baños con regadera</b> para uso exclusivo de la familia	
(c) cuantos focos	
(d) cuantos automóviles propios (excluir taxis)	

(e) **De que material es el piso de tu casa**

(1) Tierra (2) cemento (3) Otro tipo de material o acabo

<b>En tu casa hay:</b>	No (0)	Si (1)
(f) calentador de agua		
(g) aspiradora que funcione		
(h) lavadora de ropa que lave y enjuague automáticamente que funcione		
(i) microondas que funcione		
(j) tostador eléctrico de pan que funcione		
(k) DVD que funcione		
(l) Computadora Personal propia que funcione		

**EQ-5D CON ESCALA TIPO LIKERT  
(ANEXO 2)**

Marca con una X la respuesta para cada apartado que mejor describa cómo te sientes el día de HOY.

**17. Cómo consideras tu estado de salud actual**

Muy malo

Muy bueno

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**18. El médico te ha diagnosticado algún tipo de enfermedad (como diabetes, asma, presión alta, ulcera gástrica, artritis, sida, cáncer, etc.)**

(0) no (1) si Cual \_\_\_\_\_

**SELECCIONA UNA OPCIÓN (pon una X)**

**19. Movilidad**

No tengo problemas para caminar \_\_\_\_\_

Tengo algunos problemas para caminar \_\_\_\_\_

Tengo que estar en la cama \_\_\_\_\_

**20. Cuidado personal (ej: bañarse, vestirse, alimentarse)**

No tengo problemas con el cuidado personal \_\_\_\_\_

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme \_\_\_\_\_

Soy incapaz de lavarme o vestirme \_\_\_\_\_

**21. Actividades cotidianas (ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)**

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas \_\_\_\_\_

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas \_\_\_\_\_

Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas \_\_\_\_\_

**22. Dolor/Malestar**

No tengo dolor o malestar \_\_\_\_\_

Tengo moderado dolor o malestar \_\_\_\_\_

Tengo mucho dolor o malestar \_\_\_\_\_

**23. Ansiedad/Depresión**

No estoy ansioso ni deprimido \_\_\_\_\_

Estoy moderadamente ansioso o deprimido \_\_\_\_\_

Estoy muy ansioso o deprimido \_\_\_\_\_



## ESCALA DE RELACIONES INTRAFAMILIARES DE RIVERA HEREDIA (Anexo 4)

Con frecuencia en mi familia:

1 = totalmente en desacuerdo 2= en desacuerdo 3= de acuerdo 4= totalmente de acuerdo

	1	2	3	4
1. Hablamos con franqueza				
2. Hacemos las cosas juntos				
3. Mis padres me animan a expresar mis puntos de vista				
4. No hay malos sentimientos				
5. Nos gusta hacer las cosas juntos				
6. Acostumbramos a expresar nuestra opinión sobre cualquier tema				
7. No me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia				
8. Es importante para todos expresar sus opiniones				
9. No tengo que adivinar qué piensan o sienten los miembros de la familia				
10.Somos cariñosos				
11.Mi familia me escucha				
12.Es fácil llegar a acuerdos				
13.Expresamos abiertamente nuestro cariño				
14.Nos preocupamos por los sentimientos de los demás				
15.Hay un sentimiento de unión				
16.Me siento libre de expresar mis opiniones				
17.La atmósfera es desagradable				
18.Nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente				
19.Nos desquitamos con la misma persona cuando algo sale mal				
20.Somos cálidos y nos brindamos apoyo				
21.Todos aportamos algo en las decisiones familiares importantes				
22.Encuentro fácil expresar mis opiniones				
23.A cada quien le es fácil expresar su opinión				
24.Cuando tengo algún problema lo platico a mi familia				
25.Acostumbramos hacer actividades en conjunto				
26.Somos sinceros unos con otros				
27.Es fácil saber las reglas que se siguen en la familia				
28.Acostumbramos discutir nuestros problemas				
29.Somos muy receptivos para los puntos de vista de los demás				
30.De verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros				
31.Puedo expresar cualquier sentimiento que tenga				
32.Los conflictos siempre se resuelven				
33.Expresamos abiertamente nuestras emociones				
34.Si las reglas se rompen sabemos a qué atenernos				
35.Las comidas con frecuencia son amigables y placenteras				
36.Nos decimos las cosas abiertamente				
37.Los miembros de la familia no se guardan sus sentimientos				

