



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MF No. 1
“LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”



TITULO

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE
12 A 17 AÑOS DERECHOHABIENTES AL H.G.R. CON MEDICINA FAMILIAR
No.1, CUERNAVACA, MORELOS**

Número de registro SIRELCIS R-2018-2103-020

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

BLANCA IVETT FRANCO NERI

ASESORES DE TESIS:

RICARDO CASTREJÓN SALGADO

NANCY ELIZABETH JUÁREZ HUICOCHEA

CUERNAVACA, MORELOS MAYO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CARTA DE APROBACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2103 con número de registro 17 CI 21 114 023 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 006 2017103.
U MED FAMILIAR NUM 2

FECHA Martes, 24 de abril de 2018.

DRA. NANCY ELIZABETH JUAREZ HUICOHEA
PRESENTE

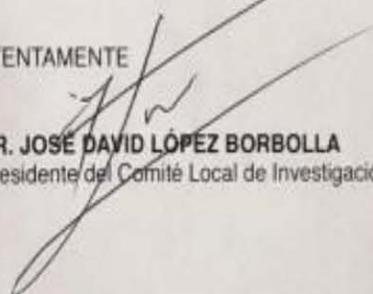
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DERECHOHABIENTES AL H.G.R. CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1, CUERNAVACA, MORELOS

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-2103-020

ATENTAMENTE


DR. JOSÉ DAVID LÓPEZ BORBOLLA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2103

IMSS

SOCIEDAD MEXICANA DE SEGURO SOCIAL

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE
12 A 17 AÑOS DERECHOHABIENTES AL H.G.R. CON MEDICINA FAMILIAR
No.1, CUERNAVACA, MORELOS**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

BLANCA IVETT FRANCO NERI

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. ANITA ROMERO RAMÍREZ

COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ

COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARÍA CRISTINA VÁZQUEZ BELLO

COORD. AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

DRA. GLADHIS RUIZ CATALÁN

COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MÓNICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR

ASESORES DE TESIS

M. en C. RICARDO CASTREJÓN SALGADO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No.3 JIUTEPEC, MORELOS

DRA. NANCY ELIZABETH JUÁREZ HUICOCHEA
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
HGR C/MF No.1 CUERNAVACA, MORELOS

CUERNAVACA, MORELOS MAYO 2019

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE
12 A 17 AÑOS DERECHOHABIENTES AL H.G.R. CON MEDICINA FAMILIAR
No.1, CUERNAVACA, MORELOS**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

BLANCA IVETT FRANCO NERI

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN MARTÍNEZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

CUERNAVACA, MORELOS MAYO 2019

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE
12 A 17 AÑOS DERECHOHABIENTES AL H.G.R. CON MEDICINA FAMILIAR
No.1, CUERNAVACA, MORELOS**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

BLANCA IVETT FRANCO NERI

PRESIDENTA DEL JURADO

DRA. MARTHA CRISTINA FERNÁNDEZ CRUZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
HGR C/MF 01, CUERNAVACA, MORELOS

SECRETARIA DEL JURADO

DRA. MARLIZETH ROMÁN SERMEÑO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HGR C/MF 01, CUERNAVACA, MORELOS

VOCAL DEL JURADO

M. en C. RICARDO CASTREJÓN SALGADO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No.3 JIUTEPEC, MORELOS

VOCAL DEL JURADO

DRA. NANCY ELIZABETH JUÁREZ HUICOCHEA
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
HGR C/MF No.1 CUERNAVACA, MORELOS

CUERNAVACA, MORELOS MAYO 2019

Agradecimientos:

Agradezco en primer lugar a Dios, quien fue el que me colocó en este lugar y en este momento, por permitirme llegar hasta etapa en mi formación médica así como en mi vida personal.

También quiero agradecer a mi hija Valeria y a mi madre Ruth que forman una parte muy importante en mi vida, y es lo que más me ha motivado a llegar a este logro profesional.

A mi esposo Miguel por soportar todos esos días de ausencia en mi casa, por su tolerancia, comprensión, su amor y compañía. Por su esfuerzo de ser madre y padre cuando yo no estaba.

A mis hermanos por ayudar a mi madre y a mi esposo con el cuidado de mi nena, y por siempre estar ahí y no permitirme caer.

Al Dr. Ricardo Castrejón que fungió como asesor, por haberle robado tiempo para poder ayudarme con mi tesis, por su dedicación, enseñanza y esfuerzo, por esas palabras de motivación y por su infinita paciencia para poder terminar este proyecto.

Así como a la Dra. Nancy Juárez, psiquiatra de la unidad de estudio por aceptarme como colaboradora de este proyecto, y por sus conocimientos otorgados en el tema.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Resumen.....	1
1. Introducción.....	2
2. Marco teórico	
2.1 Definición de adolescencia.....	3
2.2 Definición de suicidio y conducta suicida.....	4
2.3 Epidemiología del suicidio y la conducta suicida.....	5
2.4 Clasificación de la consulta suicida.....	8
2.5 Factores de riesgo.....	10
2.6 Diagnóstico y tratamiento oportuno.....	12
2.7 Apoyo social.....	12
2.8 Antecedentes de la conducta suicida y el apoyo social.....	14
3. Justificación.....	18
4. Planteamiento del problema.....	19
5. Objetivos	
5.1 Objetivos generales.....	20
5.2 Objetivos específicos.....	20
6. Hipótesis de tesis.....	21
7. Materiales y métodos	
7.1 Diseño del estudio.....	22
7.2 Unidad de trabajo.....	22
7.3 Tiempo.....	22
7.4 Universo de trabajo.....	22
7.5 Cálculo del tamaño de la muestra.....	23
7.6 Técnica de muestreo.....	23
7.7 Recolección de datos.....	24
7.8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	27
7.9 Descripción de variables.....	28
7.10 Descripción de las herramientas a utilizar.....	31
7.11 Plan de análisis estadístico.....	33
8. Aspectos éticos.....	35

9. Recursos, financiamiento y factibilidad.....	37
10. Resultados.....	38
11. Discusiones.....	51
12. Conclusiones.....	54
13. Referencias bibliográficas.....	55
14. Anexos	
14.1 Anexo 1. Consentimiento informado.....	57
14.2 Anexo 2. Asentimiento informado.....	59
14.3 Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico.....	60
14.4 Anexo 4. Escala de ideación suicida de Beck.....	61
14.5 Anexo 5. Escala de apoyo social percibido de Vaux.....	63
14.6 Anexo 6. Escala de eventos críticos de Thomas Holmes.....	65
14.7 Anexo 7. Cronograma de actividades.....	67

APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DERECHOHABIENTES AL H.G.R. CON MEDICINA FAMILIAR No.1 CUERNAVACA, MORELOS

RESUMEN.

Antecedentes: Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, presentándose por cada suicidio de 10 a 20 intentos suicidas, considerándose la segunda causa de muerte en adolescentes a nivel mundial y en México. La Organización Mundial de la Salud ha iniciado programas para su prevención, sin embargo pese a los conocimientos e investigaciones el suicidio persiste, notando en estas personas el poco o nulo apoyo social o familiar, llegando al resultado fatal y trágico llamado muerte. **Objetivo:** Se describió la relación entre el nivel de apoyo social percibido con la conducta suicida en adolescentes derechohabientes al H.G.R. con Medicina Familiar. No.1, Cuernavaca, Morelos. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional tipo transversal, analítico, con técnica de muestreo no probabilístico a conveniencia en 267 adolescentes de 12 a 17 años, de la consulta externa de medicina familiar del H.G.R. c/MF No.1. Se utilizaron los cuestionarios de ideación suicida de Beck y la escala de apoyo social percibido de Vaux. Para el análisis descriptivo se utilizó medidas de tendencia central y de dispersión (mediana, percentil 25 y percentil 75) así como frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Para la relación de variables se utilizaron las pruebas estadísticas de Chi cuadrada o Exacta de Fisher, según correspondió. Además de un análisis de correlación de Spearman. **Resultados:** Del total de adolescentes que presentaron ideación suicida (44) el 54.55% presentó bajo apoyo social ($p < 0.005$), y con planeación suicida (4) el 75.1% presentó bajo apoyo social ($p = 0.005$) en los últimos 12 meses. **Conclusión.** Se observó relación entre el bajo apoyo social y la conducta suicida.

Palabras Clave: *suicidio, conducta suicida, ideación suicida, apoyo social, adolescentes.*

1. Introducción

El suicidio es un problema de salud pública, que ocupa una de las primeras veinte causas de muerte en el mundo, y es una de las tres primeras causas de muerte para la población entre 12 y 19 años. La problemática del suicidio no implica ver solo el número de defunciones anuales, si no incluir a la conducta suicida en sus diversas expresiones, ya que la identificación de la ideación suicida, la planificación y los intentos puede frenar la problemática del suicidio.

La edad también es un factor de riesgo para el suicidio y la conducta suicida, los adolescentes son un grupo vulnerable por su estado emocional fluctuante, ya que en la adolescencia por la reorganización del cerebro, los cambios físicos y hormonales los llevan a actuar de forma más impulsiva, a tener miedos y dudas, por lo que esto los hace susceptibles a caer en este tipo de conducta.

Así mismo el sexo también es considerado un factor de riesgo, ya que los suicidios son más comunes en hombres debido a que utilizan métodos más letales para lograr su objetivo, a diferencia de la mujer la cual presenta mayor número de intentos que de defunciones.

Existen evidencias de que la presencia de apoyo a menudo funciona como protector ante el estrés y ayuda para poder resolver problemas, por lo que el apoyo social y familiar resulta beneficioso para la salud, pero la pérdida o ausencia de apoyo social o familiar pueden crear individuos vulnerables con repercusiones en el desarrollo y salud de las personas.

Hasta el momento los diversos sistemas salud no han logrado proporcionar una ayuda eficiente y oportuna por no contar con algún programa para la detección de la conducta suicida, así como las redes de apoyo necesarias, haciendo el hincapié en que los suicidios pueden ser prevenibles ante la detección de la conducta suicida.

2. Marco teórico

2.1 Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo transcurrido entre los 10 y 19 años, clasificándola en dos fases. La primera la adolescencia temprana que va entre los 10 y 14 años de edad; la segunda la adolescencia tardía entre los 15 y 19 años, caracterizándose cada una por cambios en el aspecto fisiológico, anatómico y psicológico. Sin embargo esta etapa no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y grupales de cada joven (1).

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo durante la segunda década de vida, y dado por estos cambios la adolescencia es un periodo único en el ciclo vital, que forma parte de un momento importante para sentar las bases de una buena salud en la edad adulta (1).

En la adolescencia temprana, comienzan a ser visibles cambios físicos con el inicio de la aceleración del crecimiento, seguido del desarrollo de los órganos sexuales y caracteres secundarios, ocasionando ansiedad y dudas al estar sufriendo dicha transformación. Aquí el cerebro experimenta un súbito desarrollo a nivel neurológico que en consiguiente repercute en la capacidad emocional, física y mental. El lóbulo frontal (parte donde gobierna el razonamiento y la toma de decisiones), comienza a desarrollarse, por lo que en esta etapa los adolescentes actúan con mayor impulsividad. La temeridad y la frustración son características de esta etapa que pueden llevarlo a sentirse confundido, siendo este momento en donde requiere del pleno apoyo de adultos responsables en su hogar, la escuela y la comunidad (2).

En la adolescencia tardía los cambios físicos más importantes ya se presentaron, pero el cuerpo sigue desarrollándose, el cerebro continua reorganizándose y la capacidad del pensamiento tiende a ser más analítico y reflexivo (2).

2.2 Suicidio y conducta suicida.

2.2.1 Definición de suicidio.

El suicidio es un problema de salud pública que ha aumentado en las últimas décadas, además sus repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que se vivirán afectaciones emocionales, sociales y económicas. El suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación), como el acto suicida en sí (3).

La palabra suicidio proviene del latín “sui y occidere”, que define a la palabra como el hecho de matarse a sí mismo (4).

Existe una proliferación de definiciones, por lo que la OMS en 1976 definió suicidio unificando una terminología de la siguiente manera: “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (5).

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2014 presenta su segundo informe acerca de la mortalidad por suicidio en las Américas, por lo que se elaboró un plan estratégico para la prevención de este, denominándolo “Prevención del Suicidio: un imperio global (Edición original en inglés: Preventing suicide: a global imperative)”, definiendo suicidio como el acto de matarse deliberadamente (6).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) define el suicidio como “la acción de matarse así mismo (5).

2.2.2 Definición de conducta suicida.

La conducta suicida es un fenómeno complejo, que implica alteraciones psicopatológicas incluyendo las existenciales, sociales y morales. En esta se conoce tanto al agresor como a la víctima (7).

El agresor en la mayoría de las veces presenta algún trastorno psiquiátrico que afectan sus capacidades mentales. Por su parte como víctima pasa a ser aquello que necesita ser defendido contra ellos mismos (4).

De acuerdo a la OMS, la conducta suicida es uno de los problemas que requieren una solución urgente, por su incremento en la epidemiología, predominantemente en adolescentes (8).

La OMS y la OPS definen a la conducta suicida como todos aquellos comportamientos que incluyen pensar en el suicidio o ideación suicida, incluyendo además planear el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho (6).

Acorde al Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-4), refiere que la conducta suicida es un comportamiento en la que el individuo tiene cierta intención de morir. Dando lugar o no a lesiones o consecuencias graves (9).

