



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL C/MF No. 1



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA EN
ADOLESCENTES DEL H. G. R. CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 1 DEL IMSS, CUERNAVACA MORELOS**

Número de registro SIRELCIS R-2018-2103-019

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ZULEYMA MENDIETA AVILA

ASESORES DE TESIS

M. en C. RICARDO CASTREJON SALGADO

DRA. NANCY ELIZABETH JUAREZ 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 autorización



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 CCFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 005 2017103.
U. MED FAMILIAR NUM 2

FECHA Jueves, 19 de abril de 2018.

DRA. NANCY ELIZABETH JUAREZ HUICOCHEA
PRESENTE

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

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL H. G. R. CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS, 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-26-8-2103-016

ATENTAMENTE

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

IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL
H. G. R. CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS, CUERNAVACA
MORELOS**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ZULEYMA MENDIETA AVILA

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

DRA. ANITA ROMERO RAMÍREZ
COORD. DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA AVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.

DRA. GLADHIS RUIZ CATALÁN
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MÓNICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ.
PROFA. 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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL
H. G. R. CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS, CUERNAVACA
MORELOS**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ZULEYMA MENDIETA AVILA

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
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL
H. G. R. CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS, CUERNAVACA
MORELOS**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ZULEYMA MENDIETA AVILA

PRESIDENTE DE JURADO

DR. CAIRO DAVID TOLEDANO JAIMES.
PROF. DE TIEMPO COMPLETO
FACULTAD DE FARMACIA U.A.E.M.

SECRETARIA DEL JURADO

MTRA. ANABEL CAMACHO ÁVILA
ADSCRITA A LA FACULTAD DE PSICOLOGIA
DE LA U.A.E.M.

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

Agradecimiento

Agradezco infinitamente a Dios por permitirme lograr llegar a esta etapa tan importante en mi vida profesional. Una meta que existía que después de varios años logre, gracias a él.

A mis padres Julio y Esther, por su gran apoyo, por su comprensión, paciencia y por entender mis ausencias, en fechas especiales, entendiendo siempre que era para mi superación personal y profesional, ya que siempre estuvieron insistiendo que podía lograrlo a pesar de los obstáculos que había.

A mis hermanos Maricela, Marcos, Arsenio, gracias por confiar en mí, por apoyarme en esta a lo que yo llamaba locura, pero que como siempre supieron era mi más grande sueño, gracias de verdad por siempre estar a mi lado.

A mis sobrinos por orden de aparición en mi vida, Julio, Juan José, Santiago, Sebastián, Camila que, aunque no se los digo los quiero y son un gran motor en mi vida.

Gracias infinitas a mi asesor Dr. Ricardo Castrejón que sin usted no hubiera podido terminar esta tesis, por su paciencia que fue mucha y por siempre tener una palabra de aliento, ante mis fallas.

Gracias a la Dra. Nancy Juárez por su apoyo al aportar sus conocimientos y tenerme paciencia para lograr este objetivo.

Contenido	Pág.
Resumen	10
Introducción	11
1.Marco teórico	12
2. Justificación	27
3. Planteamiento del problema	28
4. Objetivo	29
4.1 Objetivo general	
4.2 Objetivos específicos	
5. Hipótesis	30
6. Material y métodos	31
6.1 Diseño.....	31
6.2 Lugar	31
6.3 Tiempo	31
6.4 Población	31
6.5 Tamaño de muestra	31
6.6 Criterios de selección	32
6.7 Recolección de datos	34
6.8 Operacionalización de variables	37
6.9 Instrumentos de recolección de datos	42
6.10 Plan de análisis	45
7. Aspectos éticos	46
8. Recursos, financiamiento y factibilidad	47
9.Resultados	48
10.Discusión	59
11. Conclusiones	63
12. Referencias bibliográficas	64
13. Anexos	68
Anexo 1. Consentimiento informado	69
Anexo 2. Asentimiento informado	71

Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico	72
Anexo 4. Cuestionario de FACES III	74
Anexo 5. Cuestionario de ideación suicida de Beck	76
Anexo 6. Cuestionario depresión de Beck	78
Anexo 7. Cronograma de actividades	80
Anexo 8. Tabla FACES III	81

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL H. G. R. CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS, CUERNAVACA MORELOS

Resumen

Antecedentes. El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud pública. Se sitúa como la tercera causa de muerte en este grupo de edad. Se sabe que es factor importante para este desenlace, el antecedente de conducta suicida y la presencia de factores, como: familias disfuncionales. Considerando que la familia es uno de los contextos más relevantes, donde se desarrolla el ser humano y reconociendo el vínculo entre las experiencias vividas en la familia y la salud del individuo, que pueden ser un factor protector o de riesgo, para la predisposición de la conducta suicida. **Objetivo.** Determinar la relación entre funcionalidad familiar y la conducta suicida en adolescentes derechohabientes del H. G. R. c/ Medicina familiar No. 1 Cuernavaca, Morelos. **Material y métodos.** *Universo de trabajo:* Adolescentes derechohabientes del H. G. R. c/ Medicina familiar No.1, Cuernavaca Morelos. *Tipo de estudio:* transversal. *Tamaño de muestra:* 267 adolescentes. *Recolección de datos:* se evaluó la conducta suicida a través de la escala de ideación suicida de Beck, la funcionalidad familiar, mediante el cuestionario FACES III donde se califica la cohesión y adaptabilidad familiar. **Resultados.** En el presente estudio predominaron familias con disfunción leve 54%, seguido de las familias con disfunción severa 29% y las familias funcionales 17%. La frecuencia de ideación suicida fue del 16% (44), de los cuales 9,09% (4) presentaron planeación suicida. Al analizar la relación entre la funcionalidad familiar y la conducta suicida no se estableció relación estadísticamente significativa ($p = 0.109$). Únicamente marginalmente significativa entre cohesión familiar e ideación suicida ($p = 0.64$). **Conclusiones.** No hubo relación entre la funcionalidad familiar y la conducta suicida.

Palabras clave: funcionalidad familiar, cohesión, adaptabilidad, conducta suicida, ideación suicida.

Introducción

La conducta suicida podría considerarse una serie de eventos que van desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio, aunque estos no necesariamente son consecutivos. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio entre los adolescentes, que se sitúa como una de las tres principales causas de muerte en este grupo de edad. Un gran número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida han sido identificados, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales (1). Se considera un proceso complejo y multifactorial que de acuerdo con Vargas y Saavedra "las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida, hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva" (2).

Por lo anterior, el estudio de estados previos a la consumación del suicidio tales como: la ideación suicida resulta de particular interés debido a que se considera como uno de los predictores de riesgo más importantes. Sin embargo, estudios previos demuestran que hay un subdiagnóstico y subregistro del intento suicida. A pesar de considerarse como una emergencia médica cualquier tipo de manifestación de conducta suicida como lo señalan Pacheco y Peralta, no hay un plan de prevención específico para contener esta epidemia de salud mental en los adolescentes. Aunado a esto no se consideran acciones preventivas con enfoque integral en la práctica clínica en primer nivel de atención que involucre a la familia como unidad de estudio para evitar que aquellas familias con algún grado de disfunción predispongán al adolescente a la manifestación de este tipo de conductas. Por tanto, se considera importante que los adolescentes se mantengan integrados a una dinámica familiar balanceada en donde sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar sean un factor protector para evitar el inicio o continuación de algún tipo de conductas suicidas (3).

1. Marco teórico

1.1 Adolescente

La adolescencia ha sido identificado como un período de transición de la niñez hacia la adultez temprana. Se caracteriza por grandes cambios emocionales, sociales y físicos. Los adolescentes deben enfrentar una variedad de cambios no solo biológicos, sino psicosociales. Así como, consolidar un sentido de identidad, madurar cognoscitiva y emocionalmente. Son confrontados con la búsqueda de su autonomía, rechazo a la autoridad parental, incremento de responsabilidades sociales, académicas y un deseo de intimar con otros. 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 mental en la edad adulta (4).

Estos eventos pueden facilitar que algunos adolescentes cursen con conductas suicidas por la inmadurez de enfrentar cambios biológicos y psicosociales que ocurren durante este período crucial del desarrollo. También, pueden utilizar conductas desadaptativas aprendidas para dirigir su inconformidad asociada a sus rápidas experiencias de cambios (4).

1.2 Conducta suicida en adolescentes

Es importante establecer que la conducta suicida es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, que incluye una serie de acontecimientos que inician con la ideación suicida, tentativa de suicidio y culminan con el suicidio consumado. Para tal efecto tenemos las siguientes definiciones:

Definición de suicidio

Según la OMS, el suicidio se define como “un acto con resultado letal deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (2).

Definición de conducta suicida

Según la OMS la conducta suicida podría considerarse “una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio”. La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación: el deseo de morir, la representación suicida, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, la ideación suicida con un plan indeterminado, la ideación suicida con una planificación determinada y en algunos casos una intensa preocupación autodestructiva (2). Cuya definición puntual según la OMS son “aquellos pensamientos pasivos sobre querer estar muerto, o los pensamientos activos sobre asesinarse, no acompañados de conductas de preparación para ello” (2).

Diekstra y cols., establecen criterios de clasificación de la conducta suicida que diferencian entre suicidio, intento de suicidio y parasuicidio, en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta. Por su parte, O´Carroll y cols., plantean una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EE.UU. En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado (5).

Definición de los componentes de conducta suicida.



Esta figura intenta describir el proceso dinámico que existe entre los componentes de la conducta suicida. En la cual se observa como los adolescentes se pueden encontrar en diferentes etapas de la conducta suicida sin que esto necesariamente refleje un proceso continuo, sino que puede tener fluctuaciones debido a las condiciones emocionales y vulnerabilidad propia que cursan los adolescentes en determinados momentos. En un lapso de tiempo puede pasar de una etapa a otra sin que necesariamente evolucionen secuencialmente.

1.3 Panorama epidemiológico de la conducta suicida

Situación mundial

Según la OMS, en el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4

por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres) (7). En países desarrollados en el 2013 murieron por suicidio 189 500 personas, mientras que en países en vías de desarrollo murieron 106 500 la mayoría de ellas en las edades de 15 a 29 años (8).

En los países desarrollados el suicidio es más frecuente en hombres, tres veces, más que en las mujeres, y en los países subdesarrollados esta relación (hombre:mujer) es menor, siendo 1.5 hombres por cada mujer. Es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. La mayoría de los países en todo el mundo reportan un aumento en las tasas de suicidio entre los adolescentes. Siendo este grupo uno de los grupos mas vulnerables para presentar riesgo suicida. según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reportan a nivel mundial que los hombres tienen una tasa más alta de suicidios a razón de 3.5 a 1, en contraste con las mujeres que tienen mayor conducta suicida (8).