## Escala de BECK (ANEXO 5)

De los siguientes enunciados subraya el que describa cómo te sientes

1. Tu deseo de vivir es:  
(0) fuerte (1) moderado (2) débil
2. Tu deseo de morir es:  
(0) ninguno (1) débil (2) de moderado a fuerte
3. Tus razones para vivir  
(0) las de vivir superan a las de morir (1) aproximadamente igual (2) las de morir superan a las de vivir
4. Tu deseo de intentar suicidio es:  
(0) ninguno (1) débil (2) de moderado a fuerte
5. En relación a situaciones que ponen en riesgo tu vida  
(0) tomo precauciones para conservar mi vida (1) dejo la muerte al azar  
(2) no tomo las medidas necesarias para conservar la vida
6. Con que frecuencia piensas en suicidarte  
(0) nunca (1) periodos breves, pasajeros (2) continuos
7. frecuencia del suicidio
  - a) Rara ocasional
  - b) Intermitente
  - c) Persistente o continua
8. Tu actitud hacia pensamientos suicidas  
(0) no tengo (1) ambivalente (2) aceptación
9. Control sobre el deseo suicida  
(0) no tengo deseos suicidas (1) inseguro de poder controlarme (2) no tengo ningún control
10. Impedimentos para un intento activo (por ejemplo, familia, religión, irreversibilidad)  
(0) no lo intentaría debido a un impedimento (1) alguna preocupación acerca de los impedimentos  
(2) ninguna preocupación acerca de los impedimentos
11. Motivo del intento proyectado  
(0) No considera (1) Huir, acabar, solucionar problemas
12. Planificación del intento de suicidio  
(0) No considerada (1) Considerada, pero detalles no ultimados (2) Detalles bien formulados
13. Oportunidad del intento proyectado  
(0) sin oportunidad disponible (1) oportunidad no fácilmente disponible  
(2) oportunidad disponible (3) Futura oportunidad
14. Capacidad para llevar a cabo el intento de suicidio  
(0) No animado, demasiado débil, temeroso, incompetente (1) Inseguro del valor competencia  
(2) Seguro de la competencia, valor
15. anticipación del intento

(0) No

(1) Si

16. Preparación actual del intento suicida

(0) Ninguna (1) Parcial (por ejemplo empezando a reunir píldoras )

(2) Completa píldoras conseguidas ,pistola cargada

17. Nota suicida

(0) ninguna (2) iniciada pero no completada (2) completada

18. Ocultamiento del suicidio

(0) Ideas reveladas abiertamente (1) Mas o menos revelado (2) ocultar

## CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADOLESCENTE)  
(Anexo 6)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	<b>“asociación entre factores biopsicosociales e intento/ideación suicida en adolescentes adscritos a la jurisdicción de la unidad de medicina familiar no. 20 Vallejo</b>
Patrocinador externo (si aplica):	Autofinanciado
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M. a ___ de ___ del 2017.
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Entre los principales problemas que presenta el adolescente es el suicidio , ya que esta representa la segunda causa de muerte después de los accidentes , este evento ocurre después de una cadena de acontecimientos que van desde la ideación , la intención y por último el suicidio se han identificado algunos factores de riesgo como la edad , el sexo , el consumo de sustancia ilícitas , el consumo de alcohol y las características de las relaciones intrafamiliares que determinan la ideación y el intento suicida , identificar estos factores de riesgo en los adolescentes es de suma importancia ya que a partir de la identificación oportuna podemos dar tratamiento para evitar la progresión de la ideación suicida y el desenlace fatal que tenga como consecuencias la muerte y algún tipo de secuela física. Por lo que nuestro objetivo es determinar “Asociación entre factores biopsicosociales e intento/ideación suicida en adolescentes adscritos a la jurisdicción de la unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo”
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada solo se te aplicará una encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio ya que la información se obtiene por la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no se obtiene ningún beneficio personal, sin embargo los resultados son muy valiosos para aplicarlos a todo el grupo de adolescentes y su familia informando al personal de salud que tomará todas las medidas y estrategias que favorezcan una mejor calidad de atención, orientar a los adolescentes para una mejor salud sexual.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizará respetando el anonimato de cada uno de los adolescentes participantes y solo se otorgaran de manera general en gráficas o tablas, de manera que respetará la confidencial
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que el adolescente desee no modificará de ninguna manera la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados,

no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados sólo se hará de manera personalizada y para proteger su identidad le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. María del Carmen Aguirre Garcia :Médico especialista en Medicina Familiar, Maestra en Terapia Familiar y profesor titular del curso de Especialidad en Medicina Familiar. Matricula: 10859357. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20. Dirección: Calzada Vallejo número 675, colonia Magdalena de las Salinas, CP 07760, delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Teléfono: 55 87 44 22 ext 15320  
Correo electrónico: [maria.aguirreg@imss.gob.mx](mailto:maria.aguirreg@imss.gob.mx)