2.3 Epidemiología.

A nivel mundial acorde a cifras por la OMS en el año 2012, se registraron cerca de 804 000 muertes relacionados al suicidio, con una tasa anual mundial de 11,4 por cada 100 000, reconociendo que en los países de mejor estatus económico se suicidan tres veces más los hombres en relación a las mujeres, y en los países de ingresos bajos y medianos esta razón es menor, siendo de 1,5 hombres por cada mujer y reportándose que el suicidio es la segunda causa de muerte para el grupo de edad entre los 15 a 29 (10).

En América Latina y cifras dadas por la OPS, las tasas de suicidio son inferiores al promedio mundial, presentando alrededor de 65 000 defunciones anuales por suicidio con una tasa de mortalidad de 7.3 por cada 100 000 habitantes. Siendo el

suicidio hasta 4 veces más frecuente en el género masculino, ocupando la tercer causa de muerte en personas entre 10 y 24 años (11).

En México, según informes obtenidos por el INEGI, las tasas de suicidio se han incrementado en las últimas décadas; en 1970 la tasa fue de 1.13 por 100 000 habitantes, en el 2007 se incrementó a 4.12 por cada 100 000 habitantes y en el año 2013 se registraron en total 5 909 suicidios, con una tasa de 5 suicidios por cada 100 000 habitantes, representando cerca del 1% de todas las muertes registradas en ese año, siendo la cuarta causa de muerte registrada en esa fecha y al igual que las cifras mundiales y de América Latina presentándose el suicidio con mayor frecuencia en el grupo de edad entre los 15 a 29 años (5).

El suicidio representa el dato más visible y alarmante, sin embargo es necesario considerar también las modalidades de conducta suicida (la ideación suicida, la planificación y los intentos de suicidio) haciendo esto a la importancia de señalar que diversos estudios han demostrado que por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 o incluso más intentos suicidas, sin embargo no es posible estimarse el número real ya que en la mayoría de los países no existe un sistema de vigilancia para precisar números reales (10).

Las estimaciones realizadas por la OMS y la OPS indican que para el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidio, estimándose que entre 10 y 20 veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida (4,12).

La conducta suicida se presenta con mayor frecuencia en personas entre los 15 y 24 años de edad. En México en el años 2007, se encontró que el 27% de las personas muertas por suicidio estaban en este grupo de edad, convirtiéndose en la segunda y tercera causa de muerte para las personas entre 15 y 24 años. La prevalencia de intento de suicida en adolescentes mexicanos entre los 12 y 17 años corresponde al 4.26%, de los cuales 2.14% se presenta en hombres y 6.37% en mujeres. En México, la prevalencia de intentos de suicidio va del 7 al 17%, siendo

el intento de suicidio el factor de riesgo individual con mayor relación con el suicidio consumado (13).

La conducta suicida en su panorama epidemiológico, es compleja, debido a que las instancias oficiales estadifican al suicidio a través de los certificados de defunción sin que exista como tal una instancia que dé información epidemiológica veraz que reporte la ideación o los planes suicidas. Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, reportó una prevalencia de intentos suicidas que solicitó atención médica de 0.13%, por lo que al ponderar esta encuesta para los 75 millones de habitantes de la República mexicana que la ENA 2008 representa, cerca de 6 601 210 mexicanos tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 918 363 mexicanos planearon un suicidio, de los cuales un total de 593 600 intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento suicida (14).

Se tiene que la prevalencia de conducta suicida es mayor en adolescentes en el grupo de edad entre 12 a 17 años y va disminuyendo para el grupo de 18 a 29 años y luego de 30 a 65 años. Siendo más clara esta disminución en mujeres y es menos marcada en hombres. Esta misma encuesta (ENA 2008) reportó que el 10.01% de la población total de 12 a 17 años reportó ideación suicida en los últimos 12 meses, seguida de una prevalencia de 8.74% en el grupo de 18 a 29 años y de 8.39% en el grupo de 30 a 65 años (14).

Así mismo se tiene claro que existe mayor prevalencia la planeación suicida en mujeres que en los hombres, alrededor de 2 veces mayor en mujeres que en hombres para el intento suicida. Para el total de la población, las prevalencias de intento de suicidio es de 1.09% para la población de 12 a 17 años, de 0.90% para la de 18 a 29 años y de 0.62% para la de 30 a 65 años (14).

La OMS Y OPS reportan que a nivel mundial los hombres tiene una tasa más alta de suicidios con una razón de 3.5 a 1, pero en contraste las mujeres presentan

mayor conducta suicida (intento suicida) que los hombres, una de las razones es que los hombre emplean métodos más violento y letales, además se conoce que el pensamiento e intento suicida en sus distintas etapas del ciclo vital es más alto en las mujeres, pero el hombre lo consuma en la mayoría de sus veces (7)

2.4 Clasificación de la conducta suicida.

Se propone una nomenclatura basada en el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta, por lo que se clasifica en ideación suicida, comunicación suicida y conducta suicida (15).

Ideación Suicida:	Son los pensamiento que tiene la persona sobre el denominado suicidio
Comunicación Suicida:	Es el acto en el que se transmiten esos pensamientos o intenciones de acabar con su vida, presentándose evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Es el punto intermedio entre la ideación y la conducta suicida, en este punto se incluyen las comunicaciones verbales u no verbales, pero que no llega a producir lesiones.
Conducta suicida:	Es aquella conducta lesiva y autoinflingida en la que hay evidencia de que, por un lado, la persona desea usar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, y por otro lado, la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida, en este grado se pueden provocar o no lesiones, y las que se provocan pueden ser de diferente gravedad e incluso llegar a la muerte.

Existen dos tipos de comunicaciones suicida:

- Amenaza Suicida: en este punto la persona da indicios claros, pudiendo ser verbales o no verbales de que va a suicidarse, pudiéndose tratar de un simple chantaje a personas queridas, o ser una manifestación clara del desequilibrio de su entorno (15).
- Plan suicida: idea que, además de expresar sus deseos de autoeliminación, incluye el método específico, el lugar determinado, las precauciones para lograr no ser descubierto y alcanzar su propósito que es morir (15).

A su vez se considera conducta suicida (15):

1. Autolesión/gesto suicida: se define como toda conducta, deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de matarse, cuyo resultado final será desde no provocar lesiones, provocar lesiones o incluso provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada) (15).
2. Conducta suicida no determinada: es la conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida, que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad) (15).
3. Intento de suicidio: conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir. Con evidencia implícita o explícita del deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte. Dicha conducta puede o no provocar lesiones, independientemente del método y su letalidad (15).
4. Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia (implícita o explícita) de que la persona tenía intención de autoprovocarse la muerte (15).

2.5 Factores de riesgo.

La OPS y la OMS clasifica los factores de riesgo en sociales, comunitarios, relaciones e individuales, con la finalidad de facilitar su investigación y poder proponer medidas estratégicas de prevención para el suicidio (6).

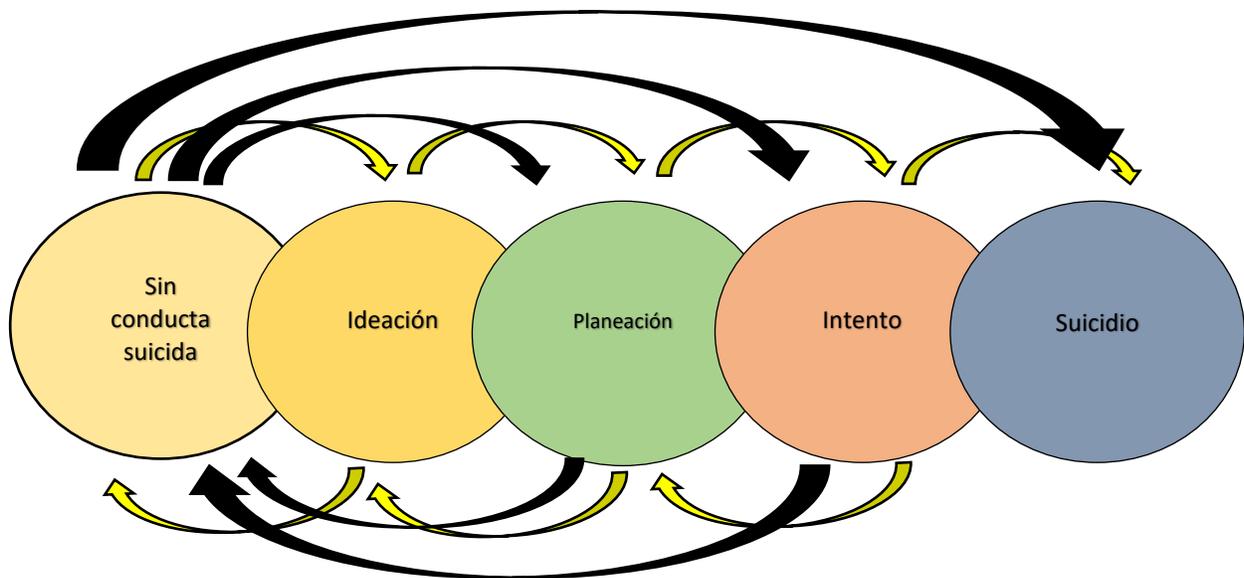
Tipo sociales:	Son los vinculados a la sociedad, en los que los tabúes, los estigmas, la vergüenza y la culpa predisponen los comportamientos suicidas. Entre ellos se encuentran el acceso a medios utilizables para suicidarse, notificación inapropiada por los medios de difusión, estigma asociados con comportamiento de búsqueda de ayuda, entre otros.
Comunitarios:	Entre estas se encuentran los desastres, guerras y conflictos, estrés por desplazamientos y aculturaciones, discriminación, traumas o abusos.
Relacionales:	Estos definen los aspectos relacionados al entorno más próximo de la persona, es la interacción que cada individuo tiene con la familiar, amigos y el entorno que lo rodea, estos incluyen el sentido de aislamiento y falta de apoyo social, conflicto en las relaciones disputadas o perdidas.
Individuales:	Estos dan lugar a las características de cada individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse, incluyen la edad, la personalidad, las actitudes, los valores, la autoestima, entre otros que nos conforman como un sujeto único.

Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. 2014. P.92 (6,10).
Cuesta-Revé D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. Rev Mex Pediatría.2017;84(2):72–7. (6,10).

Así mismo la identificación de factores que aumentan o disminuyan el riesgo de suicidio es importante conocerla por la estrecha relación con la conducta suicida en donde todo lo anterior nos permite clasificar los factores de riesgo en modificables y no modificables (15).

- Factores de riesgo modificables: son los relacionados con los factores sociales, psicológicos y psicopatológicos que pueden ser modificables clínicamente, entre los que encontramos al trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, salud física, trastorno de la personalidad (15).
- Factores de riesgo no modificables: se asocian al propio individuo o al grupo social al que pertenece y cuyo cambio es ajeno al poder ser moldeables clínicamente por ejemplo la edad, el sexo, la heredabilidad, estado civil, situación económica y laboral, apoyo social y familiar, conducta suicida previa, entre otras (15).

Podemos agregar en esta sección que la adolescencia es un periodo crítico ya que los cambios hormonales, la reorganización del cerebro y el sistema nervioso central así como la temerosidad, las dudas y la impulsividad originan una fluctuación en el estado emocional del adolescente por lo que puede pasar de lo normal a cualquier tipo expresión de conducta suicida, como se muestra en el siguiente diagrama.



2.6 Diagnóstico y tratamiento oportuno.

Lo más importante para el diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida es saber identificar y evaluar el riesgo suicida, la cual debe ser identificada tanto en el primer nivel de atención médica así como en la atención especializada. Sin embargo la estimación de identificar un riesgo suicida es complejo tanto por la naturaleza de la conducta como por la metodología para la investigación de esta, reconociéndose que en sí no existe un identificador específico para la conducta o riesgo predictivo de la conducta suicida.

Pese a lo anterior podemos utilizar herramientas básicas para la evaluación del riesgo suicida: la primera la entrevista clínica la cual sigue siendo el instrumento esencial para poder determinar el riesgo de suicidio, además de que permite la interacción entre el paciente y el médico o profesional médico, en la que además de realizarse una evolución psicopatológica, permite recabar información sociodemográfica, factores de riesgo y factores protectores, que permitirá incluso ayudar a reducir el riesgo suicida al momento de identificarlo y la segunda las escalas de evaluación las cuales solo son un apoyo complementario del juicio clínico (15).

2.7 Apoyo social.

El apoyo social ha sido definido como la existencia y disponibilidad de personas en las que se puede confiar, dejando saber al individuo que es valorado, amado y que se preocupan por él (16).

El estudio del apoyo social proviene de los años 70, iniciado por el epidemiólogo John Cassel y el psiquiatra Sidney Cobb, los cuales cimentaron que las personas que contaban con mayor lazo social presentaban mayor protección ante eventos estresantes y efectos patógenos.

Estos autores señalan que el apoyo social presenta dos elementos fundamentales: el primero incluye la percepción de que existe un número suficiente de personas

disponibles a quien se puede recurrir ante una necesidad y el segundo un grado de satisfacción con el apoyo del que se dispone (16).