La conducta suicida es de alta prevalencia. Los países desarrollados notifican elevadas tasas de mortalidad por esta conducta y ofrecen datos que se elevan por encima de 30 suicidios por cada 100.000 habitantes y en algunos sobrepasan los 40; los intentos fallidos se plantean en un indicador de alrededor de 10 por cada suicidio consumado (8).

Situación en las Americas

Las tasas de suicidio más altas por región son América del Norte, Caribe inglés y lado Sur (9). En Cuba el suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo de edad 15-49 años con 17.6% con un ligero incremento en las tasas de intento de suicidio entre 10-14 años (10). En Chile encontramos el estudio de Salvo y cols., el cual reporta que la ideación suicida e intento suicida en adolescentes el 57% presentan ideación suicida y 14.2% intento suicida a lo largo de su vida. El estudio de Haquim y cols., mostró un porcentaje de ideación suicida entre 6.4 y 14.6% en adolescentes (11).

Epidemiología de conducta suicida en México

Suicidio en México

Borges y cols., señalan que en México la tasa pasó de uno por cada cien mil habitantes en 1970 a cuatro por cada cien mil en el año 2007, por tal motivo el suicidio ocupó para el 2007, la cuarta causa de muerte en adolescentes en ese año (7).

Para el año 2015 en México, según datos sobre la carga global de la enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés), las lesiones auto infligidas representaron el 5.06% del total de las muertes en el grupo de 15 a 49 años (7). Ocupando la 5ta. causa de muerte en este grupo de edad.

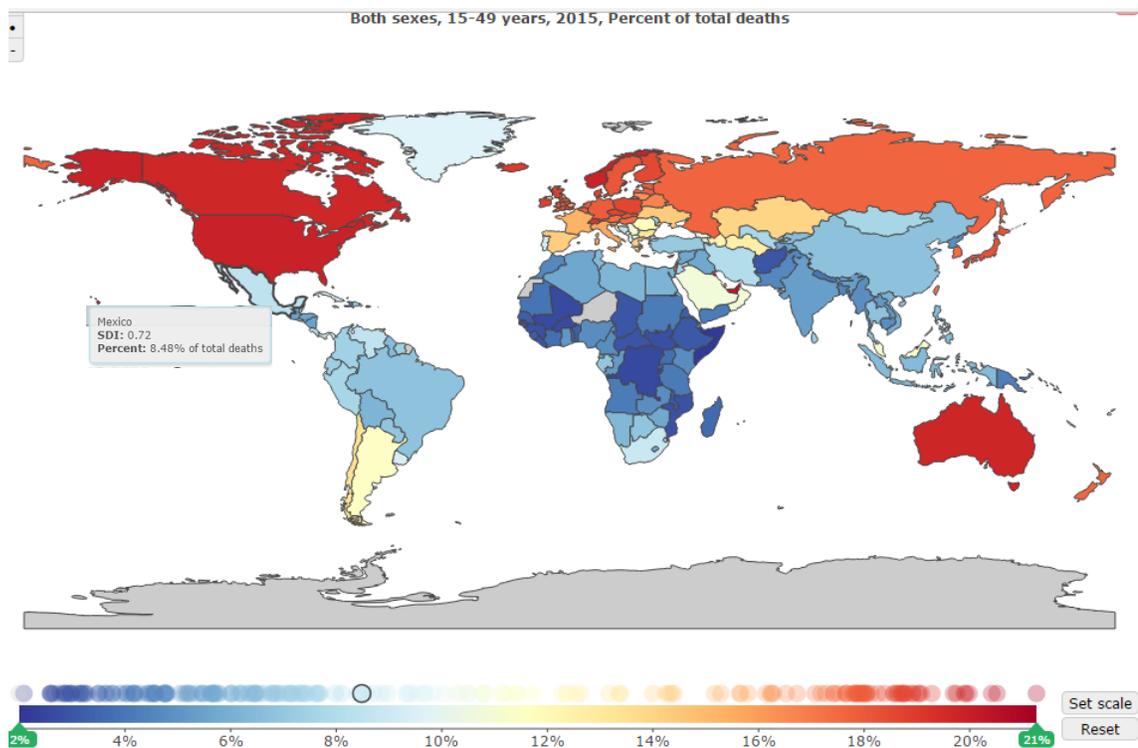


Figura 1. Porcentaje de muertes en México por lesiones auto infringidas de 15 a 49 años de edad, 2015

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBDCompareDataVisualization*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2016. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

Conducta suicida en México

A su vez, Borges y cols., 2007 reportaron que existen pocos estudios sobre la prevalencia de los intentos de suicidio. Actualmente se dispone de por lo menos tres grandes encuestas a nivel nacional que permiten estudiar mejor el panorama sobre la situación de las conductas suicidas (ideación suicida, los planes de cometer un suicidio y el intento suicida). Lo anterior es importante ya que México presenta cifras similares a otros 17 países a nivel mundial en cuanto a las prevalencias de conducta suicida (12).

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, 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. Mientras que la prevalencia de intentos de suicidio que requirieron atención médica fue de solo 0.13% (12).

Para el año 2016-2017, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), presenta una prevalencia de ideación suicida en los últimos 12 meses de 2.3%, 0.8% planeación suicida y 0.7% intento suicida en personas entre 12 y 65 años, con mayor frecuencia en las mujeres (13). Esto particularmente importante dado que como lo menciona Borges y cols., 2007 que el suicidio consumado es más frecuente en hombres, mientras que las mujeres muestran una tendencia mayor de ideación, planeación e intentar el suicidio (14).

1.4 Factores de riesgo para conducta suicida

No hay un único predictor de riesgo suicida. Varios factores han sido asociados a la etiología de la conducta suicida en los adolescentes. La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con la conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes (15).

Se pueden clasificar en:

Modificables. Factores sociales, psicológicos y psicopatológicos, pueden modificarse clínicamente (2).

No modificables. Se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenecen y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico (5).

Factores individuales o biológicos

Sexo. La frecuencia del suicidio entre varones es mayor que entre las mujeres, proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad. Sin embargo, los intentos de suicidio son mucho más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. El suicidio antes de los 15 años es inusual; la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología (5).

Religión. Las tasas de suicidio entre las poblaciones católicas han sido inferiores a la de los protestantes y judíos pero es importante señalar el grado de integración en esta categoría más que la simple afiliación religiosa institucional (5).

Estado civil. El suicidio es mayor entre los solteros, divorciados y viudos que en los casados (5).

Enfermedad física o discapacidad. El dolor físico de una enfermedad crónica, pérdida de la movilidad, desfiguración, u otras formas de discapacidad o mal pronóstico de la enfermedad, se relacionan con un mayor riesgo de suicidio (5).

Genéticos. Antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano (16).

Factores bioquímicos. Es importante considerar que existe evidencia científica que las alteraciones principalmente en los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y GABA-érgico son factores importantes en la conducta suicida, al igual que alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (17).

Factores sociales o familiares

Familia. Principal referente de desarrollo para el adolescente, por lo que es necesario establecer que una familia disfuncional se ha asociado con mayor riesgo de suicidio e ideación suicida. En algunos estudios han encontrado que los eventos estresantes familiares fueron los que más se relacionaron con ideación e intento suicida en adolescentes (16,18). Debido a que la familia se considera que es vital para su desarrollo social y psicológico, siendo de los factores más importantes para presentar conducta suicida (5).

Antecedente familiar de suicidio. Estos aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en las mujeres y cuando el intento o el suicidio consumado se ha producido en un familiar de primer grado (5).

Eventos vitales críticos estresantes. Situaciones estresantes como pérdidas personales como noviazgo, problemas escolares y acontecimientos negativos violencia intrafamiliar, pueden desencadenar una conducta suicida (5).

Bajo apoyo social o familiar. Es definido como poca 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 (19).

Factores psicológicos

Existen diversos trastornos psicológicos que guardan mayor relación con la ideación suicida. Tales como los problemas de depresión, baja autoestima, el consumo de drogas (legales e ilegales), desórdenes alimenticios, violencia de diferente índole, entre otros. Dentro de los más relevantes encontramos:

Depresión. La patología más relacionada con la ideación suicida es la depresión así lo reportan diversas investigaciones en la cual cerca del 80% de los que logran suicidarse presentaron síntomas depresivos previos (3). Planteándose que el estado de ánimo depresivo se debe considerar como una condición previa a la presencia de ideación suicida (16).

Trastorno de ansiedad. Se asocia a tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado. No está demostrado si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, abuso de sustancias y los trastornos de personalidad. La desesperanza se considera el más influyente en relación con el riesgo importante (5).

Consumo de Drogas. Existen diversas investigaciones en la cuales refieren que el consumo de drogas legales, específicamente el tabaco, alcohol y otras drogas ilegales se asocian con la ideación y el comportamiento suicida (16,18).

Intentos previos de suicidio e ideación suicida. La ideación y planificación aumentan considerablemente el riesgo del suicidio. Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los primeros 6 meses e incluso el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces (5).

1.5 Factores protectores

Personales (5):

- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas
- Tener confianza en uno mismo
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales
- Presentar flexibilidad cognitiva
- Tener hijos (mujeres)

Sociales o medioambientales:

- Apoyo familiar y social
- Integración social
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos
- Adoptar valores culturales y tradicionales
- Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o abuso de alcohol.

1.6 Diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida

La valoración de las conducta suicida y su manejo son temas de gran importancia para los clínicos, especialmente los que trabajan en la atención primaria de salud, es por ello que la identificación oportuna y específica de factores de riesgo de intento y de reintento suicida nos puede ayudar a comprender y prevenir la incidencia de actos suicidas. Para lo que es de gran utilidad la entrevista clínica para apoyo en la detección de estas conductas (20, 21).

1.7 Definición de familia

La palabra familia (etimológicamente de origen latino) según Taparelli deriva del latín *fames* ya que es una de las necesidades que resuelve esta asociación humana (22). Unión de las personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, con compromisos personales entre sus miembros, encargada de brindar las funciones básicas de la familia. Es además la unidad básica de la sociedad, importante para el desarrollo humano. También es definida como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc.) que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera (23).

Se dice que la familia es un sistema dinámico e independiente, en el que las acciones de unos, influyen en la de los otros, afectando en mayor o menor medida la calidad y estilo de las relaciones domésticas, ya sean relaciones internas de tipo parental, conyugal o sociales externas (24).