Colaboradores: Dr. Gregorio González Gómez. Residente de tercer año en la especialidad de Medicina Familiar. Matricula: 98353982. Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS. Dirección: Calzada Vallejo 675 colonia Magdalena de las Salinas. Ciudad de México, Tel: 55-87-44-22 Ext.15307 y 15320. Correo electrónico: [grego1134@hotmail.com](mailto:grego1134@hotmail.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de ambos padres o  
tutores o representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

**Clave: 2810-009-013**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(PADRE O TUTOR DE LA ADOLESCENTE)  
(Anexo 7)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	<b>Asociación entre factores biopsicosociales e intento/ideación suicida en adolescentes adscritos a la jurisdicción de la unidad de medicina familiar no. 20 vallejo</b>
Patrocinador externo (si aplica):	Autofinanciado
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M. a ____ de ____ del 2017.
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Entre los principales problemas que presenta el adolescente es el suicidio , ya que esta representa la segunda causa de muerte después de los accidentes , este evento ocurre después de una cadena de acontecimientos que van desde la ideación , la intención y por último el suicidio se han identificado algunos factores de riesgo como la edad , el sexo , el consumo de sustancia ilícitas , el consumo de alcohol y las características de las relaciones intra familiares que determinan la ideación y el intento suicida , identificar estos factores de riesgo en los adolescentes es de suma importancia ya que a partir de la identificación oportuna podemos dar tratamiento para evitar la progresión de la ideación suicida y el desenlace fatal que tenga como consecuencias la muerte y algún tipo de secuela física. Por lo que nuestro objetivo es determinar "Asociación entre factores biopsicosociales e intento/ideación suicida en adolescentes adscritos a la jurisdicción de la unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo"
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada de su hija o adolescente a su cargo solo se te aplicará una encuesta.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no origina ningún riesgo de salud o de prestación de servicio de su hija o adolescente a su cargo ya que la información se obtiene por la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al contestar esta encuesta no se obtiene ningún beneficio personal, sin embargo los resultados son muy valiosos para aplicarlos a todo el grupo de adolescentes y su familia informando al personal de salud que tomará todas las medidas y estrategias que favorezcan una mejor calidad de atención, orientar a los adolescentes para una mejor salud sexual.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados por su hijo adolescente, ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizará respetando el anonimato de cada uno de los adolescentes participantes y solo se otorgaran de manera general en gráficas o tablas, de manera que respetará la confidencial
Participación o retiro:	El abandonar el estudio en el momento que usted desee o su hijo adolescente no modificara de ninguna manera la atención médica o cualquier servicio que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar la identidad de su hijo adolescente. Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados solo se hará de manera personalizada, para proteger de cualquier dato que identifique a su hijo adolescente, le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

---

---

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. María del Carmen Aguirre Garcia :Médico especialista en Medicina Familiar, Maestra en Terapia Familiar y profesor titular del curso de Especialidad en Medicina Familiar. Matrícula: 10859357. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20. Dirección: Calzada Vallejo número 675, colonia Magdalena de las Salinas, CP 07760, delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Teléfono: 55 87 44 22 ext 15320  
Correo electrónico: [maria.aguirreg@imss.gob.mx](mailto:maria.aguirreg@imss.gob.mx)

Colaboradores: Dr. Gregorio González Gómez . Residente de tercer año en la especialidad de Medicina Familiar. Matrícula: 98353982. Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS. Dirección: Calzada Vallejo 675 colonia Magdalena de las Salinas. Ciudad de México, Tel: 55-87-44-22 Ext.15307 y 15320. Correo electrónico: [grego1134@hotmail.com](mailto:grego1134@hotmail.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

---

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

---

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

---

Nombre, dirección, relación y firma

---

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

**Clave: 2810-009-013**