El constructo denominado apoyo social engloba tres componentes:

- a) Esquema de soporte: su contenido incluye información sobre la probabilidad de que otros estén disponibles o dispuestos a proporcionar apoyo ante una necesidad(16)
- b) Relaciones de Apoyo: son las expectativas acerca del tipo de ayuda que recibirán de las personas más cercanas o personas particulares, lo cual está conformado por la historia de cada relación (16).
- c) Transacciones de apoyo: son las relaciones conductuales que existe entre al menos dos personas, concluyendo la elicitación del receptor para recibir el apoyo, la manifestación de conductas de apoyo y la recepción del apoyo (16)

Las funciones del apoyo social dependerán de la situación que se esté presentando, estas funciones se enumeran a continuación:

- 1) Emocional: representada por una o más personas quienes tienen la capacidad de escuchar empáticamente cuando se tiene problemas y son capaces de proveer indicaciones y cuidados (16).
- 2) Instrumental: está dada por la capacidad de proveer ayuda práctica y tangible, como poder dar herramientas o mandar dinero (16).
- 3) Informativa: el cual está dado por la capacidad de proveer conocimiento útil para la solución de problemas (16).
- 4) Compañerismo: dado por la disponibilidad de personas con quienes se puede participar en actividades sociales y de ocio (16).

Cabe señalar que una parte importante que antecede el apoyo social es la identidad social, que deriva de conocerse miembro de un grupo social, considerándose dentro de este con valor y apego social hacia ese grupo. La identidad social está dado por dos componente: el afectivo, haciéndose a este referencia a los sentimiento acerca de la membresía a un grupo, incluyendo el entusiasmo y la pertenecía; y el cognitivo, que es la identificación propia de los individuos como miembros de un grupo. Lo que

permite implicar que se percibirá mayor apoyo social a mayor identificación cognitiva con un grupo (16).

De la misma manera el contar con una red social que le proporcione apoyo a un individuo es benéfico, debido a que las personas con mayor percepción de apoyo social tiene un concepto propio positivo, son menos ansiosas y creen en sus habilidades para controlar los aspectos de su entorno, experimentando baja angustia psicológica, con mejor adaptación a nuevos ambientes; en cambio aquellos que perciben un nivel bajo de apoyo social son emocionalmente inestables y tienden a ser más pesimistas respecto al presente y al futuro (16).

Existe una correlación entre el funcionamiento familiar y el apoyo social percibido, ya que el apoyo social afecta la parentalidad al proveer modelos parentales y estimular o suprimir ciertos tipos de comportamientos al compartir experiencias y conocimientos, por lo que la familia funge como responsable primario del apoyo social y emocional de los individuos, en el que existen obligaciones mutuas y se espera reciprocidad de parte de todos los miembros, por lo que el apoyo familiar, seguido de las redes de amigos o redes sociales, son la principal red de apoyo (16).

2.8 Antecedentes de la conducta suicida y el apoyo social percibido.

Medina AR y cols (2017, Caribe) estudiaron los factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes, a través de un estudio descriptivo en 734 estudiantes de 14 a 20 años, utilizando la escala de ideación suicida de Beck y aplicación de un cuestionario de indicadores de riesgo (CIR) realizado por Guibert y del Cueto con el fin de determinar factores psicosociales de riesgo para suicidio, encontrando que 561 (76.4%) no presentaban riesgo suicida, y 173 (23.6%) presentaron riesgo suicida, predominando en el estudio el sexo femenino en un 51%, y las edades entre 14 a 17 años presentaron el 91% de la población, concluyendo que la desesperanza y culpa presentó una prevalencia del 57.2%, en la dimensión de apoyo social y familiar se encontró que el 72.2% de los adolescentes estudiados no cuenta con apoyo social o familiar, por lo que los factores psicosociales como la desesperanza, culpa, depresión, falta de apoyo

social y familiar, tiene una alta probabilidad de relacionarse con la conducta suicida (17).

Amadeu Matos y cols. (2014, Portugal), en su estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de educación superior y su influencia con el apoyo social un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, con una muestra de 1074 estudiantes de una escuela de Portugal, a través de un cuestionario sociodemográfico, la escala de satisfacción con el apoyo social/familiar (ESSS) y la escala de ideación suicida de Beck; tuvo como resultado que la ideación suicida grave es más elevada en estudiantes del sexo femenino (8.3%), que el masculino (6.9%); en los casados (8.1%), que en los solteros (7.8%), con edad inferior a 19 años (9.6%) y entre los que viven solos (9.8%) que en los que residen en familia (7.7%¹), concluyendo que la gravedad de la ideación suicida es más elevada en estudiantes que habitan fuera de su casa y viviendo solos, con redes débiles de apoyo social/familiar, lo que indica que una red de apoyo social frágil se asocia positivamente con la ideación y riesgo suicida (18).

Pérez-Amezcuca y cols. (2010, México), estudiaron los factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana, mediante un estudio transversal, probabilístico, estratificado y por conglomerados. Se seleccionaron de manera aleatoria planteles escolares de un listado de escuelas de educación media superior en las 32 entidades de México. A través de una muestra de 12 424 estudiantes de 14 a 19 años previa aplicación del cuestionario, se entregó carta de consentimiento informado a estudiantes y padres de familia, enfatizando la confidencialidad, mediante la aplicación de la escala de Okasha para ideación suicida, siendo esta la variable dependiente, y un cuestionario sociodemográfico, encontraron que del total de estudiantes 45% fueron hombres y 55% mujeres y que 47% de los estudiantes que reportaron ideación suicida, 7% presentó un síntoma, 9% dos, 20% tres y 11% cuatro síntomas. El síntoma más reportado fue “haber vivido situaciones en que se ha deseado dejar de existir” (39%). Además, 9% de los estudiantes reportaron intento de suicidio. Los estudiantes que refirieron tener poca comunicación con los padres tienen 30% más

posibilidad de presentar este problema, concluyendo que las variables que mostraron estadísticamente significativa ($p < 0.01$) fueron: sexo, tener relaciones sexuales, confianza en la comunicación con los padres, abuso sexual, apoyo familiar y social bajo, ansiedad, reconocimiento escolar, sintomatología depresiva, consumo de sustancias (alcohol, drogas y tabaco), y expectativa hacia el futuro tienen mayor riesgo a conducta suicida (19).

Caycedo A y cols. (2009, Bogotá), quienes estudiaron las características psicosociales y familiares relacionadas con el intento suicida, realizando su investigación mediante un estudio transversal descriptivo, en 14 adolescentes entre 10 y 17 años, encontraron que la edad más relevante para el intento suicida, fueron los 16 años en un 43%, donde el género femenino representó el 71.5% de intento suicida, en cuanto al estado civil de los padre el 46.1% eran casados, la mala situación económica predominó con un 64.2% y el 14.8% expresaron el deseo de morir, por parte de la escolaridad se recolectó que el 50% tenían buen rendimiento académico, el 100% de los adolescentes eran católicos y el 14.8% presentó deseo de morir, concluyendo que con respecto a las características psicosociales y familiares se observó que la estructura familiar puede incidir en conductas suicidas, en donde la disfuncionalidad de los hogares y la ausencia de figura paterna se relacionan con el riesgo suicida (20).

Córdova-Osnaya M, et al. (2007, México) cuyo objetivo fue evaluar la ideación suicida y su relación con aspectos psicosociodemográficos en universitarios, aplicando una encuesta transversal, en estudiantes universitarios en edades entre 19 a 29 años, con un tamaño de muestra de 521 sujetos. Aplicando dos instrumentos: la escala de ideación suicida de Beck y ficha de identificación dada por 25 preguntas de las cuales se obtenía información psicosociodemográfica del entrevistado, encontraron que 312 de los 521 estudiantes manifestó comportamiento suicida lo que representó entre el 27 al 30% de la población, la autoestima resultó ser variable predictor de protección y que las variables predictores de riesgo fueron el estrés psicosocial y sus consecuencias emocionales. Además, en las mujeres se presentó con más frecuencia síntomas de ideación

suicida que los hombres, estos autores concluyeron que el 59.9% de la población presentó ideación suicida y que los aspectos psicosociodemográficos relacionados significativamente con la ideación suicida fueron: cuando no trabajan; el haber vivido la infancia o adolescencia con sólo la madre o un familiar; consumir cigarro, café, alcohol, drogas; percibir que su vida ha sido trastornada por algún evento; no contar con familiares; cuando el dinero no cubre sus necesidades; el haber recibido atención psicológica; manifestar pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismos; y percibir un futuro difícil e incierto (21).

3. Justificación

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el suicidio ocupa la segunda causa de muerte entre jóvenes del grupo de 15 a 29 años; en América Latina considerado como la tercer causa de muerte en las edades de 10 a 25 años, siendo un problema de salud pública del cual incluso ha llevado a estas organizaciones tratar de crear un plan estratégico para la prevención del suicidio. En nuestro país, cuatro de cada 10 jóvenes entre 15 a 29 años muere por suicidio, siendo la conducta suicida el principal factor de riesgo, en donde el bajo apoyo social contribuye directamente con el pronóstico de desarrollar dicha conducta.

La adolescencia es un período crucial para desarrollar y mantener hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar; en el mundo 1 de cada 6 tiene entre 10 y 19 años, el 50% de las condiciones de salud mental comienzan a los 14 años de edad, pero la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan, las consecuencias de no abordar las condiciones de salud mental de los adolescentes se extienden hasta la edad adulta, lo que afecta la salud física y mental y limita las oportunidades para llevar una vida plena como adultos. Identificar un riesgo suicida es complejo, al no existir un programa determinado para la detección oportuna de la conducta suicida; el poder diseñar un programa para la detección de la conducta suicida ayudará a frenar las consecuencias en tanto en el desarrollo biopsicosocial del adolescente en su presente y futuro.

Por lo tanto, los adolescentes en quienes se detecta algún tipo de conducta suicida requieren un manejo integral multidisciplinario, ya que la enfermedad no solo afecta aspectos psicológicos, sino también familiares y sociales. La finalidad de este estudio fue conocer la prevalencia de dicha conducta, así como determinar el nivel de apoyo social percibido en este grupo edad para que sirva de base a los clínicos y tomadores de decisiones con un enfoque de prevención primaria y tratamiento oportuno.

4. Planteamiento del problema

El suicidio y la conducta suicida ha sido un problema de salud pública creciente, que se ha presentado a lo largo de la historia sin importar el desarrollo del país, la cultura, el género o la edad; el preocuparnos ahora por algo que siempre ha existido se basa en el hecho de que la conducta suicida (ideación, intento y la consumación) ha ido en incremento, tal y como se ha demostrado con cifras epidemiológicas, en donde es evidente que los adolescentes son los más vulnerables y susceptibles, por todos los cambios físicos, anatómico y psicológicos durante la etapa denominada adolescencia, causando preocupación, pero al mismo tiempo una razón para la toma de acciones diagnósticas, preventivas y de tratamiento, aun no existentes en nuestra institución dando en primer lugar la relevancia de este estudio.

En cuanto a la trascendencia de estudiar la conducta suicida en relación al apoyo social percibido en adolescentes se basa en la poder identificar factores de riesgo que disminuyan la expectativa de vida de esta población, interfieran en su presente y limiten su futuro.

Una de las funciones principales del médico familiar, se base en encontrar aquellos aspectos que influyen en la salud del paciente; como se ha mencionado en el capítulo de introducción el desequilibrio social es uno de los factores predisponente para el desarrollo de la enfermedad. El no atender aquellos factores que interfieren con la conducta suicida podría ocasionar a parte del desequilibrio biopsicosocial repercusiones físicas, emocionales y sociales en la persona y en las personas de su entorno, dándole a esto la importancia de realizar este estudio.

Por tanto para este estudio nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre el nivel de apoyo social percibido con la conducta suicida en adolescentes derechohabientes al H.G.R. con Medicina Familiar No.1 en la consulta externa de medicina familiar?

5. Objetivos

5.2 Objetivo general.

- Describir la relación entre el nivel de apoyo social percibido con la conducta suicida en adolescentes derechohabientes del H.G.R. con Medicina Familiar No.1 Cuernavaca, Morelos en la consulta externa de medicina familiar.

5.3 Objetivos específicos.

- Caracterizar a los participantes mediante condiciones sociodemográficas y clínicas.
- Conocer el nivel de apoyo social percibido en adolescentes derechohabientes del H.G.R. con Medicina Familiar No.1 mediante la escala de percepción de apoyo social de Vaux.
- Detectar la frecuencia de conducta suicida en adolescentes derechohabientes del H.G.R. con Medicina Familiar No.1 mediante la escala de ideación suicida de Beck.

6. Hipótesis

De acuerdo con la literatura consultada encontraríamos que un bajo apoyo social percibido estaría relacionado con la conducta suicida en adolescentes derechohabientes del H.G.R. c/M.F. No.1.

7. Materiales y métodos

7.1 Tipo y diseño:

Estudio observacional, descriptivo, tipo encuesta transversal.

7.2 Unidad de trabajo:

Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos.

7.3 Tiempo:

De marzo 2017 a marzo del 2019.

7.4 Universo de trabajo:

Adolescentes de 12 a 17 años adscritos al H.G.R. con Unidad de Medicina Familiar No.1 en la consulta de medicina familiar que aceptaron participar en el estudio bajo consentimiento informado de los padres y asentimiento informados de los adolescentes. Cabe señalar que la consulta externa de medicina familiar tiene responsabilidad sobre población de zona conurbada de Cuernavaca.