Definición de funcionalidad familiar

Se define a través de las tareas que les corresponde realizar a cada uno de los miembros de la familia, como sistema, y su interacción entre los subsistemas, así como la capacidad que tienen para afrontar y superar el estrés normativo y no normativo. Por lo que el funcionamiento familiar es el proceso interactivo mediante el cual la familia esboza sus estrategias para resolver problemas, establece su clima emocional, su capacidad de

equilibrio y de cambio a lo largo de su ciclo de vida, el ambiente familiar negativo se caracteriza por problemas de comunicación entre padres e hijos (24).

Entendiéndose como disfunción familiar como el no cumplimiento de las funciones por alguno de los subsistemas de la familia y será disfuncional cuando alguno de los subsistemas se altere por cambio en los roles de sus integrantes (25).

Por lo tanto la funcionalidad familiar se identifica mediante la capacidad que tienen las familias en el modelo circunflejo de cohesión, adaptabilidad y la comunicación que definen el constructo familiar. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital (25).

Funciones de la familia

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo, son las siguientes (21,23):

- ✓ Socialización. Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- ✓ Afecto. Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- ✓ Cuidado. Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) dentro del grupo familiar.
- ✓ Estatus. Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- ✓ Reproducción. Provisión de nuevos miembros a la sociedad.

Tipología familiar

Es en la dimensión familiar, donde los adolescentes adquieren las normas, valores, derechos, obligaciones y roles que se desempeñaran a futuro en la sociedad, por ello es importante conocer el tipo de familia a la cual pertenecen ya que dependiendo de las condiciones en las cuales se encuentre viviendo y quienes sean los responsables de inculcar los valores podremos determinar los que tienen mayor riesgo de presentar conducta suicida (26).

La categorización de la familia es en función de sus miembros presentes, la cual es importante dado que ellas determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmerso el adolescente. Permite estudiar fácilmente las relaciones entre el tipo de familia y su proceso de salud-enfermedad (26).

Son múltiples las tipologías que se han ofrecido del funcionamiento familiar y aunque todas ellas comparten el objetivo de discriminar entre los diferentes tipos de sistemas familiares, suelen estar basadas en diferentes dimensiones del sistema familiar (26).

Cuadro 1. Clasificación de la familia

Nuclear	Dos individuos de distinto sexo y sus hijos convivientes en el mismo domicilio
Nuclear simple	Formada por cónyuges y menos de 4 hijos
Nuclear numerosa	Donde hay más de 4 hijos
Familiar nuclear ampliada	Se añaden otros parientes o agregados culturales (servidumbre)
Familia binuclear	Uno de los cónyuges o ambos son divorciados conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores
Nuclear extensa	Conviven más de 2 grupos generacionales

Nuclear monoparental

Solo un cónyuge y sus hijos

Familia sin familia

Un solo adulto soltero, divorciado o viudo

**Equivalentes
Familiares**

Individuos que viven en el mismo hogar sin constituir un hogar tradicional, parejas de homosexuales, grupo de amigos que viven juntos, o en comuna, religiosos que viven juntos fuera de su comunidad, personas que viven en residencias o asilos

Fuente: según Revilla modificado por Márquez

1.8 Antecedentes de la conducta suicida y la funcionalidad familiar

Muñoz J y cols., Perú 2006 (27). En su estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a las familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes entre 15-24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Carlos (CEPUSM). Con diseño transversal, aplicaron un cuestionario auto administrado de cohesión familiar del Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale III y 5 preguntas sobre conducta suicida del cuestionario de salud mental. En 1500 estudiantes de 15-19 años y adultos jóvenes de 20-24 años. Obtuvieron que en 48% de los participantes presentaron deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% planeación suicida y 9% intento de suicidio. Según el nivel de cohesión familiar, desligada en un 22%, separada 32%, conectada 31% y amalgamada 15%. Llegando a la conclusión de que existe una asociación entre elevada ideación suicida y niveles muy bajos de cohesión familiar.

Sánchez-Sosa y cols., España 2010 (28). En su estudio se especificó y contrastó un modelo explicativo psicosocial de ideación suicida en adolescentes, en el que analizaron los efectos directos e indirectos en la ideación suicida a partir de variables personales y variables familiares y escolares. Se utilizaron las siguientes escalas: cuestionario del funcionamiento familiar APGAR y la escala breve de ajuste escolar de moral, mediante un estudio explicativo, de tipo transversal, con una muestra probabilística de 1285

estudiantes. Se concluyó que el modelo explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS) se ajustaba a los datos y era compatible con el modelo teórico propuesto, presentó una relación indirecta significativa del funcionamiento familiar y los problemas de integración escolar con la variable dependiente. La relación directa estimada entre la autoestima social y la ideación suicida que en el contraste empírico no fue significativa.

Cortés-Alfaro A y cols., Cuba 2011 (29). El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo asociados con los intentos suicidas en adolescentes de 10-19 años. Estudio de casos y controles. Resultados: consideraron que los factores asociados a la ideación suicida y planes suicidas, se englobaron en el grupo referido al funcionamiento familiar o dinámica familiar, así como los aspectos personales del adolescente, se identifica asociación altamente significativa con el intento de suicidio, se expresa como factores protectores a relación con los padres. Existe relación entre los factores de riesgo personales, deseos de hacerse daño, desesperanza y elaboración de planes anteriores de cometer suicidio con los problemas en la dinámica familiar.

Quitl-Meléndez y cols., México 2015 (30). El objetivo de su estudio fue buscar la relación entre ideación suicida, funcionamiento familiar y diferenciación familiar en jóvenes universitarios Tlaxcaltecas. Estudio cuantitativo de tipo correlacional. Muestra no probabilística de 102 estudiantes, utilizó la escala de ideación suicida de Beck, Kovacs, así como escala de funcionamiento familiar de García Méndez, Rivera Aragón, Reyes Lagunés y la escala de diferenciación familiar de Quitl Meléndez, como resultados en cuanto la relación entre ideación suicida la funcionalidad familiar y diferenciación familiar. Encontró que la diferenciación familiar se relacionó de forma negativa y significativa con la actitud hacia la vida y muerte. La ideación suicida se relacionó significativamente con los factores que la integran, y con algunos factores de diferenciación familiar: ajuste/desajuste, individualización/cohesión y transmisión de roles. No mostró relación alguna con los factores de funcionamiento familiar.

Ceballos-Ospino y cols., Colombia 2015 (31). Este estudio buscó establecer la relación que existe entre depresión, autoestima e ideación suicida en estudiantes adolescentes

de media vocacional en Santa Martha. Evaluados con el inventario de depresión de Beck, escala de autoestima de Rosenberg, Escala de ideación suicida de Beck y un cuestionario socio demográfico. Estudio experimental, transversal de tipo correlacional, la muestra de 739 adolescentes, 54% se encontraban entre 13-15 años y 46% de 16-19 años, el muestreo fue aleatorio estratificado. De las conclusiones destaca que los adolescentes con mejor autoestima y baja depresión poseen menor probabilidad de ideación suicida.

Pérez-Amezcuca y cols., México 2009 (32). En su estudio a nivel de la República Mexicana, buscó identificar las prevalencias y factores asociados a la ideación suicida en estudiantes adolescentes. Estudio transversal con 12 424 participantes. Se utilizarón razones de momios con intervalos de confianza de 95%. Reportando al menos 47% con al menos un síntoma de ideación suicida; 9% refiriendo antecedente de intento. Los factores asociados a la conducta suicida que se encontraron: poca comunicación con los padres, abuso sexual, sintomatología depresiva, consumo de tabaco, alcohol.

2. Justificación

El suicidio es un problema de salud mental que aqueja a diversos grupos vulnerables como los adolescentes. Según las estimaciones de la GBD 2015, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio entre los jóvenes (10-24 años), que se sitúa en el tercer lugar de causas de muerte en este grupo de edad. Así mismo, las conductas suicidas previas, se han incrementado en las últimas décadas, estimadas a través de estudios epidemiológicos que demuestran alta prevalencia en este grupo poblacional.

El conocimiento de las conductas suicidas permite direccionar acciones de prevención primaria hacia etapas previas a la consumación del suicidio. Por lo anterior, se sabe que uno de los factores de riesgo que presentan los adolescentes para el inicio o desarrollo de algún tipo de conducta suicida es, provenir de algún núcleo familiar con algún tipo de dinámica familiar disfuncional. Lo que nos obliga como médicos de primer contacto y de familia, a identificar oportunamente el tipo de familia al que pertenecen nuestros adolescentes y cuáles son las que tienen mayor relación con algún tipo de conducta suicida. De tal manera poder enfrentar esta problemática, mejorar su calidad de vida y aportar a un mejoramiento en el funcionamiento familiar para así promover la salud mental en los adolescentes desde el seno familiar.

Por tanto, este estudio pretende ayudar a los médicos familiares y tomadores de decisiones, a generar acciones preventivas en temas de salud mental en los adolescentes en el primer nivel de atención, y coadyuvar a orientar a los pacientes y familiares, a recibir oportunamente atención multidisciplinaria, todo esto con base en evidencia científica, generada desde la misma unidad hospitalaria en la cual reciben su atención de salud.

3. Planteamiento del problema

La salud mental tiene gran impacto en la salud pública, tanto a nivel nacional como mundial: Las tasas de suicidio han presentado tendencia positiva a través del tiempo teniendo un fuerte impacto no solo a nivel individual, sino también en el ámbito familiar. Por lo que una ventana de oportunidad para prevenir este tipo de evento se encuentra en el conocimiento de conductas previas como la ideación suicida, la cual es considerada como un fuerte predictor del suicidio.

Este tipo de conductas suicidas afectan principalmente a los adolescentes quienes se encuentran en una etapa de desarrollo en la cual buscan su adaptación social, búsqueda de identidad propia e independencia. Por tanto, la relación y dependencia familiar comienza a disminuir y ser sustituida con sus pares, lo que condiciona que la dinámica familiar pueda verser alterada por este confrontamiento paterno-filial.

Por lo anterior, una dinámica familiar adecuada es considerada como un factor determinante para el adecuado desarrollo tanto psicológico como social del adolescente de lo contrario las relaciones disfuncionales como, una poca adaptabilidad al cambio dentro de la familia y baja unión familiar crean presiones familiares adicionales al desarrollo propio de los jóvenes lo que podría estar incidiendo directamente con la génesis de algún tipo de conducta suicida.

Por lo tanto, la funcionalidad familiar se encuentra en estrecha relación con las conductas suicidas, ya que se ha demostrado en diversos artículos científicos, que entre mayor disfuncionalidad familiar se presente en la adolescencia, existe un mayor riesgo de presentar ideación suicida.

3.1 Pregunta de investigación

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y la conducta suicida en los adolescentes del H. G. R. con Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos?

4. Objetivos

4.1 objetivo general

Identificar si existe relación entre la funcionalidad familiar y la conducta suicida en los adolescentes derechohabientes del H. G. R. con Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos.

4.2 Objetivos específicos

4.2.1 Caracterizar con base a sus condiciones sociodemográficas y clínicas a los adolescentes derechohabientes del H.G.R. con Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS.

4.2.2 Identificar la cohesión y adaptabilidad familiar de los adolescentes en la población objeto de estudio a través del FACES III.

4.2.3 Estimar la prevalencia de conducta suicida (ideación y planeación) en los adolescentes mediante la escala de ideación suicida de Beck

5. Hipótesis del trabajo

En este estudio, de acuerdo con la literatura previa como en el estudio de Muñoz J y cols. (2006), asumimos que encontraríamos relación entre algún tipo de disfuncionalidad familiar y la conducta suicida en los adolescentes. Además de proponer que existiría relación entre la cohesión familiar e ideación suicida en los adolescentes principalmente.

6. Material y métodos

6.1 Diseño de estudio

Observacional. Tipo encuesta transversal.

6.2 Universo del trabajo

Se tomó en cuenta a los derechohabientes adolescentes entre 12 y 17 años, adscritos al H. G. R. con Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS, que aceptaron participar, bajo consentimiento informado por parte de los padres o tutores (anexo 1) y asentimiento informado de los adolescentes (anexo 2), previa explicación e información detallada del presente estudio y su finalidad.

6.3 Población. Adolescentes de 12 a 17 años adscritos al H. G. R. con Unidad de Medicina Familiar no. 1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos.

6.4 Tiempo a desarrollarse. Marzo 2017 a junio 2019

6.5 Cálculo de tamaño de muestra.

El cálculo de tamaño de se realizó con base a la literatura y de acuerdo a la prevalencia de la variable dependiente para este estudio (ideación suicida) para este estudio. En la cual Pérez-Amezcuca y cols. (2009) en población de adolescentes mexicanos de una muestra representativa nivel nacional, encontró que en Morelos una prevalencia 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 grupo de 10-19 años (clasificación de adolescente según la OMS) en este estudio únicamente se analizó el subgrupo de adolescentes de 12-17 años para hacer comparativo nuestros resultados de conducta suicida con las principales encuestas a nivel nacional, como lo es la ENCODAT 2016 y ENSANUT-MC 2016.

Para el cálculo de tamaño de muestra se empleó la fórmula de estimación para una proporción y población infinita.

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

Tamaño de muestra total= 267

Zα= 1.96		95%	Nivel de confianza seguridad del estudio
P	50% (0.5)	Maximiza el tamaño de muestra, considerando que se utiliza la misma muestra para dos protocolos distintos	Proporción esperada
Q		1-p	
D		6%	Precisión o margen de error

Técnica de muestreo: No probabilística. Por conveniencia.

6.6 Criterios de selección

6.6.1 Criterios de Inclusión:

- ✓ Adolescentes hombres y mujeres de edad entre 12 y 17 años
- ✓ Que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar por cualquier situación diferente a un padeciendo psiquiátrico
- ✓ Derechohabientes del IMSS H.G.R. con Unidad de Medicina Familiar No. 1
- ✓ Firmar consentimiento informado de padre, madre o tutor y asentimiento informado por parte de los adolescentes participantes

6.6.2. Criterios de Exclusión:

- ✓ Adolescentes que ya se encuentren bajo tratamiento farmacológico o médico debido a alguna patología psiquiátrica o neurológica
- ✓ Pacientes que no cuenten con vigencia a la sede del estudio

6.6.3 Criterios de Eliminación:

- ✓ No contestar por completo el instrumento de medición

6.7 Recolección de datos

La recolección de datos se llevó cabo en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Hospital General Regional, Cuernavaca, Morelos. En ambos turnos (matutino-vespertino) realizando el levantamiento de los datos a todos aquellos derechohabientes, independientemente del motivo por el cual estuvieran ahí, el entrevistador por observación directa se acercaba al potencial participante únicamente de forma intuitiva a aquellos que sospechará que se encontraban en el rango de edad y una vez que confirmaba la edad de interés para el estudio, se les hacía la invitación formal para que participara en el mismo y se aseguraba que cumplieran con los criterios de inclusión (diagrama 1). Explicando detalladamente de que se trataba el estudio y la finalidad del mismo, tanto a los padres o tutores y al adolescente. En aquellos que, de forma verbal aceptaron participar voluntariamente se les dio a los padres que leyeran detenidamente la carta de consentimiento informado para autorizar la participación del adolescente en el estudio y al mismo tiempo al adolescente se le dio a leer el asentimiento informado. Una vez que lo leyeron, lo comprendieron y nosotros como investigadores nos aseguramos que lo habían entendió a cabalidad les solicitamos la firma en los rubros correspondientes. Cabe señalar que en todo este proceso se privilegió la decisión del menor para su inclusión, o no, en el estudio.

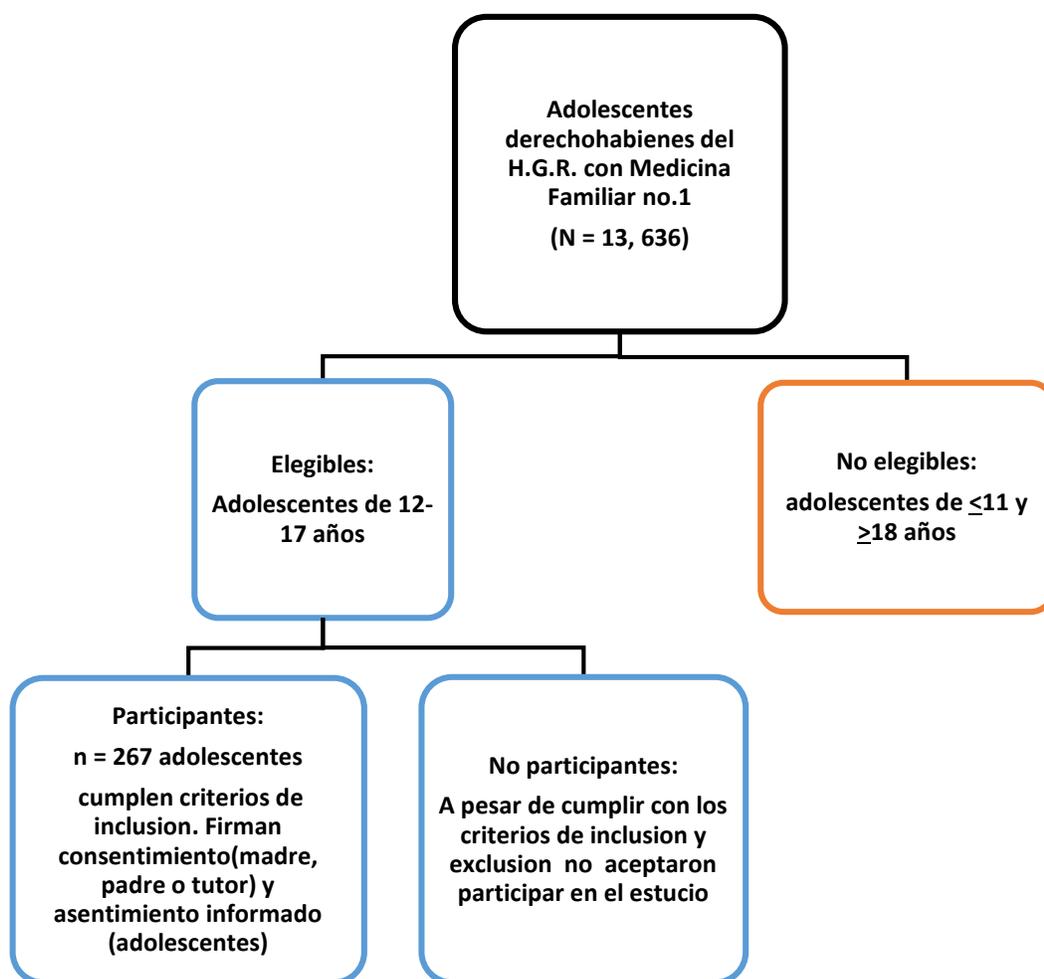
Las encuestas se llevaron a cabo por la médica residente. Quien previo a esta recolección de datos, tuvo una capacitación y adiestramiento por sus asesores. Quienes estuvieron al pendiente de la correcta aplicación de los instrumentos y a su vez respaldando en todo momento la investigación en caso de alguna eventualidad con los adolescentes por tocar temas sensibles emocionalmente. Cabe señalar que afortunadamente no se requirió de ello.

Toda la información fue resguardada con la debida confidencialidad y uso de codificación matemática de los datos de los participantes, en un área específica y cómoda que brindó las condiciones adecuadas (consultorio 29 turno matutino y consultorio de nutrición turno

vespertino) para que los adolescentes contestarán de forma libre los cuestionarios. A los familiares se les invitó a permanecer fuera del consultorio, pero sentado a la entrada del mismo, vigilando únicamente a su familiar, pero sin interferir en las respuestas, dado que este es un cuestionario autoadministrado. Cuando el adolescente tuvo duda de alguna pregunta en específico, el entrevistador se acercaba para orientarlo, siempre cuidando de no influir sobre la respuesta de los adolescentes.

El proceso en total duró aproximadamente 30 minutos durante los cuales el adolescente contestó una encuesta con datos sociodemográficos (anexo 3) ad hoc a la investigación propuesta, otro cuestionario fue el FACES III (anexo 4) y la escala de ideación suicida de Beck (anexo 5), para medir funcionalidad familiar e ideación suicida respectivamente. Se les contacto vía telefónica para entrega de resultados, de forma personal en un sobre sellado, y los que presentaran algún tipo de conducta suicida y/o disfunción familiar, se les apoyó en agendar cita con su médico familiar para revaloración de encuesta de tamizaje (ya que valora 12 meses previos a la aplicación) y que este tomará la decisión de tratamiento y de ser necesario enviar con alguna especialidad.