7.5 Cálculo de tamaño de la muestra:

El cálculo de tamaño de muestra se realizó con base a la revisión de la literatura y de acuerdo a la prevalencia de la variable dependiente (ideación suicida) para este estudio. En la cual Pérez-Amezcuca y cols. (2010) en población de adolescentes mexicanos con una muestra representativa a nivel nacional encontró que en Morelos la prevalencia de ideación suicida fue del 52%. Sin embargo para maximizar el tamaño de muestra se utilizó la proporción del 50%. Cabe señalar que aunque se cuenta con el censo total de adolescentes en el grupo de 10 a 19 años (clasificación de adolescente de acuerdo a la OMS) en este estudio únicamente se analizó el subgrupo de adolescentes de 12 a 17 años para hacer comparativos nuestros resultados sobre todo con la prevalencia de conducta suicida, con las principales encuestas a nivel nacional como lo es ENCODAT 2016 y la ENSANUT-MC 2016, al no contar con el censo de adolescentes de 12 a 17 años se decidió emplear fórmula para proporción y población infinita.

Fórmula de cálculo de tamaño de muestra para una proporción y población infinita como se describe a continuación:

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

Z α = 1.96	95%
p	50% (0.5). Optimizar el tamaño de muestra
q	1-p
d	6%

n= 267 adolescentes

7.6 Técnica de muestreo: No probabilística. Por conveniencia.

7.7 Recolección de datos

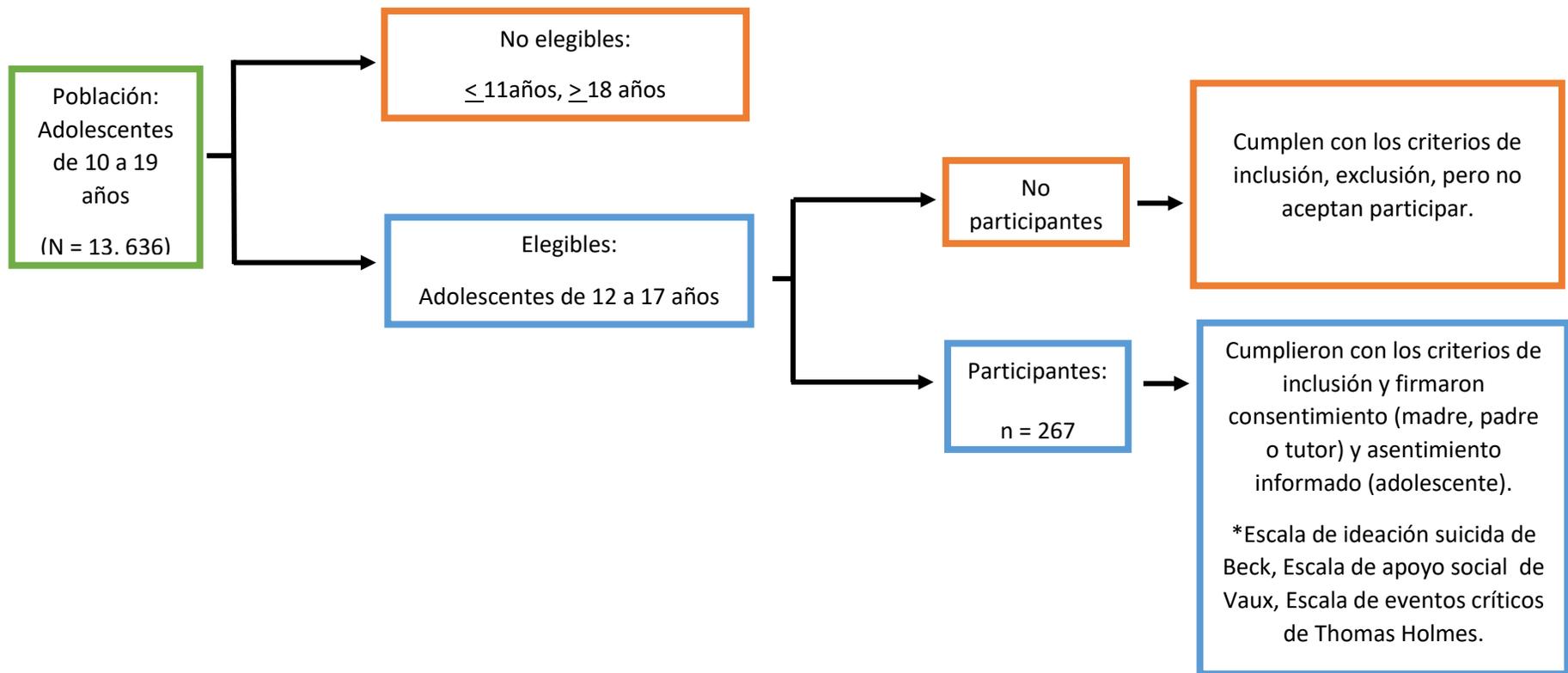
La recolección de datos se realizó en el área de la consulta externa de medicina familiar del H. G. R. con Medicina Familiar No. 1, en ambos turnos (matutino y vespertino), invitando a todos aquellos adolescentes que se encontraban en la sala de espera, independientemente del motivo por el cual se encontraban ahí y que estaban entre el rango de edad de 12 a 17 años que cumplieron los criterios de inclusión y que aceptaron su participación voluntaria en este estudio mediante firma de consentimiento informado (anexo 1) por parte del padre o tutor y firma de asentimiento informado del adolescente (anexo 2), (Diagrama 1).

Las encuestas se llevaron a cabo con la debida confidencialidad y privacidad. Estas encuestas constaron de obtención de datos generales del sujeto en estudio por medio de un cuestionario sociodemográfico (anexo 3), una escala de ideación suicida de Beck (anexo 4) y la aplicación del cuestionario de nivel de apoyo social percibido denominado escala de apoyo social percibido de Vaux (anexo 5), así mismo por la bibliografía consultada se decidió evaluar eventos críticos estresantes mediante el cuestionario de eventos críticos de Thomas Holmes (anexo 6).

Se consideró un área específica lo más cómodamente posible para que los pacientes entrevistados pudieran contestar libremente, para el turno matutino el consultorio 29 y para el vespertino el consultorio de nutrición. El tiempo aproximado del llenado de los cuestionarios fue de 30 minutos y se brindaron los elementos necesarios para llevar a cabo esta recolección de datos de forma óptima. Los cuestionarios fueron autoadministrados y únicamente el encargado de la recolección de los datos en caso de ser necesario contestó a dudas sobre el llenado de los cuestionarios cuidando siempre de no influir en la respuesta del participante. Además de asegurarse que el familiar (padre, madre o tutor) acompañante del adolescente permaneciera a una distancia prudente sin que influyera en las respuestas de su familiar. Se minimizó el riesgo de sesgo de información al tratarse de una encuesta autoadministrada y brindando un área específica al adolescente con la comodidad y confianza para que contestara las preguntas de los

cuestionarios y como se menciona tanto en el consentimiento informado como asentimiento se garantizó la confidencialidad de los datos que brindó incluso de los mismos padres.

Diagrama 1. En este diagrama se observa la forma de recolección y selección de la muestra del estudio.



7.8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

7.8.1 Criterios de inclusión:

- Adolescentes en edad entre 12 a 17 años que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, derechohabientes al H.G.R. con Medicina Familiar No.1 Cuernavaca Morelos.
- Adolescentes que aceptaron de forma voluntaria por parte de los padres e hijos (Consentimiento informado por los padres o tutores y asentimiento del adolescente).
- Adolescentes que desearon participar en la investigación.

7.8.2 Criterios de exclusión:

- Adolescentes con antecedentes de enfermedades psiquiátricas conocidas.
- Adolescentes con enfermedades neurológicas.

7.8.3 Criterios de eliminación:

- Adolescentes que respondieron la encuesta en forma incompleta o incorrecta.

7.9 Descripción de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Codificación
Conducta suicida	Según la OMS la conducta suicida se define como todos aquellos comportamientos que incluyen la ideación, planeación e intento suicida.	Escala de ideación suicida de Beck. Se mide una escala de 19 ítems: ideación suicida los reactivos 4 y 5 cuando ambos reactivos el puntaje sea cero se considera sin ideación suicida y cuando sea diferente a cero se considera ideación suicida. La planeación se mide a través del reactivo 12, si la respuesta fue 2 se consideró planeación suicida	Dependiente	Cuantitativa discreta que se reescaló a cualitativa nominal, dicotómica	0: sin ideación 1: con ideación 0: sin planeación 1: con planeación
Apoyo social	Según Vaux la define como la existencia y disponibilidad de personas en las que se puede confiar, dejando saber al individuo que es valorado, amado y que se preocupan por él.	<p>Escala de Vaux. Este instrumento está formado por 15 ítems con un puntaje global que oscila entre 15 y 60 puntos, en donde a mayor puntaje mayor apoyo social.</p> <p>Se realizaron categorías de apoyo social utilizando terciles para análisis estadístico.</p>	Independiente	Cuantitativa discreta que se reescaló a cualitativa ordinal	<p>Puntaje total 15-60</p> <p>0: T1 bajo apoyo social 1: T2 mediano apoyo social 2: T3 alto apoyo social</p>

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Codificación
Sexo	Condición fisiológica que distingue hombre de mujeres.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: Masculino 1: Femenino
Edad (años)	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la fecha.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cuantitativa continua	Años
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir enseñanza.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa ordinal	0: Analfabeta 1: Primaria 2: Secundaria 3: Nivel Medio 4: Otro
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: Soltero 1: Casado 2: Unión libre 3: Otro
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: Ninguno 1: Católico 2: Testigo de Jehová 3: Cristiano 4: Otro
Uso de tabaco	Se define como la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes, la nicotina.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: No 1: Si

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Codificación
Uso de alcohol	Padecimiento que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: No 1: Si
Ocupación	El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: Estudiante 1: Empleado 2: Ambas
Hijos	Descendiente directo de un animal o de una persona. Los hijos pueden ser biológicos o fruto de la adopción.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: No 1: Si
Eventos Críticos de Thomas Holmes	Test que permite la determinación del estrés producido por los cambios de vida y alteraciones de la salud.	Escala de eventos críticos de Holmes	Covariable	Cuantitativa discreta que se escalara a cualitativa ordinal	0: Sin crisis 1: Crisis leve 2: Crisis moderada 3: Crisis severa

7.10 Instrumentos de evaluación del apoyo social y la conducta suicida.

Diversos instrumentos psicométricos han sido diseñados para evaluar el riesgo suicida, que por lo general suelen basarse en el valoración directa de ideas o conductas suicidas y factores de riesgo, siendo estos instrumentos una ayuda complementaria de la entrevista clínica. Es importante señalar que algunos de estos instrumentos carecen de la adaptación y validación en algunos países por lo que se debe elegir los instrumento de evaluación ideal a cada país (15).

Los constructos deben tener una definición operativa de la conducta suicida, incluir un sistema cuantitativo de puntuación acompañado de especificaciones cualitativas sobre el nivel de riesgo para apoyar el diagnóstico y poder dar seguimiento (15).

7.10.1 Escala de ideación suicida de Beck.

La escala de ideación suicida de Beck (EISB) no tiene como finalidad predecir el intento suicida, pero ayuda a valorar la intensidad del deseo de suicidarse, es decir, tiene la capacidad de valorar la ideación suicida, permitiendo conocer si el sujeto corre riesgo de suicidarse. Por lo que este constructo permitirá saber si tiene o no la idea de hacerlo, detectarlo de forma oportuna y evitar el suicidio proporcionándole al paciente con detección de ideación un tratamiento adecuado (23).

El constructo ha sido diseñado con la finalidad de poder cuantificar y evaluar la ideación suicida de forma consiente, así como poner una balanza entre el pensamiento suicida y deseo de auto destructividad (23).

De forma teórica la escala de ideación suicida definida por Beck, Kavac y Weissman en el año 1979, fue elaborada con la finalidad de valorar deseos y planes para cometer un suicidio sin haber realizado un intento, fue originalmente elaborado de 21 reactivos, reportando cuatro factores, organizándose los reactivos de la siguiente manera:

- ❖ Características de las actitudes hacia la vida/muerte, correspondiente a los reactivos del 1 al 5.

- ❖ Características de los pensamientos/deseos de suicidio, mediante los reactivos 6 al 11.
- ❖ Características del intento de suicidio, de los reactivos del 11 al 15.
- ❖ Actualización del intento del 16 al 21.

En países como Estados Unidos la escala de ideación suicida, ha sido utilizada desde el ámbito de pacientes psiquiátricos hospitalizados, así como en el contexto ambulatorio, así como en adolescentes y estudiantes mexicanos (24).

En México la escala consta de 19 reactivos que se aplican a través de una entrevista clínica semiestructurada, la cual a través de los reactivos mide la intensidad de las actitudes, conducta y planes específicos para suicidarse (23).

Cada reactivo tiene 3 opciones, el rango valor va del 0 al 2. En caso de que la puntuación de los reactivos “deseo de intentar suicidarse” e “intento pasivo de suicidarse” es igual a 0, se omiten las subsiguientes secciones, suspendiéndose la entrevista y codificándose como “No Aplicable”, es decir no se cuenta con ideación suicida, de lo contrario se continuara aplicándose la entrevista clínica, y en la pregunta 12 sobre planeación si responde más de 2 se considera planeación suicida (23).

Diaz MA (2010, México), evaluó la validez interna de las características psicométricas de esta escala en México obteniendo un coeficiente de alpha de Cronbach de 0.84 (23).