Diagrama 1. Representa la forma de selección y recolección de muestra



6.8 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	FUNCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	CODIFICACIÓN
Conducta Suicida	Proceso que inicia con la idea de suicidio, planeación hasta el intento suicida, es un proceso heterogéneo, que en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública (según la OMS)	Dependiente	Cuantitativa discreta que se recategorizó a Cualitativa nominal	Escala de ideación suicida de Beck. Se mide una escala 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 considerará con ideación suicida, Planeación: Características de los pensamientos/deseos de suicidio. Reactivo 12: Sea de cero a 1, se considerará sin planeación suicida, y cuando sea 2 se considerará con planeación.	0 – 38 puntos 0=sin ideación 1= con ideación 0=sin planeación 1= con planeación
Funcionalidad Familiar	El modelo circunflejo de cohesión, flexibilidad y la comunicación que definen el constructo familiar. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital. (según el modelo circunflejo de Olson y Cols.)	Independiente	Cuantitativa discreta que se recategorizó a Cualitativa nominal	FACES III Cohesión: Dispersa - 10 a 34 Separada - 35 a 40 Conectada - 41 a 45 Aglutinada - 46 a 50 Adaptabilidad: Rígida - 10 a 19 Estructurada - 20 a 24 Flexible - 25 a 28 Caótica - 29 a 50	Cohesion de 10-50 puntos Adaptabilidad de 10-50 puntos 0=Familias Funcionales 1=Familia con Disfunción Leve 2=Familias Disfunción Grave

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	FUNCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CODIFICACIÓN
Tipología Familiar	Categorización de la familia en función de sus miembros presentes, la cual es importante dado que ellas determinan las interacciones posibles y el contexto en el que se encuentra inmerso	Co-variable	Cualitativa Nominal	Clasificación de la Familia según Revilla modificada por Márquez	0=Nuclear 1=Familia extensa 2=Familia monoparental
Tipología familiar de acuerdo a su desarrollo	Moderna. - familia en la que trabaja en iguales condiciones padre y madre para sostener la familia. Tradicional. - aquella en la que el único proveedor es el padre y la madre se dedica al hogar y los hijos. Arcaica. - prototipo es la familia campesina que se sostiene de los productos del campo y de la tierra que trabajan	Co-variable	Cualitativa Nominal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	Tipología familiar de acuerdo a su desarrollo
Tipología familiar según su ocupación	Se refieren a la ocupación del padre o del jefe de familia.	Co-variable	Cualitativa Nominal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0=Campesinas 1=Obreras 2=Profesionales 3=Otros

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	FUNCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CODIFICACIÓN
Edad	La etapa que llega después de la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. Los adolescentes luchan por la identificación del Yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad	Co-variable	Cuantitativa Continua	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	Años
Sexo	Condición Biológica que distingue a las personas en hombre y mujeres	Co-variable	Cualitativa Nominal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0=Hombre 1=Mujer
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura un joven en una escuela para estudiar y recibir enseñanza.	Co-variable	Cualitativa Ordinal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0= Ninguna 1= Primaria 2= Secundaria 3= Nivel medio 4= Otro
Rendimiento escolar	Hace referencia a la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar.	Co-variable	Cualitativa Ordinal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3) Menor a 7= malo 7-8= regular 8-9= bueno 10= excelente	0=Malo 1=Regular 2=Bueno 3=Excelente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	FUNCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CODIFICACIÓN
Ocupación	Hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo y se ejerce públicamente	Co-variable	Cualitativa Ordinal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0=Estudiante 1=Empleado 2=Ambos
Vida sexual activa	Tiene en cuenta la primera relación sexual de un persona con su pareja	Co-variable	Cualitativa Ordinal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0=No 1=Si
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal.	Co-variable	Cualitativa Nominal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0=Soltero 1=Casado 2=Unión libre 3=Otro
Tiene hijos	Aquel individuo respecto de su madre y de su padre; esta situación implica una relación de consanguinidad entre padres e hijos.	Co-variable	Cualitativa Ordinal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0=No 1=Si
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Co-variable	Cualitativa Nominal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0=Ninguna 1=católica 2=Testigo de Jehová 3=cristiano 4=Otras

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	FUNCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CODIFICACIÓN
Consumo de tabaco	Adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina.	Co-variable	Cualitativa Nominal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0=No 1=Si
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol, cerca de cinco o más bebidas en dos horas para los hombres y cuatro o más bebidas en dos horas para mujeres.	Co-variable	Cualitativa Nominal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0=No 1=Si
Consumo de otras drogas (marihuana, cocaína, etc.)	consumo de determinados productos, en especial drogas, del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia psicológica o incluso fisiológica	Co-variable	Cualitativa Nominal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0=Ninguno 1=Marihuana 2=Cocaína 3=Inhalables (PVC, thinner, resistol) 4=Otros
Comorbilidades	Termino medico en el cual, se encuentra un grado de asociación entre dos patologías diferentes en un mismo sujeto.	Co-variable	Cualitativa Nominal	Cuestionario sociodemográfico (anexo 3)	0=Ninguna 1=Asma 2=DM1 3=Enf. del corazón 4=Otras

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	FUNCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CODIFICACIÓN
Síntomas depresivos	Desorden mental caracterizado por largos periodos de tristeza, afectando la conducta, así como, la manera de pensar del individuo.	Co-variable	Cualitativa Nominal	Escala depresión de Beck (anexo 6)	0=sin síntomas 1=síntomas leves 2=síntomas moderados 3=síntomas severos

6.9 Instrumentos de recolección de datos

Para la variable de funcionalidad familiar. Se utilizó la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III, por su sigla en inglés). El cual no mide directamente la funcionalidad de las familias, solamente el grado de estas dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad) señaladas en el modelo circunflejo (26, 33) que definen el constructo funcionamiento familiar (33, 34). Este instrumento contiene 20 preguntas: 10 noes que evalúan cohesión familiar y 10 pares que evalúan la adaptabilidad familiar. Cohesión familiar se define como la unión emocional que los miembros de una familia tienen entre sí y la adaptabilidad es la habilidad de dicho sistema para cambiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. Las preguntas están planteadas en una escala tipo Likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre); de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. La combinación de los niveles de cohesión con los de adaptabilidad permite clasificar a las familias de acuerdo con su función familiar en 16 tipos: rígidamente dispersa, rígidamente separada, rígidamente conectada, rígidamente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente separada, estructuralmente conectada, estructuralmente aglutinada, flexiblemente dispersa, flexiblemente separada, flexiblemente conectada, flexiblemente aglutinada, caóticamente dispersa, caóticamente separada, caóticamente conectada y caóticamente aglutinada. Esto a su vez conforma: 4 tipos de familias en rangos extremos o con disfunción severa, 8 tipos de familias en rango medio o con disfunción leve y 4 familias balanceadas o con adecuada funcionalidad familiar (ver anexo 4). Diseñado por Olson y cols., instrumento que fue validado y aplicado en 2002 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen. El proceso de traducción y adaptación transcultural en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,80 (34).

Para la variable de conducta suicida. Se utilizó la escala de ideación suicida de Beck (SSI, por sus siglas en inglés). La cual consta de 19 reactivos (ver anexo 5). Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2, si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de intentar suicidarse” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, fue de 1 o más se consideró ideación suicida y en caso de “0”, se omitieron las secciones siguientes y se suspendió la entrevista, codificando como: “No aplicable”. Para la variable de planeación suicida se consideró el reactivo 12 “Has planeado la forma en que te podrías quitar la vida”. Considerando como positivo el puntaje de 2 y de obtener un puntaje de 1 o cero se suspendía la entrevista. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global (36). Este instrumento fue validado en el año 2000 por González-Macip y cols., obteniendo una coeficiente de alpha de cronbach=0.84 (35).

Para el resto de las covariables. Se elaboró un cuestionario sociodemográfico ad hoc para recolectar las variables de interés de este estudio (ver anexo 3), edad, sexo, ocupación (en tres categorías: “sólo estudiante o sólo trabaja” y “estudia y trabaja”), tener hijos (“sí” o “no”), enfermedades (por autoreporte), tipología familiar, se caracterizó con base en las personas con las que cohabita en el hogar, se obtuvieron 3 categorías: “padre o madre”, “padre, madre y otros familiares” o “solo padre o solo madre”. Estilos de vida no saludables (consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de otras drogas), síntomas depresivos: se evaluaron a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA), el cual contiene 21 ítems, con 4 opciones de respuesta cada uno de ellos (0 mínimo y 3 máximo). Su puntaje va de 0 a 63 puntos. Se categorizó en 4 rangos de severidad: sin síntomas depresivos (0-13); leves (14-19); moderados (20-28); y severos (29-63). Este instrumento tiene una confiabilidad y validez interna con un alfa de cronbach 0.92 en adolescentes mexicanos (8).

6. 10 Plan de análisis

Una vez que se recolectaron los datos se realizó 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 limpieza y depuración de datos atípicos, erróneos o faltantes, así como valores fuera de rango.

Análisis descriptivo

Para el análisis descriptivo se calculó la mediana y los percentiles 25 (p25) y 75 (p75) para la variable de edad (cuantitativa), esto debido a que no cumplió con el criterio de distribución normal y se calcularon frecuencias y proporciones para variables cualitativas.

Análisis bivariado

Para el análisis bivariado de las variables cualitativas se utilizó prueba estadística de χ^2 o exacta de Fisher según las frecuencias esperadas menor de 5 en cada celda. 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. Se tomó un valor de significancia estadística de $p < 0.05$.

7. Aspectos éticos

Este estudio fue realizado acorde a los lineamientos internacionales para realizar investigación clínica en seres humanos dentro de los cuales se encuentran: **El informe Belmont**. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Entre los principios éticos básicos que incluyen sujetos humanos se establecen: *Respeto* a las Personas. Incluye que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos. *Beneficencia*. En este sentido se han formulado dos reglas generales: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. *Justicia*. Se refiere ofrecer 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. De acuerdo al artículo 17 de la **Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud** es una investigación con riesgo menor al mínimo, ya que es un estudio en el que se emplean técnicas y métodos de investigación documental y en el 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.

El protocolo de esta tesis fue revisado y autorizado por el Comité Local de ética e Investigación en Salud 2103 de Puebla con número de registro R-2018-2103-019.

8. Recursos y financiamiento

Recursos humanos:

- 3 investigadores

Recursos materiales:

- Cuestionarios (hoja recolectora de datos)
- Copias fotostáticas
- Computadora
- Paquete básico de Office (Word, Excel, programa estadístico STATA v. 14, Power Point)
- Papelería en general (lápiz, pluma, gomas, sacapuntas, hojas para impresión, tabla de madera para encuesta)

Recursos físicos:

- Instalaciones del Hospital General Regional con unidad de medicina familiar No. 1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos.
- Sala de espera
- Sillas en la sala de espera

Financiamiento:

- Los recursos para llevar acabo esta tesis fueron proporcionados por recursos propios de los investigadores.