7.10.2 Escala de percepción de apoyo social de Vaux.

Este instrumento está formado por 15 ítems con cuatro opciones de respuesta: totalmente de acuerdo 4 punto, de acuerdo 3 puntos, en desacuerdo 2 puntos y totalmente desacuerdo 1 puntos, con un puntaje global que oscila entre 15 y 60 puntos (25).

En donde las puntuaciones más altos indican altos niveles de apoyo social percibido sin establecer puntos de corte (25).

Nava QCN (2014, México), realizó un estudio cuyo objetivo fue la adaptación al idioma español y validación de esta escala en población mexicana, obteniendo como resultado un alfa de Cronbach de 0.896. Teniendo este instrumento por objeto el poder medir el grado en el que una persona se siente amada, estimada, y se considera parte de un grupo, siendo este la familia, los amigos, la escuela, entre otros la red de apoyo social (25).

7.11 Plan de análisis

7.11.1 Análisis estadístico.

Una vez que se recolectaron los datos mediante los instrumentos de recolección propuestos se procedió a la captura de la información en Microsoft Office Excel 2013. Posteriormente se exportó la base de datos al programa estadístico STATA versión 14.0; mediante el cual se realizó la limpieza y depuración de datos aberrantes, erróneos o faltantes, así como valores fuera de rango.

7.11.2 Análisis descriptivo.

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión (mediana, percentil 25 y percentil 75) para la única variable cuantitativa que fue edad de los adolescentes ya que no cumplió con criterios de normalidad gráfica ni estadística. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

7.11.3 Análisis bivariado.

Se utilizó la prueba estadística de Chi² o exacta de Fisher según las frecuencias esperadas en las celdas.

Se tomó un valor de significancia estadística de $p < 0.05$.

Además se realizó un análisis de correlación utilizando el coeficiente de correlación de Spearman (debido a que la variable dependiente no cumplió con distribución normal).

8. Aspectos éticos

Este protocolo se realizó acorde a los lineamientos internacionales para realizar investigación clínica en seres humanos dentro de los cuales se encuentran:

Informe Belmont: Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Principios éticos básicos establecidos: **Respeto** a las Personas, lo cual incluye que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos. **Beneficencia** en donde se han formulado dos reglas generales, el primero no hacer daño; el segundo acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. **Justicia** haciendo referencia a que a cada quien lo que se merece.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki principios éticos que sirven para orientar a los médicos e investigadores que realizan investigación médica en seres humanos vincula al médico con “velar ante todo por la salud del paciente”, además del Código Internacional de Ética Médica. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Bases legales: De acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud es un Investigación sin riesgo, ya que es un estudio que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Cabe señalar que todos aquellos adolescentes que participaron se les hizo entrega de resultados en un sobre cerrado, con los puntajes obtenidos en las escalas aplicadas indicándose que el instrumento es de tamizaje. Y únicamente aquellos que presentaron ideación o planeación suicida en los últimos 12 meses, así como

bajo apoyo social se les gestionó una cita directamente con su médico familiar para que este realice correlación clínica – diagnóstica.

Recordando además que en párrafos previos se mencionó que la adolescencia como tal es un periodo de transición que origina estados de ánimo fluctuante con mayor impulsividad y que puede originar que de lo normal pase a algún estado de conducta suicida como regresar a la normalidad, y que el estudio utilizado mide la intencionalidad suicida en los últimos 12 meses sin conocerse en qué periodo presentó dicha conducta.

9. Recursos humanos, materiales, físicos y financieros del estudio

9.1 Recursos humanos:

- Investigadores.

9.2 Recursos materiales:

- Cuestionarios (hoja recolectora de datos).
- Copias fotostáticas.
- Computadora.
- Paquete básico de Office (Word, Excel, Programa estadístico Stata, Power point).
- Papelería en General (lápiz, pluma, gomas, sacapuntas, hojas para impresión, tabla de madera para encuesta).

9.3 Recursos físicos:

- Instalaciones del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos.
- Sala de espera.
- Sillas en la sala de espera.

9.4 Recursos financieros:

- Fueron proporcionados por los investigadores

10. Resultados

En este estudio se evaluaron a 267 adolescentes entre 12 a 17 años de edad, que se encontraban en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar del H.G.R. c/MF No.1, identificándose los siguientes resultados expresados en las tablas y gráficas como se muestran a continuación.

En la tabla 1 podemos observar que 129 (48.31%) adolescentes corresponden al sexo masculino y 138 (51.69%) corresponden al sexo femenino, siendo este último grupo el predominante en el estudio. Así mismo podemos notar que la edad que predominó fue 13 años con 98 (36.70%) con una mediana de 13 años.

Tabla 1. Características sociodemográficas con las peculiaridades relevantes de los adolescentes del estudio (n=267)

Variable	Categoría	Frecuencia n= 267	Porcentaje %
Sexo	Hombres	129	48.31
	Mujeres	138	51.69
Edad	12	60	22.47
	13	98	36.70
	14	51	19.10
	15	16	5.99
	16	20	7.49
	17	22	8.24
Escolaridad	Mediana (p25, p75)	13 (13, 14)	
	Ninguna	1	0.37
	Primaria	3	1.12
	Secundaria	216	80.92
	Nivel medio superior	47	17.60
Calificación del último grado	<7	43	16.10
	7-8	115	43.07
	9	89	33.33
	10	20	7.49

Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia

En la tabla 2 podemos observar que la ocupación de los adolescente que predominó fue estudiantes 255 (95.51%), el estado civil que predominó fue soltero en 260 (97.38%) y que 264 (98.88%) no tiene hijos.

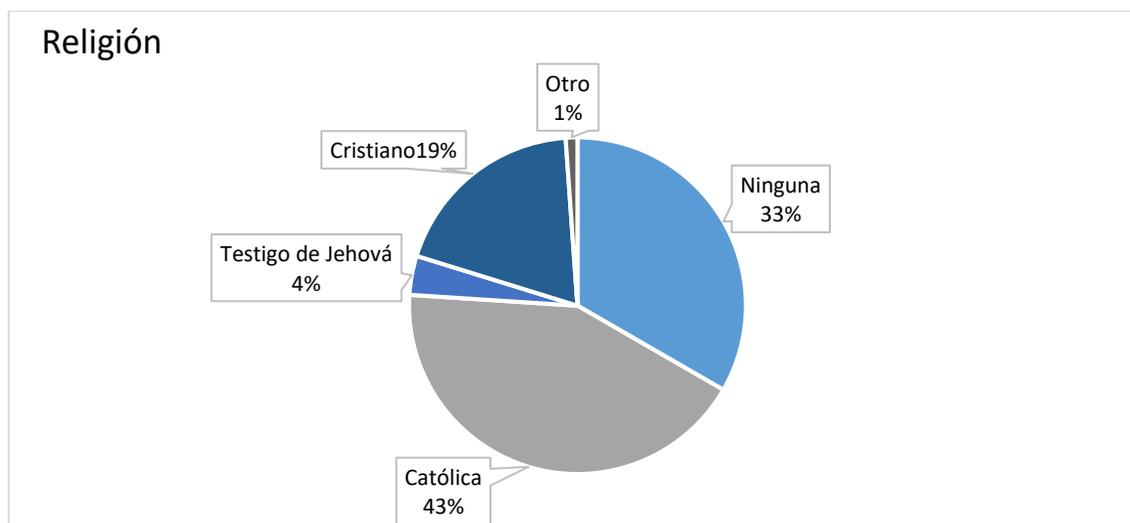
Tabla 2. Características sociodemográficas con las peculiaridades relevantes de los adolescentes y sus relaciones familiares (n=267).

Variable	Categoría	Frecuencia n= 267	Porcentaje %
Ocupación	Solo estudia	255	95.51
	Solo trabaja	0	0
	Estudia y trabaja	12	4.49
Vida sexual activa	No	254	95.13
	Si	13	4.87
Estado civil	Soltero	260	97.38
	Casado	2	0.75
	Unión libre	5	1.87
Tiene hijos	No	264	98.88
	Si	3	1.12

Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia

En el gráfico 1 vemos la variable religión de los adolescentes participantes, notándose que la religión que predominó fue la católica en 114 (42.70%) adolescentes, seguida por ninguna religión en 89 (33.33%) adolescentes, cristiana la tercera más frecuente en 51(19.10%) adolescentes, testigo de Jehová solo en 10 (3.75%) adolescentes, otro tipo de religión solo se presentó en 3 (1.12%) adolescentes del total de estudiados.

Gráfico 1. Distribución de la variable Religión en los 267 adolescentes estudiados.



Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia

En la tabla 3 se observan las características sobre los estilos de vida no saludables en los adolescentes. Podemos identificar que solo 10 (3.75%) de los adolescentes manifestaron uso de tabaco, solo 2 (0.75%) uso de alcohol y 5 (1.86%) uso de alguna otra droga.

Tabla 3. Características de estilos de vida no saludables de los adolescentes del estudio (n=267).

Variable	Categoría	Frecuencia n=267	Porcentaje %
Uso actual de tabaco	No	257	96.25
	Si	10	3.75
Consumo actual de alcohol	No	265	99.25
	Si	2	0.75
Uso actual de alguna drogas	No	262	98.13
	Marihuana	3	1.12
	Cocaína	1	0.37
	Inhalado	1	0.37

Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia

En la tabla 4 observamos que la ocupación del padre que predominó fue la de oficio 96 (35.96%), seguida de empleado 66 (24.72%), obreros 25 (9.36%) y profesionista 16 (5.99%). En cuanto a la pregunta de quienes trabajan en el grupo familiar se puede observar que ambos (padre y madre) fue la respuesta que predominó con 122 (45.69%) de los casos, seguido de solamente el padre 67 (25.09%), la madre con 55 (20.60%) y otro con 23 (8.61%) de los 267 adolescentes encuestados. Al preguntarles sobre las personas que consideran como jefe de su familia ambos padres fue la respuesta que predominó en 118 (44.19%), seguido por la madre 71 (26.59%) y en tercer lugar solo el padre 65 (24.34%), la respuesta otros se presentó en 13 (4.87%) que incluyó abuelos, tíos, hermanos entre otros.

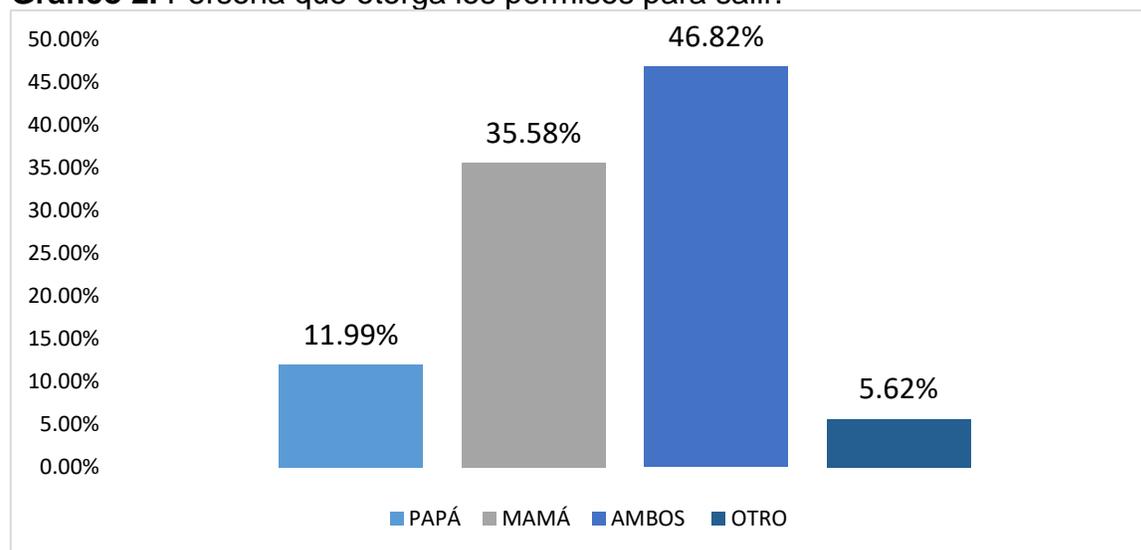
Tabla 4. Características sobre la estructura familiar de los adolescentes en estudio n=267.

Variable	Categoría	Frecuencia n=267	Porcentaje %
Ocupación del padre	Obrero	25	9.36
	Empleado	66	24.72
	Profesionista	16	5.99
	Oficio	96	35.96
	Otro	64	23.97
Personas que trabajan en el grupo familiar	Padre	67	25.09
	Madre	55	20.60
	Ambos	122	45.69
	Otro	23	8.61
Persona que aporta mayor cantidad de dinero	Padre	111	41.57
	Madre	49	18.35
	Ambos	86	32.21
	Otro	21	7.87
Jefe de la familia	Padre	65	24.34
	Madre	71	26.69
	Ambos	118	44.19
	Otro	13	4.87

Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia

En el gráfico 2 observamos que la persona que otorga los permisos para salir son tanto el padre como la madre (ambos) en 125 (46.82%), seguido por la madre 95 (35.58%), luego por el padre 32 (11.99%) y por último otros en 15 (5.62%).

Gráfico 2. Persona que otorga los permisos para salir.



Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia

La tabla 5 representa las características demográficas del lugar donde habitan, se pudo observar que predominan los servicios básicos de urbanización (agua, luz, drenaje, recolección de basura y transporte) lo que nos sugiere un área urbanizada de vivienda, pese a ello la percepción de no vigilancia predominó en 181 (67.79%).

Tabla 5. Características demográficas del lugar donde habitan los adolescentes.

Variable	Categoría	Frecuencia n=267	Porcentaje %
Agua potable	No	18	6.74
	Si	249	93.26
Drenaje	No	23	8.61
	Si	244	91.39

Continúa siguiente página

Tabla 5 (continuación).

Variable	Categoría	Frecuencia n=267	Porcentaje %
Alumbrado	No	26	9.74
	Si	241	90.26
Recolección de basura	No	32	11.99
	Si	235	88.01
Transporte publico	No	44	16.48
	Si	223	83.52

Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia

La tabla 6 describe la conducta suicida evaluada mediante la escala de ideación suicida de Beck, encontrándose que 223 adolescentes (83.52%) no presentó ideación suicida y 44 (16.48%), presentó ideación suicida.

Tabla 6. Ideación suicida mediante la aplicación de escala de ideación suicida de Beck en adolescentes.

	Frecuencia n= 267	Porcentaje %
Sin ideación	223	83.52
Con ideación	44	16.48

Fuente: Escala de ideación suicida de Beck.

En la siguiente tabla (tabla 7) se representa la caracterización de la ideación suicida, acorde a las respuestas emitidas en el cuestionario de escala de ideación suicida de Beck, encontrándose que de los 267 adolescentes, 44 (16.48%) presentó ideación suicida y planeación suicida con ideación suicida 4 (9.09%) adolescentes.

Tabla 7. Caracterización de la ideación suicida (n=44).

Pregunta	Características	N (%)
6.- ¿Qué tanto tiempo piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?	0.- Breves, periodos pasajeros 1.- Periodos largos 2.- Continuos (crónicos) casi continuos	28 (63.64%) 15 (34.09%) 1 (2.27%)
7.- ¿Qué tanto seguido piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?	0.- Rara (ocasionalmente) 1.- Intermitente 2.- Persistentes y continuos	27 (61.36%) 13 (29.55%) 4 (9.09%)
8.- Cuando tienes esos pensamientos ¿Qué haces con ellos?	0.- Rechazo 1.- Indiferente 2.- Aceptación	24 (54.55%) 15 (34.09%) 5 (11.36%)
9.- Control sobre la acción/deseo de suicidio	0.- Tiene sentido de control 1.- Inseguridad de control 2.- No tiene sentido de control	28 (63.64%) 14 (30.82%) 2 (4.55%)
10.- Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)	0.- No lo intentaría porque algo lo detiene 1.- Cierta duda hacia los intereses que lo detienen 2.- Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen indicar qué factores lo detienen.	25 (56.82%) 16 (36.36%) 3 (6.82%)
11.- ¿Qué razones tendrías para llevar a cabo un intento?	0.- Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza 1.- Combinación de 0 y 2 2.- Escapar, acabar, salir de problemas	15 (34.09%) 17 (38.64%) 12 (27.27%)
12.- ¿Has planeado la forma en que te podrías quitar la vida?	0.- Sin considerar 1.- Considerado, pero sin elaborar los detalles 2.- Detalles elaborados/bien formulados	23 (52.27%) 17 (38.63%) 4 (9.09%)

Continúa siguiente página

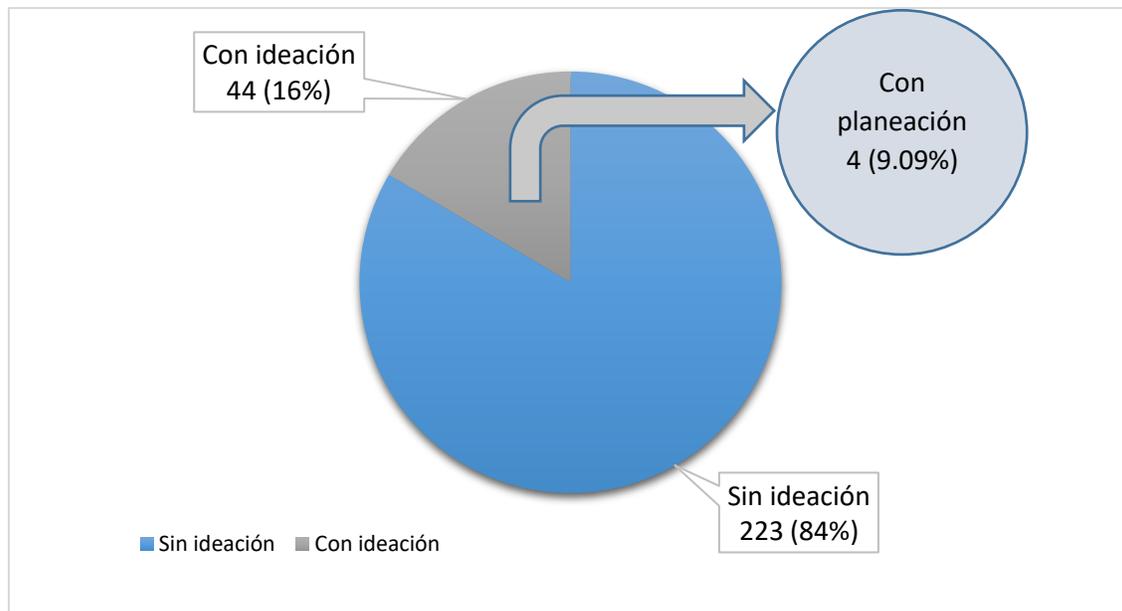
Tabla 7 (continuación).

Pregunta	Características	N (%)
13.- ¿Que tan difícil te sería conseguir lo necesario para llevar a cabo el intento?	0.- Método no disponible, no oportunidad	27 (61.36%)
	1.- Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente	13 (29.55%)
	2.- Método y oportunidad disponible	4 (9.09%)
		19 (43.18%)
14.- ¿Crees que podrías llevar a cabo un intento?	0.- Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente	22 (50.00%)
	1.- No está seguro de tener valor	3 (6.82%)
	2.- Está seguro de tener valor	
15.- ¿Has pensado en las consecuencias que tendría en que acabaras con tu vida?	0.- No	31 (70.45%)
	1.- Sin seguridad, sin claridad	9 (20.45%)
	2.- Si	4 (9.09%)
16.- Últimamente, ¿has preparado y planeado como quitarte la vida?	0.- Ninguna	32 (72.73%)
	1- Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)	12 (27.27%)
	2.- Completa	0 (0%)
17.- ¿Has planeado escribir o enviar una Nota suicida?	0.- Ninguna	36 (81.82%)
	1.- Sólo pensada, iniciada, sin terminar	8 (18.18%)
	2.- Escrita, terminada	0 (0%)
18.- Actualmente, has pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de tus bienes	0.- No	37 (84.09%)
	1.- Sólo pensados, arreglos parciales	7 (15.91%)
	2.- Terminados	0 (0%)
19.- Actualmente, has dejado entrever tus intenciones de quitarte la vida	0.- Revela las ideas abiertamente	31 (70.45%)
	1.- Revela las ideas con reserva	8 (18.18%)
	2.- Encubre, engaña, miente	5 (11.36%)

Fuente: Escala de ideación suicida de Beck.

Por lo que podemos decir que la ideación suicida se presentó en 44 (16.48%) de los 267 adolescentes estudiados, y la planeación suicida en 4 (9.09%) de los 44 adolescentes con ideación suicida, como se observa en el siguiente gráfico.

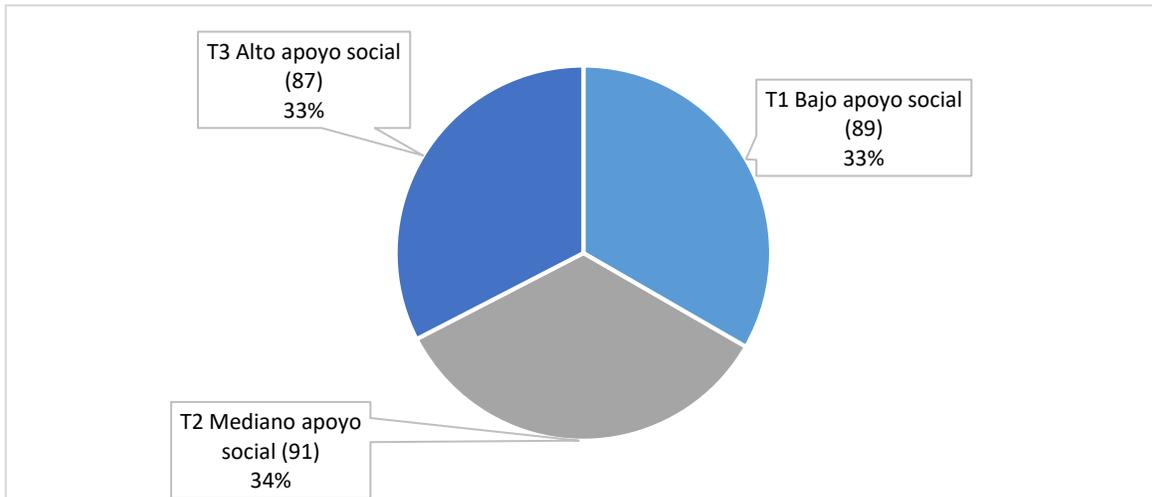
Gráfico 3. Ideación suicida y planeación suicida n=267.



Fuente: Escala de ideación suicida de Beck.

El apoyo social se evaluó mediante la escala de apoyo social percibido de Vaux, como se observa en el gráfico 4, encontrándose que del total de los adolescentes estudiados 89 (33.33%) presentó bajo apoyo social, 91 (34.08%) de los adolescentes presentó mediano apoyo social y 87 (32.58%) alto apoyo social del total de los adolescentes estudiados.

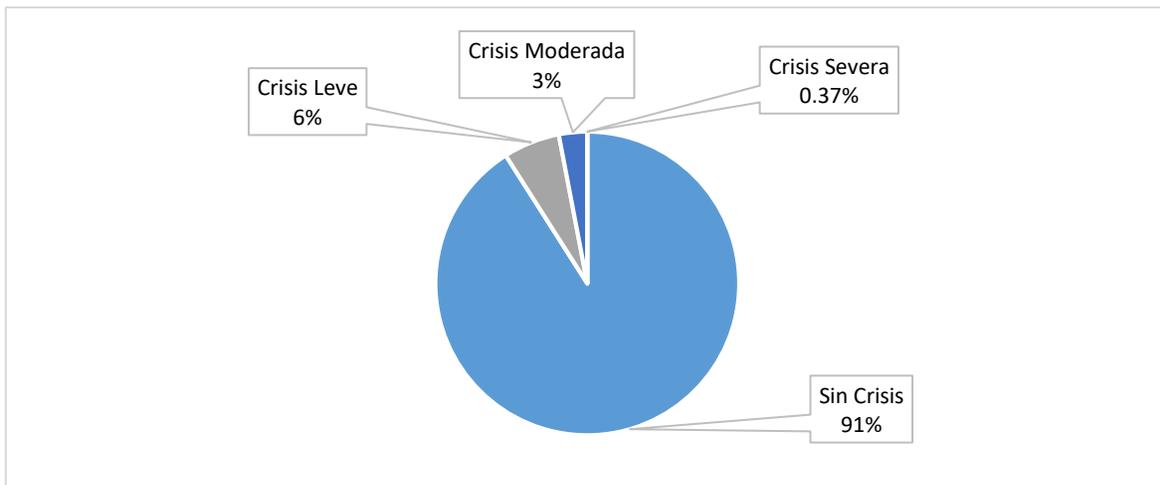
Gráfico 4. Nivel de apoyo social obtenido mediante la escala de apoyo social percibido de Vaux en terciles.



Fuente: Escala de ideación suicida de Beck.

El gráfico 4 revela los resultados obtenidos de la escala de eventos críticos de Holmes muestra que de los adolescentes estudiados 242 (90.64%) en los últimos 8 meses no ha presentado crisis importantes que lleven a una inestabilidad emocional, que 16 (5.99%) ha presentado crisis leve, 8 (3%) presentó crisis moderada y 1 (0.37%) reportó eventos críticos severos.

Gráfica 5. Eventos críticos de Thomas Holmes (n=267).



Fuente: Escala de eventos críticos de Thomas Holmes.

En cuanto al análisis al relacionar la ideación suicida obtenida mediante la escala de ideación suicida de Beck y el apoyo social obtenido mediante el cuestionario de apoyo social percibido de Vaux como se observa en la tabla 8, encontramos que de los 44 adolescentes con datos sugestivos de ideación 24 (54.55%) presentó ideación suicida con bajo apoyo social, 11 (25.00%) presentó ideación suicida con mediano apoyo social y que 9 (20.45%) presentó ideación suicida con alto apoyo social.

Tabla 8. Relación entre la ideación suicida y el apoyo social percibido en los adolescentes estudiados (n=267).

	Bajo apoyo social	Mediano apoyo Social	Alto Apoyo Social
Sin ideación suicida	65 29.14%	80 35.88%	78 34.98%
Con ideación suicida	24 54.55%	11 25%	9 20.45%

Fuente: Ideación suicida de Beck/ apoyo social percibido Vaux. Chi2 $p < 0.005$

En la siguiente tabla (tabla 9) se realizó el análisis entre planeación suicida y apoyo social percibido. Se encontró que 3 (75%) de los adolescentes que presentó planeación suicida tuvo bajo apoyo social percibido y solamente 1 (25%) reportó planeación suicida y mediano apoyo social, no se encontró ningún adolescente con planeación suicida y alto apoyo social.