9. Resultados

En este estudio la muestra estuvo conformada por 267 adolescentes entre 12 a 17 años de edad, ambos sexos, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar del Hospital General Regional no. 1, Cuernavaca, Morelos. Que acudieron a la consulta externa por cualquier motivo diferente de algún trastorno mental. Los adolescentes que aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio, firmaron asentimiento informado y se obtuvo carta de consentimiento informado por parte del padre/madre o tutor del adolescente. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista clínica semi-estructurada, en un área cómoda y privada; lo que garantizó la confidencialidad de los datos. La recolección de datos se llevó a cabo en el periodo del 1ero de marzo al 31 de julio 2018.

Características sociodemográficas de los adolescentes

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los 267 adolescentes participantes en el estudio. En donde predominó el sexo mujer con 51.69%, mediana de edad de 13 años (p25 13años, p75 14 años), escolaridad secundaria en un 80.9 %, calificación del grado escolar previo de 7 a 8 en 43.07%, sólo dedicarse a estudiar 95.51%, estado civil solteros 97.38 %, sin hijos 98.88% y viven con ambos padres el 68.53%.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes de funcionalidad familiar y conducta suicida del IMSS, Cuernavaca, Morelos.

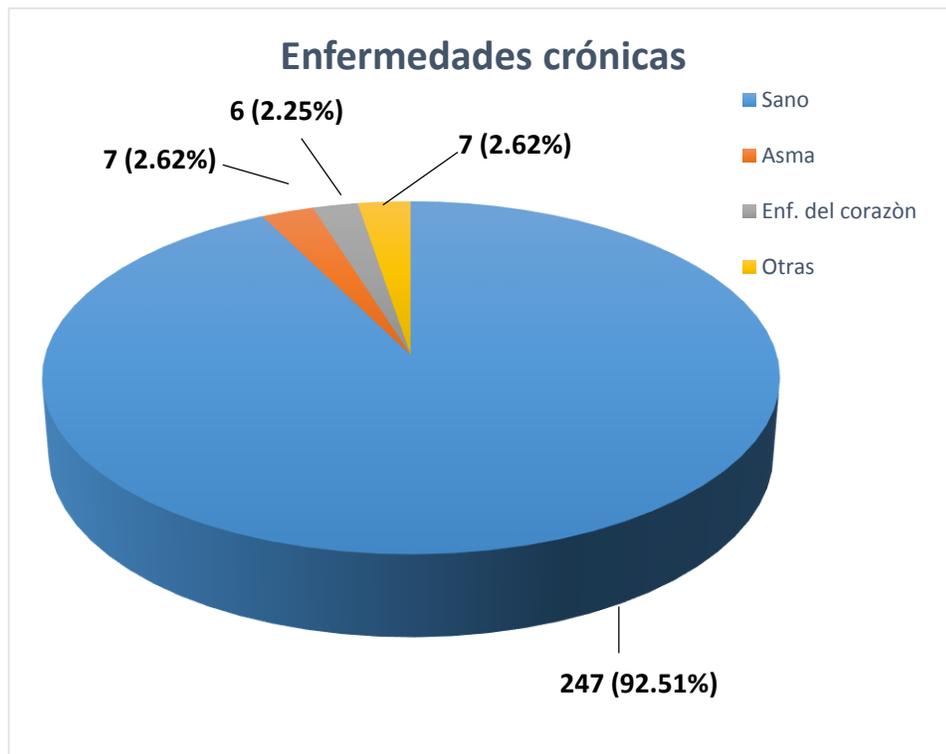
Variable	Categoría	Frecuencia n=267	Porcentaje
Sexo	Hombre	129	48,31
	Mujer	138	51,69
Edad (en años)	12	60	22,47
	13	98	36,7
	14	51	19,1
	15	16	5,99
	16	20	7,49
	17	22	8,24
	mediana (p 25, p75)	(13, 14)	
Escolaridad	Ninguna	1	0.37
	Primaria	3	1.12
	Secundaria	216	80.9
	Nivel medio	47	17.6
Calificación del último grado escolar	<7	43	16.1
	7 a 8	115	43.07
	8 a 9	89	33.33
	10	20	7.49
Ocupación del adolescente	Solo estudiante	255	95.51
	Solo trabaja	0	0
	Estudia y trabaja	12	4.49
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
Con quien vive	Padres	183	68.53
	Padres y otros familiares	13	4.84
	Padre o madre	71	26.59

Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia.

Características clínicas de los adolescentes

La gráfica 1 muestra las enfermedades crónicas que padecen los adolescentes en donde se observa que el 92.51% se autoreportaron sanos.

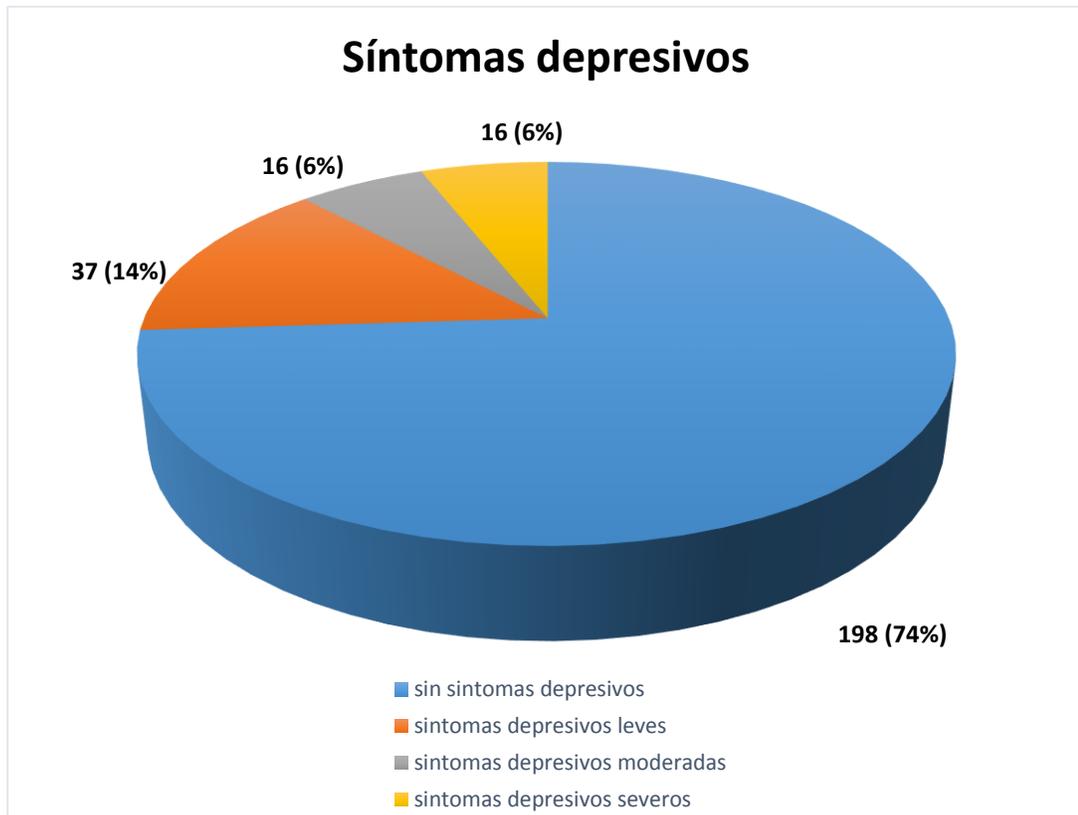
Gráfica 1. Enfermedades crónicas de los adolescentes derechohabientes del H.G.R. con medicina familiar No.1 Cuernavaca, Morelos



Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia

La gráfica 2 muestra la sintomatología depresiva en los adolescentes en la cual 74% no presentaron síntomas depresivos, 14% síntomas leves, 6% síntomas moderados y 6 %) síntomas severos.

Gráfica 2. Síntomas depresivos de los adolescentes



Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia

En la tabla 2 se muestran las características de los estilos de vida no saludables de los adolescentes. El 3.75 % refirieron consumo actual de tabaco, 0.75% consumo actual de alcohol, 1.12% consumo de marihuana, 0.37% consumo de cocaína y 0.37% consumo actual de inhalantes.

Tabla 2. Características de los estilos de vida no saludables en los adolescentes del H.G.R. con Unidad de Medicina Familiar No.1, IMSS Cuernavaca Morelos.

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

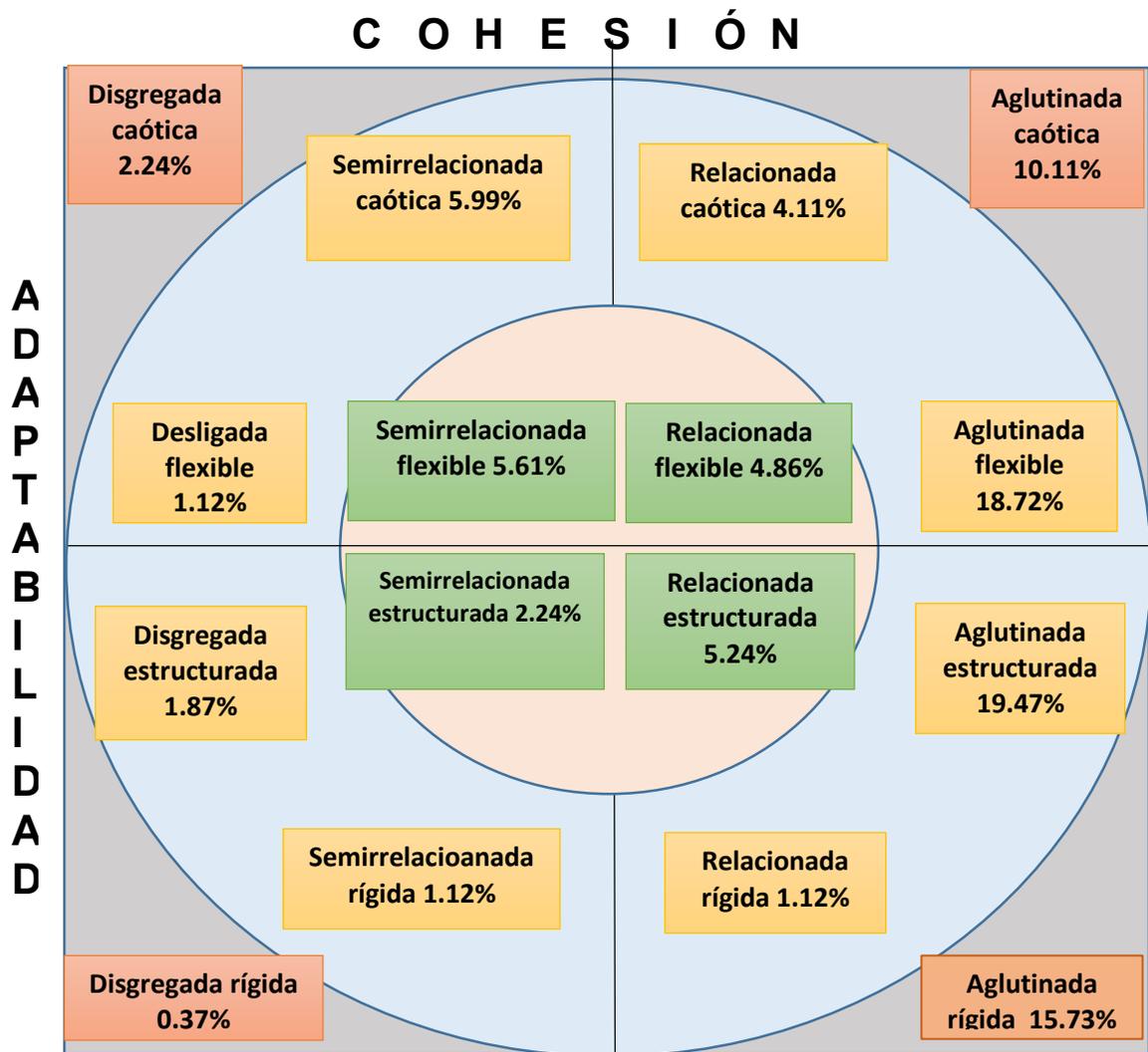
Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia.

Identificación de la cohesión y adaptabilidad familiar en los adolescentes y clasificación de los 16 posibles tipos de familias, aplicando el modelo circunflejo de Olson y cols.

El cuadro 1 se muestra la distribución de los 16 posibles combinaciones de familias acuerdo a los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. En el rango de familias extremas (disfuncionales) el 15.73% fueron familias rígidamente aglutinadas, en el rango medio (disfunción leve) el 19.47% fueron familias estructuradamente aglutinadas y en rango balanceado (funcionales) el 5.61% fueron familias flexibles semirrelacionadas.

Cuadro 1. Tipos de familias de acuerdo a las dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar en los adolescentes del H.G.R. con medicina familiar No.1 Cuernavaca, Morelos.

n=267

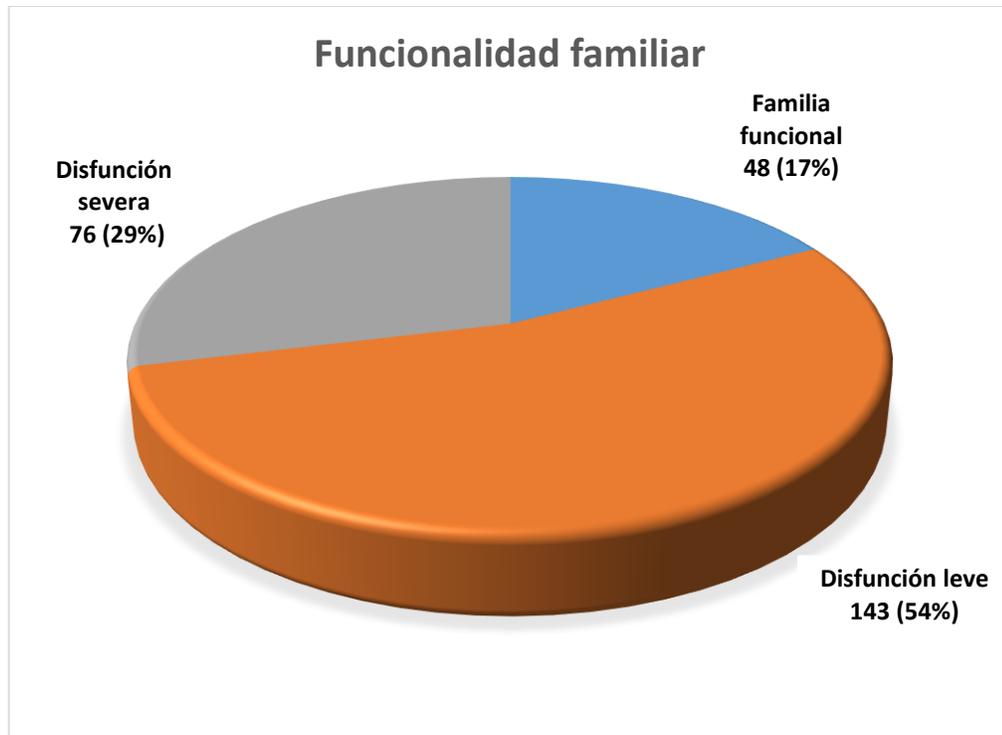


Fuente: cuestionario FACES III

Clasificación de la funcionalidad familiar de acuerdo a la combinación de tipos de familias, según su cohesión y adaptabilidad, de los adolescentes

La gráfica 3 muestra que el 17% tuvieron adecuada funcionalidad familiar, 54 % disfuncionalidad familiar leve y 29 % disfuncionalidad familiar severa

Gráfica 3 Clasificación de la funcionalidad familiar en los adolescentes del H.G.R. con medicina familiar No.1 Cuernavaca, Morelos

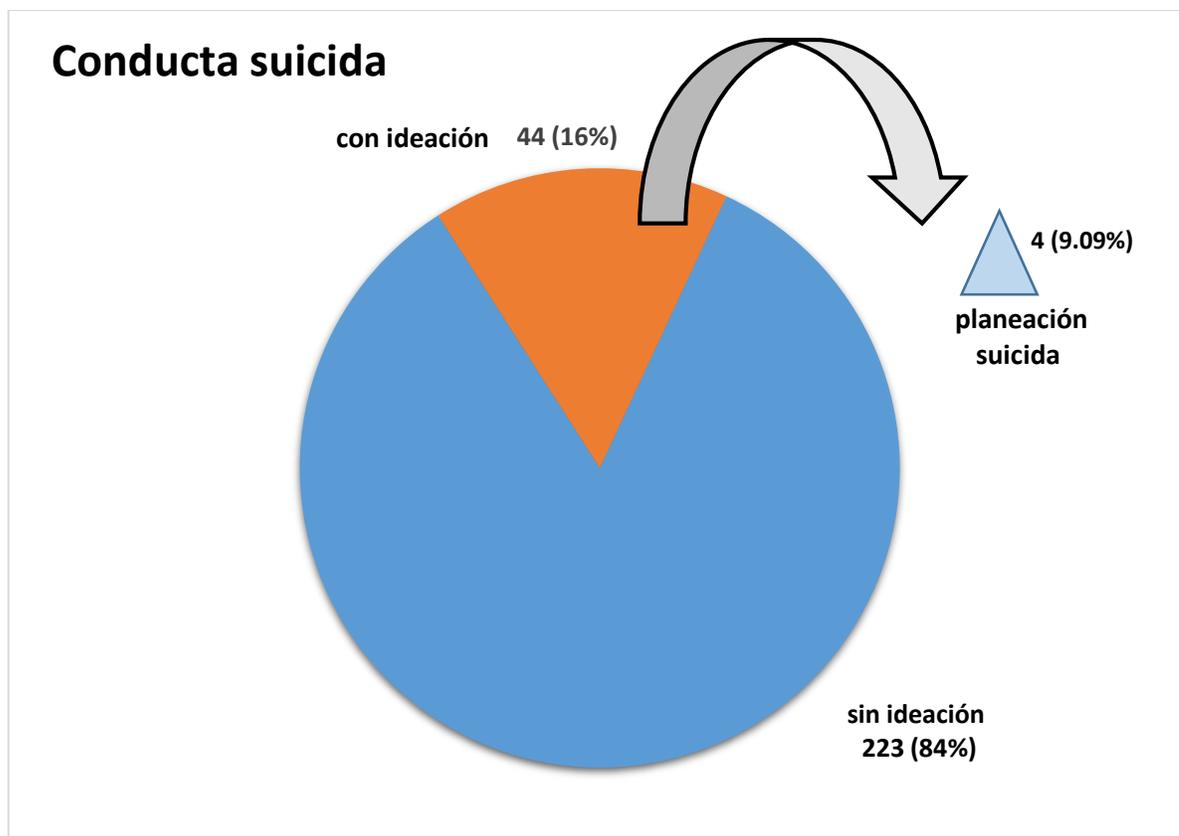


Fuente: cuestionario FACES III

Prevalencia de conducta suicida (ideación y planeación) en los adolescentes.

En la gráfica 4 muestra que 44 (16.48%) presentaron ideación suicida y de estos 4 (9.09%) tuvieron planeación suicida.

Gráfica 4. Conducta suicida en los adolescentes derechohabientes del H.G.R. con medicina familiar No.1 Cuernavaca, Morelos.



Fuente: escala de ideación suicida de Beck

Tabla 3. Severidad de la intencionalidad suicida en los adolescentes con conducta suicida del H.G.R. con Unidad de Medicina Familiar No.1, IMSS Cuernavaca Morelos. n = 44

Pregunta	Características	n (%)
6.- ¿Qué tanto tiempo piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?	0.- Breves, periodos pasajeros	28 (63.64%)
	1.- Periodos largos	15 (34.09%)
	2.- Continuos (crónicos) casi continuos	1 (2.27%)
7.- ¿Qué tanto seguido piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?	0.- Rara (ocasionalmente)	27 (61.36%)
	1.- Intermitente	13 (29.55%)
	2.- Persistentes y continuos	4 (9.09%)
8.- Cuando tienes esos pensamientos ¿Qué haces con ellos?	0.- Rechazo	24 (54.55%)
	1.- Indiferente	15 (34.09%)
	2.- Aceptación	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 (38.64%) 4 (9.09%)
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	27 (61.36%) 13 (29.55%) 4 (9.09%)
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	19 (43.18%) 22 (50.00%) 3 (6.82%)
15.- ¿Has pensado en las consecuencias que tendría en que acabarás con tu vida?	0.- No 1.- Sin seguridad, sin claridad 2.- Si	31 (70.45%) 9 (20.45%) 4 (9.09%)
16.- Últimamente, ¿has preparado y planeado como quitarte la vida?	0.- Ninguna 1.-Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos 2.- Completa	32 (72.73%) 12 (27.27%) 0 (0%)
17.- ¿Has planeado escribir o enviar una Nota suicida?	0.- Ninguna 1.- Sólo pensada, iniciada, sin terminar 2.- Escrita, terminada	36 (81.82%) 8 (18.18%) 0 (0%)
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	37 (84.09%) 7 (15.91%) 0 (0%)
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	31 (70.45%) 8 (18.18%) 5 (11.36%)

Fuente: escala de ideación suicida de Beck

Relación entre la funcionalidad familiar y la conducta suicida en los adolescentes

La tabla 4 muestra que entre aquellos adolescentes que presentaron ideación suicida el 20% pertenecían a familias funcionales, 48% a familias con disfunción leve y 32% a familias con disfunción severa. Entre aquellos adolescentes que no presentaron ideación suicida el 17% manifestaron adecuada funcionalidad familiar, 55% disfunción familiar leve y 28% disfuncionalidad familiar severa. Esta relación no fue estadísticamente significativa ($p=0.640$).