Tabla 9. Relación entre planeación suicida y el apoyo social percibido en los adolescentes estudiados (n=267).

	Bajo apoyo social	Mediano apoyo social	Alto apoyo social
Sin planeación suicida	21 52.50%	10 25%	9 22.50%
Con planeación suicida	3 75%	1 25%	0 0%

Fuente: Ideación suicida de Beck /apoyo social Vaux Exacta de Fisher $p = 0.799$

Al analizar la relación entre ideación suicida obtenida mediante la escala de ideación suicida de Beck y las crisis familiares mediante la escala de eventos críticos de Holmes encontramos que de los 44 adolescentes con datos sugestivos de ideación suicida se encontró que 30 (68.18%) no presentó eventos críticos, 10 (22.73%) presentó crisis leve, 8 (6.82%) crisis moderada y 1 (2.27%) crisis severa como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 10. Relación entre la variable ideación suicida y eventos críticos familiares de Thomas Holmes (n=267).

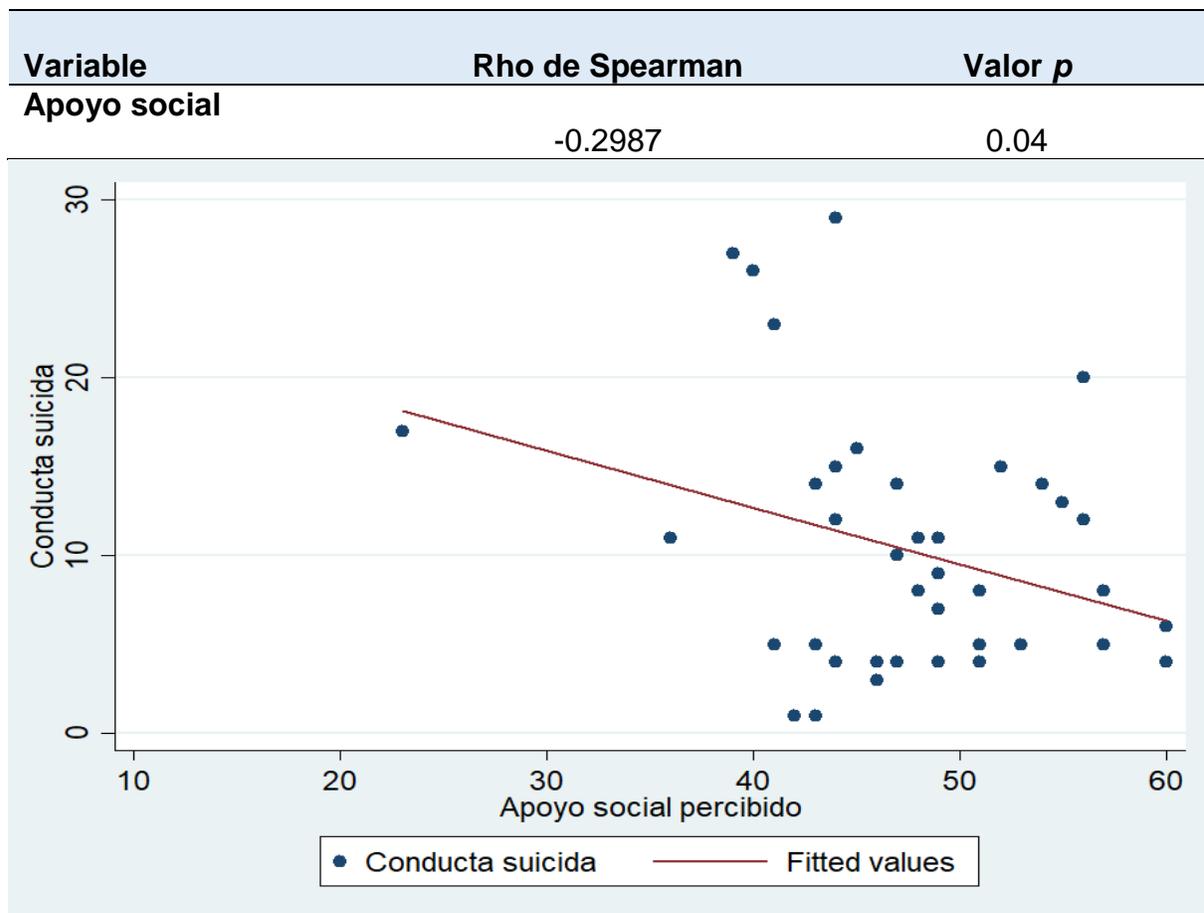
	Sin Crisis	Crisis Leve	Crisis Moderada	Crisis Severa
Sin ideación suicida	212 95.07%	6 2.69%	5 2.24%	0 0%
Con ideación suicida	30 68.18%	10 22.73%	3 6.82%	1 2.27%

Fuente: Ideación suicida de Beck /eventos crítico Exacta de Fisher $p < 0.0001$

Esta última tabla con un resultado estadísticamente significativo debidamente a que ese adolescente que reportó crisis severa de acuerdo a la escala de eventos críticos de Thomas Holmes también presentó ideación suicida, por lo tanto hay relación estadísticamente significativa ente presencia de eventos críticos y conducta suicida.

La tabla 11 muestra un análisis de correlación entre la severidad de la ideación suicida con el apoyo social percibido. Estimando una moderada correlación negativa (-0.2987) estadísticamente significativa ($p = 0.04$). Esto es clínicamente relevante ya que entre mayor apoyo social percibido en los adolescentes, menor fue la severidad de los pensamientos de ideación suicida.

Tabla 11. Análisis de correlación de severidad de la ideación suicida con el apoyo social percibido en los adolescentes $n = 44$



Fuente: Ideación suicida de Beck /apoyo social Vaux.

11. Discusiones

En el presente estudio se tuvo como objetivo principal describir la relación entre el nivel de apoyo social percibido con la conducta suicida en adolescentes de 12 a 17 años derechohabientes del H.G.R. c/M.F. No.1 Cuernavaca, Morelos. Identificándose que existe relación entre el bajo apoyo social y la conducta suicida, observándose que la ideación suicida se relacionó significativamente con el bajo apoyo social, resultados que son similares a otras investigaciones como el de Pérez-Amezcuca y cols. que reportaron que el 47% de su población estudiada presentó ideación suicida y que se relacionaba fuertemente con la poca comunicación con los padres (19). Por otro lado el estudio realizado por Cordova-Osnaya y cols. encontraron que el 27% de la población estudiada presentó comportamiento suicida, relacionado como factor predictor de riesgo el estrés psicosocial y sus consecuencias emocionales (22). En estos estudios podemos notar que existen similitudes en cuanto a los factores predisponentes para la conducta suicida, ya que la mala comunicación con los padres (familia) y el estrés psicosocial forman parte del apoyo social.

Otro de los objetivos de este estudio fue caracterizar a los participantes mediante condiciones sociodemográficas y clínicas. Se encontró que de la población estudiada la edad que predominó fue 13 años, el sexo femenino predominó en el 52.27%, el 16 % de la población presentó ideación suicida, y que el 44.19% vivía con ambos padres. En comparación con el estudio realizado por Caycedo y Cols. en donde la edad que predominó fue 16 años en un 43%, el sexo femenino predominó en un 71.5%, el estado civil de los padres fue casado en un 46.1% y el 14.8% de la población presentó ideación suicida y deseo de morir (21). Con base a la bibliografía se considera que la conducta suicida es más común en el sexo femenino, que el vivir con ambos padres es un factor protector, además de que se observa que la prevalencia de ideación suicida es cercana a la nuestra.

También el estado civil, el rendimiento escolar y la religión, son factores psicosociales relacionados con la conducta suicida. En nuestro estudio encontramos predominio del estado civil soltero, el buen rendimiento escolar y de religión consistente con Caycedo Alejandra y cols. en donde al caracterizar a su población el 86.1% eran solteros, el 50% tenían un buen rendimiento escolar y la religión que predominaba era la católica en un 100% y el 14.8% presentó deseo de morir (21). Aquí notamos que la prevalencia de conducta suicida sigue siendo similar en comparación con nuestro estudio, sin embargo, llama la atención que la religión católica se presentó en el 100% de la población estudiada, no se cuenta con el dato sobre si la muestra de ese estudio se realizó en algún lugar en específico que explique la predominancia de la religión, pese a ellos en comparación con nuestro estudio la religión católica también fue la predominante.

Respondiendo al objetivo conocer el nivel de apoyo social percibido en adolescentes derechohabientes del H.G.R. c/M.F. No.1 mediante la escala de percepción de apoyo social de Vaux, en nuestro estudio el 67% presentó alto apoyo social y el 33% presentó bajo apoyo social. En contraste con lo reportado por Medina Cano y cols. en donde el 72.4% presentó falta de apoyo social y el 27.6% presentó adecuado apoyo social y familiar (17). Similar a Amadeu Matos y cols. que encontró que el 64.7% presentó falta de apoyo social y el 35.3% presentó adecuado apoyo social y familiar (18). Esto potencialmente explicado porque se utilizaron diferentes escalas para la medición de apoyo social.

En cuanto a la prevalencia de conducta suicida (ideación y planeación) en nuestro estudio se encontró que un 16% presentaron ideación suicida de los cuales 4 (9%) de ellos presentó planeación suicida. Datos similares a lo encontrado en la encuesta nacional de adicciones (ENA 2008) que reportó que el 10.01% de la población total presentó ideación suicida y el 1.09% presentó planeación suicida (14). Contrario a lo reportado por Pérez Amezcua que reportó una prevalencia de 47% de ideación suicida y un 52% de ideación suicida en el estado de Morelos (19). Este último

estudio potencialmente explicado por el tipo de instrumento de recolección de datos en donde utilizaron la variable de “si alguna vez a lo largo de su vida presentó ideación suicida” y en nuestro estudio el instrumento tiene un alcance de hasta los 12 meses previos.

Limitaciones del estudio:

- Es un estudio transversal por lo que no se puede establecer causalidad.
- Muestreo no probabilístico.

Fortalezas del estudio:

- Se utilizaron cuestionarios validados en población mexicana.
- Se realizó cálculo de tamaño de muestra.

12. Conclusiones

En el presente estudio se describió la relación entre conducta suicida y apoyo social en adolescentes de 12 a 17 años de la consulta externa del H.G.R. c/M.F. No.1, Cuernavaca, Morelos, encontrándose significancia estadística de $p < 0.005$ entre las variables ideación suicida y bajo apoyo social, así mismo podemos concluir que no existe en este estudio significancia estadística entre las variables planeación y el bajo apoyo social $p = 0.799$.

Además se encontró que la prevalencia de ideación suicida fue del 16%, cercana a otros estudios realizados aquí en México.

Podemos concluir que la falta de apoyo social se encuentra íntimamente relacionado con el riesgo a tener conducta suicida.

Además de que el punto clave para lograr una adultez próspera en los adolescentes es la identificación de factores de riesgo para llegar a un diagnóstico oportuno y un tratamiento temprano, adoptando un enfoque multifactorial.

13. Bibliografía

1. OMS. Salud para los adolescentes del mundo. [Internet] 2014;1:20. Available from: www.who.int/adolescent/second-decade
2. Unicef. La Adolescencia. Una época de oportunidades. Vol. vol.1, Madrid, Editorial: Estado Mundial de la Infancia. 2011. 1 a 148.
3. Gutiérrez-García A, Contreras C, Orozco-Rodríguez C, El Suicidio, conceptos actuales. 2006;29(5): 66-74.
4. Hernández-palazuelos. Conductas Suicidas. 2011; 2 (27-2) 10-14
5. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Datos nacionales. 2016;(2006):1-13.
6. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. 2014. 92 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1
7. Cuesta-Revé D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. Rev Mex Pediatría. 2017;84(2):72-7.
8. Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental. 2014;29(5):66-74.
9. APA. American Psychiatric Association. Psicología y Psiquiatría. 2014. 5ta Edición: 1-25.
10. OPS. Prevención de la conducta suicida [Internet]. 2016. 91 p. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. [Internet] 2014. 92 p. Available from: http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224.
12. Bosque del G. Bol Med Hosp Infant Mex. World Heal Organ Geneva WHO Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 1998;15(63):165-75.
13. Sánchez-Loyo LM, Morfín López T, García De Alba García JE, Montoya RQ, Millán RH, Preciado EC, et al. Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural Suicide Attempts in Mexican Teenagers: a Cultural Consensus Theory Perspective. 2014;4(1):1446-58.
14. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en Mexico: Retrospectiva y situación actual. Salud Publica Mex. 2010;52(4):292-304.
15. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 2011;1-190.

16. García-Torres M, García-Méndez M, Rivera-Aragón S. Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. 2017;7(1):2561–7.
17. Medina Cano, Fernanda L, Gallardo S. Adolescentes Factores Psicosociales Asociados a La Conducta Suicida En Adolescentes. 2017;25(1).
18. Amadeu Matos, Gonçalves A, Sequeira C, y cols. Suicide ideation in higher education students: Influence of social support. 2014;46(S5):88–91.
19. Pérez-Amezcu B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, de Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Salud Publica Mex. 2010;52(4):324–33.
20. Caycedo A, Arenas ML, Benítez M, Cavanzo P, Leal G, Guzmán YR. Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente. 2010;14:205–13.
21. Córdova Osnaya M, Del Pilar M, Murillo R, Avila RC, Carlos J, Pérez R. Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: su Asociación con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos Suicidal Ideation Amongst University Students: its Association with Diverse Psycho-Sociodemographic Factors. 2007;15(2):17–21.
22. Martínez AD, León SO. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Red Rev Científicas América Lat el Caribe, España y Port Sist Inf Científica. 2000;23(2):21–30.
23. Córdova-Osnaya M, Rosales-Pérez JC. Confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. Altern en Psicol. 2012;16(26):16–25.
24. Nava C, Bezies R, Zaira C. Adaptación y validación de esacala de percepción de apoyo social de Vaux. 2015;21(1):49–58.

Anexo 1. Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	- Apoyo social percibido conducta suicida en adolescentes de 12 a 17 años, derechohabiente al H.G.R. con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Cuernavaca, Morelos a del Mes de del año
Número de registro:	R-2018-2103-020
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La conducta suicida es una problemática de salud pública, ya que se encuentra entre las primeras 3 causas de muerte entre los adolescentes de acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas. Siendo la adolescencia la etapa de mayor vulnerabilidad emocional, donde es importante el alto apoyo social que se pueda tener en dicha etapa de la vida, para tener un desarrollo biológico, psicológico y social adecuado.</p> <p>Por lo que se nos hace importante detectar la presencia de conducta suicida en relación a los siguientes objetivos:</p> <p>- Describir la relación entre el nivel de apoyo social percibido con la conducta suicida en adolescentes derechohabientes del H.G.R. con Medicina Familiar No.1 Cuernavaca, Morelos.</p>
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario sociodemográficos, instrumento de ideación suicida de Beck para medir la ideación suicida en los adolescentes, cuestionario de Apoyo social de VAUX, para determinar el apoyo social percibido a los adolescentes de 12 a 17 años de la consulta externa del H.G.R. con Medicina Familiar No.1 de Cuernavaca Morelos.
Posibles riesgos y molestias:	No existe riesgo alguno para el paciente o su familiar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de notar algún riesgo de conducta suicida se contactará al tutor responsable para iniciar un manejo integral para el tratamiento incluyendo su envío a segundo nivel de atención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Solo se informará al paciente acerca de su resultado y en caso necesario a su tutor, si fuera necesario un tratamiento especializado.
Participación o retiro:	Participaran de forma voluntaria y en caso de querer abandonar el estudio lo podrán hacer en cualquier momento, así como expresar sus dudas de los cuestionarios aplicados.
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá en todo momento respeto al participante, y se guardará en secreto su nombre al publicar los resultados obtenidos manteniéndose confidencialidad de la información de acuerdo a los lineamientos éticos vigentes.

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 estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en
derechohabientes (si aplica):

Siempre que el participante así lo desee.

Beneficios al término del estudio:

Detección de algún factor de riesgo prevenible, así como en caso de requerirlo manejo integral y apoyo a través de primer y segundo nivel de atención.

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

Investigador Responsable:

Psiquiatra Dra. Nancy Juárez Huicochea. Adscrita al Hospital Gral. Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos, tel. 777 3041623 Correo electrónico: nancyej81@hotmail.com

Colaboradores:

Dr. Ricardo Castrejón Salgado, Médico Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.3 Jiutepec, Morelos, tel. 7771972111. Correo electrónico: carisal13@hotmail.com

Residente de Medicina Familiar Dra. Blanca I. Franco Neri, Adscripción del Hospital Gral. Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos, tel. 7771 580540 correo electrónico: blanqui765@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

Nombre y firma del sujeto

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



Anexo 2. Carta de asentimiento informado.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
CUERNAVACA MORELOS

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO DEL MENOR PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Cuernavaca Morelos a _____ de _____ del 2018

Te invito a participar de forma voluntaria a los estudios de investigación que tienen como título:

APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DERECHOHABIENTES AL H.G.R. CON MEDICINA FAMILIAR No.1, CUERNAVACA, MORELOS.

Si aceptas participar deberás:

- ✓ Contar con el consentimiento de tus padres o alguna persona de mayor edad responsable de ti que viva en tu misma casa.*
- ✓ Tu participación en el estudio será únicamente para permitirnos que nos contestes unas breves preguntas sobre datos personales en base a un cuestionario sociodemográficos, así como escalas para determinar la percepción del apoyo social que recibes y una escala para determinar si existe en ti o no ideación suicida, considerando que estos datos que nos proporcionas únicamente nos servirán de referencia para este estudio de investigación y por ningún motivo se divulgará tu identidad ni tus datos fuera de un ejercicio totalmente académico de investigación.*
- ✓ Tu participación es voluntaria por lo que si deseas no participar en el estudio o te quieres salir en algún momento lo puedes hacer saber al investigador responsable o a tu familiar*

Acepto participar. _____

Nombre Completo del adolescente



Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
CUERNAVACA MORELOS**

FOLIO: _____

Nombre Completo:		
Número de Seguro Social:		
Adscripción: HGR01 c/MF	Turno: Matutino Vespertino	Consultorio:
Dirección:		Número Telefónico:
Padre/Tutor o familiar responsable:		

Sexo: M F	Edad en años:	Escolaridad: 0: Ninguna 1: Primaria 2: Secundaria 3: Nivel Medio 4: Otro Especifique:
Último Promedio: 0: < 7 1: 7-8 2: 9 3: 10		Ocupación: 0: Estudiante 1: Empleado 2: Ambas
Estado Civil: 0: Soltero 1: Casado 2: Unión Libre 3: Otro Especifique:		¿Tienes Hijos?: 0: No 1: Si Cuántos:
Religión: 0: Ninguna 1: Católica 2: Testigo de Jehová 3: Cristiano 4: Otro Especifique:		Tabaquismo: 0: No 1: Si En caso de ser si, ¿Cuántos cigarrillos al mes?:
Consumo de Alcohol: 0: No 1: Si		¿Cursas alguna enfermedad con la que tomes algún medicamento?: 0: Ninguna 3: Enfermedades del Corazón 1: Asma 4: Otra Especifique: 2: Diabetes
¿Con quién vives?: 0: Papá 1: Mamá 2: Papá y Mamá 3: Hermana/Hermano 4: Abuelo y/o Abuela 5: Amigo (s) 6: Otro		¿Quién es el jefe de familia?: 0: Papá 1: Mamá 2: Ambos 3: Otros

Anexo 4. Escala de ideación suicida de Beck

NOMBRE:

FECHA:

FOLIO:

INSTRUCCIONES: En la siguiente lista se muestra algunas preguntas que nos ayudaran a identificar ciertas características que Podrían ayudarnos a determinar algún riesgo a presentar algún grado de ideación suicida, subraye la respuesta que más le ajuste a su situación actual.

<p>1.- Tu deseo de vivir es: 0.- Moderado a fuerte 1.- Poco (débil) 2.- Ninguno (no tiene)</p>	<p>6.- ¿Qué tanto tiempo piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida? 0.- Breves, periodos pasajeros 1.- Periodos largos 2.- Continuos (crónicos) casi continuos</p>
<p>2.- Tu deseo de morir es: 0.- Ninguno (no tiene) 1.- Poco (débil) 2.- Moderado a fuerte</p>	<p>7.- ¿Qué tanto seguido piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida? 0.- Rara (ocasionalmente) 1.- Intermitente 2.- Persistentes y continuos</p>
<p>3.- Para ti, es preferible: 0.- Vivir supera a morir 1.- Equilibrado (es igual) 2.- Morir supera a vivir</p>	<p>8.- Cuando tienes esos pensamientos ¿Qué haces con ellos? 0.- Rechazo 1.- Indiferente 2.- Aceptación</p>
<p>4.- Deseo de realizar un intento de suicidio activo 0.- Ninguno (inexistente) 1.- Poco (débil) 2.- Moderado a fuerte</p>	<p>9.- Control sobre la acción/deseo de suicidio 0.- Tiene sentido de control 1.- Inseguridad de control 2.- No tiene sentido de control</p>
<p>5.- Deseo pasivo de suicidio 0.- Tomaría precauciones para salvar su vida 1.- Dejaría la vida/muerte a la suerte 2.- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida</p>	<p>10.- Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar) 0.- No lo intentaría porque algo lo detiene 1.- Cierta duda hacia los intereses que lo detienen 2.- Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen indicar qué factores lo detienen.</p>

Anexo 4. Escala de ideación suicida de Beck

NOMBRE:

FECHA:

FOLIO:

<p>11.- ¿Qué razones tendrías para llevar a cabo un intento? 0.- Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza 1.- Combinación de 0 y 2 2.- Escapar, acabar, salir de problemas</p>	<p>16.- Últimamente, ¿has preparado y planeado como quitarte la vida? 0.- Ninguna 1- Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos) 2.- Completa</p>
<p>12.- ¿Has planeado la forma en que te podrías quitar la vida? 0.- Sin considerar 1.- Considerado, pero sin elaborar los detalles 2.- Detalles elaborados/bien formulados</p>	<p>17.- ¿Has planeado escribir o enviar una Nota suicida? 0.- Ninguna 1.- Sólo pensada, iniciada, sin terminar 2.- Escrita, terminada</p>
<p>13.- ¿Que tan difícil te sería conseguir lo necesario para llevar a cabo el intento? 0.- Método no disponible, no oportunidad 1.- Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente 2.- Método y oportunidad disponible 2a.- Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método</p>	<p>18.- Actualmente, has pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de tus bienes 0.- No 1.- Sólo pensados, arreglos parciales 2.- Terminados</p>
<p>14.- ¿Crees que podrías llevar a cabo un intento? 0.- Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente 1.- No está seguro de tener valor 2.- Está seguro de tener valor</p>	<p>19.- Actualmente, has dejado entrever tus intenciones de quitarte la vida 0.- Revela las ideas abiertamente 1.- Revela las ideas con reserva 2.- Encubre, engaña, miente</p>
<p>15.- ¿Has pensado en las consecuencias que tendría en que acabarás con tu vida? 0.- No 1.- Sin seguridad, sin claridad</p>	<p>20.- ¿Has intentado suicidarte con anterioridad? 0.- No 1.- Tal vez 2.- Si</p>
<p>21.- ¿Qué tanto es tu deseo de morir en este momento en comparación con el último intento? 0.- ninguno 1.- Poco 2.- Mucho</p>	

Anexo 5. Escala de apoyo social de Vaux

NOMBRE:

FOLIO:

Fecha:

INSTRUCCIONES: Abajo, esta lista de oraciones acerca de tu relación con familia y amigos, por favor indique que tanto está de acuerdo o desacuerdo si estas oraciones fueran verdad.

ÍTEM	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Mis amigos me respeta.				
2. Mi familia cuida mucho de mí.				
3. Soy buena persona.				
4. Siento una unión muy fuerte con mis amigos.				
5. Mi familia me tiene alta estima.				
6. La gente me admira.				
7. Soy amado por mi familia.				
8. Soy respetado por otras personas.				
9. Los miembros de mi familia confían en mí.				
10. Mis amigos son importantes para mí y yo para ellos.				
11. Mi familiar realmente me respeta.				
12. Mis amigos se preocupan por mí.				
13. No me siento cerca de los miembros de mi familia.				
14. Puedo confiar en mis amigos.				
15. Mis amigos han hecho mucho por mí y yo por ellos.				

Anexo 6. Cuestionario de eventos críticos de Thomas Holmes

1. Muerte del conyugue	100
2. Divorcio	73
3. Separación matrimonial	63
4. Causas	63
5. Muerte de un familiar cercano	63
6. Lesión o enfermedad personal	53
7. Matrimonio	50
8. Pérdida de empleado	47
9. Reconciliación	45
10. Jubilación	45
11. Cambios en la salud de un familiar	44
12. Embarazo	40
13. Problemas sexuales	39
14. Nacimiento de un hijo	39
15. Reajuste en los negocios	39
16. Cambios en el estado financiero	38
17. Muerte de un amigo muy querido	37
18. Cambio a línea diferente de trabajo	36
19. Cambio de número de discusiones con pareja	35
20. Hipoteca mayor	31
21. Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23. Uno de los hijos abandona el hogar	29
24. Dificultades con los parientes políticos	29
25. Logro personal notable	28
26. La esposa comienza o deja de trabajar	26
27. Inicia o termina la escuela	26
28. Cambios en las condiciones de vida	25
29. Cambio de hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio de horario o condiciones de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20

33. Cambio de escuela	20
34. Cambio de recreación	19
35. Cambio en las actividades religiosas	19
36. Cambio en las actividades sociales	18
37. Hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambio en los hábitos de sueño	16
39. Cambio en el número de reuniones familiares	15
40. Cambios en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	13
42. Navidad	12
43. Violaciones menores a la ley	11

Puntaje: _____

La escala de Holmes o de eventos críticos debe aplicarse en función de las situaciones que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.

Calificación de eventos críticos Escala de Holmes

De 0 a 149	No hay problemas importantes
150 a 199	Crisis leve
200 a 299	Crisis moderada
Más de 300	Crisis severa

Anexo 7. Cronograma de actividades

Actividades	Marzo a Agosto 2017	Septiembre a Febrero 2018	Marzo a Agosto 2019	Septiembre a Febrero 2019	Marzo a Agosto 2019
Búsqueda de Bibliografía					
Elaboración de Protocolo					
Presentación y autorización del proyecto al CLIES					
Recolección de Datos					
Análisis y escritura de resultados					
Discusión					
Conclusión de estudio					
Envió a revisores					
Correcciones finales					
Defensa de tesis					

Actividades Realizadas	
Actividades por Realizar	