Tabla 4. Funcionalidad familiar e ideación suicida en los adolescentes del H.G.R. con Unidad de Medicina Familiar No.1, IMSS Cuernavaca Morelos.

n=267

Variable	Funcional	Disfunción leve	Disfunción severa
Sin ideación	39 17%	122 55%	62 28%
Con ideación	9 20%	21 48%	14 32%

Fuente: escala de ideación suicida de Beck y cuestionario FACES III

Chi2 $p = 0.640$

Correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (funcionalidad familiar) y la severidad de intencionalidad suicida de los adolescentes del HGR c/MF No. 1 IMSS

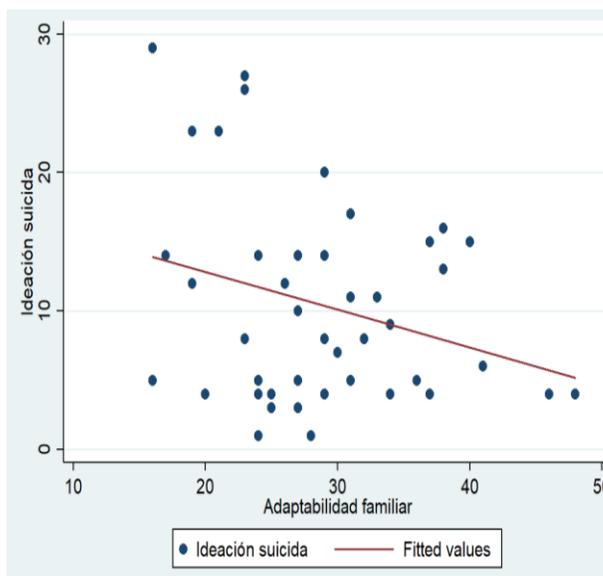
La tabla 5 y la gráfica 5. Se muestra un análisis de correlación entre la severidad de la suicida con la adaptabilidad familiar estimando una leve correlación negativa ($Rho - 0.1583$) estadísticamente no significativa ($p = 0.304$). A su vez, en la misma tabla 5 y gráfica 6 se muestra la correlación entre la severidad de la ideación suicida con la cohesión familiar estimando una moderada correlación negativa ($Rho -0.4021$), estadísticamente significativa ($p = 0.006$).

Tabla 5 Análisis de correlación de la severidad de la intensionalidad suicida con cohesión y la adaptabilidad familiar en los adolescentes

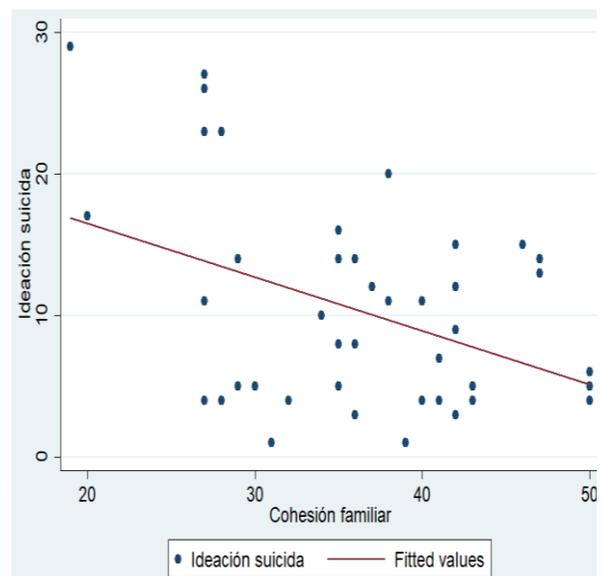
n = 44

Variable	Rho de Spearman	Valor p
Adaptabilidad familiar	-0.1583	0.304
Cohesión familiar	-0.4021	0.006

Gráfica 5. Correlación entre ideación suicida y adaptabilidad familiar



Gráfica 6. Correlación entre ideación suicida y cohesión familiar



10. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la existencia de relación entre funcionalidad familiar (adaptabilidad y cohesión familiar) y la conducta suicida en adolescentes. Nuestros resultados muestran que la funcionalidad familiar no tuvo relación con la ideación suicida. Sin embargo, al analizar los componentes familiares por dimensiones; se pudo observar una moderada correlación negativa estadísticamente significativa entre la cohesión familiar y la intencionalidad suicida en los adolescentes. Por otro lado, aunque también se encontró una leve correlación negativa con la adaptabilidad, esta no fue estadísticamente significativa. Estos resultados son consistentes con Pavéz y cols.(38), en adolescentes en Chile de 15-19 años, donde no encontraron relación el intento suicida con la funcionalidad familiar y también Quitl Meléndez y cols. (30), obtuvo como resultado principal, en su estudio realizado en población mexicana de 17 a 40 años, que no hubo relación entre la funcionalidad familiar y la ideación suicida. Los hallazgos reportados por nuestro estudio y otros autores son contrarios a los resultados reportados por Larraguibel M y cols.(39), en adolescentes de 12 a 19 años en Santiago de Chile, concluyendo que las conductas suicidas se asocian con las dinámicas familiares disfuncionales y estas contribuyen a aumentar el riesgo suicida en los adolescentes. Así como, Burgos GV y cols. (37), que encontraron una correlación negativa entre funcionamiento familiar y el riesgo suicida. Aunque los resultados que obtuvimos en este estudio no fueron estadísticamente significativos coincidimos con la conceptualización de que la familia es la principal red de apoyo para el adolescente mexicano, en la cual establece su desarrollo físico y emocional a través de las vivencias al interior de la familia y por tanto los problemas familiares son considerados como la principal causa del desarrollo de problemas de salud mental, como las conductas suicidas. Con relación a esto Reyes y Roldan (40), sostienen que las familias de los adolescentes que presentan algún grado de conducta suicida, presentan falta de unidad física y emocional y otras

alteraciones como disciplina dura o incoherente, así como una supervisión inefectiva con falta de límites para los adolescentes.

Como se mencionó anteriormente no hubo correlación entre la severidad de la ideación suicida con la adaptabilidad familiar. Sin embargo, a pesar de ello esta relación tiene implicaciones clínicamente relevantes debido a que teóricamente la adaptabilidad en el ámbito familiar donde los adolescentes se desenvuelven influye directamente sobre la salud mental, el desarrollo de pensamientos y demás tipos de conducta suicida. Esto debido a que al presentar una adecuada adaptabilidad los jóvenes habitualmente perciben una disciplina intrafamiliar pocas veces severa, pero al mismo tiempo autoritaria con un liderazgo por parte de los padres que, aunque a veces es autoritario, puede en su momento ser flexible e igualitario entre los miembros de la familia, lo que podría empoderar al adolescente a ser responsable de sus propios actos y decisiones que le condicionan una estabilidad emocional y familiar. Otro aspecto importante fue la correlación negativa con la cohesión familiar y la intencionalidad suicida lo que tiene importantes implicaciones clínicas debido a que representa la cercanía emocional que perciben los adolescentes por parte de su familia, además de que el involucramiento e interacciones afectivas entre los miembros de la familia permite una adecuada salud mental en el adolescente. Estos resultados contrastantes en los estudios previos podrían estar explicados potencialmente por las diferencias metodológicas empleadas desde el diseño de los estudios (transversales vs casos y controles), análisis de las principales variables de interés; por un lado, la funcionalidad familiar en algunos estudios se estudió únicamente en categorías y en otros estudios se analizó la variable en su forma original con puntaje cuantitativo discreto realizado un abordaje de correlación. Además del tipo de instrumentos utilizados para recolectar las variables de interés en algunos casos se utilizó para la funcionalidad familiar el cuestionario de APGAR y en otros el FACES III los cuales difieren en su confiabilidad. Por su parte, el cuestionario de ISSB para la medición de la variable de conducta suicida solo fue utilizado por algunos autores lo que podría dar prevalencias y

relaciones contrastantes para nuestro estudio y por último, los tipos de población estudiada (Cuba, Argentina, Chile y México).

Otro de los objetivos específicos de este estudio fue caracterizar a los participantes mediante condiciones sociodemográficas. Se encontró que en la población estudiada las características que predominaron fueron: sexo mujer, edad de 13 años, demografía urbana, estudiantes de secundaria, solteros y sin hijos y viviendo con ambos padres. Similar con otros autores (30,33). Aunque no fue objetivo de este estudio analizar estratificadamente por sexo la relación con ideación suicida se tiene como antecedente que este tipo de conductas es más frecuente en las mujeres, aunque con mayor letalidad los hombres como lo mencionan las conclusiones de Larraguibel M y cols. (39). En relación a las características de los hábitos de vida no referidos por los adolescentes en este estudio, la frecuencia del consumo de tabaco, consumo de alcohol y otras drogas fueron menores, con respecto a las prevalencias reportadas en la ENCODAT 2016-2017. Esto debido al sesgo de información al no utilizar algún cuestionario validado para su medición (13).

Por otro lado, una de las características clínicas más importantes para el desarrollo de conducta suicidas se encuentra la depresión. En este estudio encontramos una prevalencia de síntomas depresivos (leves, moderados y severos) en su conjunto de 26%. Similar a la reportada por Leyva-Jiménez y cols. en adolescentes mexicanos con una frecuencia de 29.8 % utilizando una encuesta similar de auto-aplicación (41). Esto es relevante considerando que el problema de la prevención del suicidio en los adolescentes podría iniciar con programas preventivos dirigidos a la salud mental.

Por último, la prevalencia de ideación suicida fue 16% cifra mayor a la reportada por la ENCODAT 2016-2017 que fue 2.3%, planeación suicida 0.8% e intento suicida de 0.7% en personas de 12 a 65 años de edad (13). Esto muy posiblemente por el tipo de instrumento utilizado (escala de ideación suicida de Beck vs la escala de suicidalidad de Okasha, respectivamente). Por otro lado, la temporalidad de la pregunta de investigación (“¿Ha presentado algún tipo de conducta suicida en los

últimos 12 meses? vs ¿Al largo de su vida, ha presentado al gun tipo de conducta suicida?, respectivamente) (27).

Limitaciones del estudio. Nos enfrentaremos a diferentes limitaciones propias de los diseños transversales. Entre la más considerable el nivel de relación causal es débil. Por lo que se propone realizar estudios longitudinales que evalúen esta asociación con mayor validez. Además de considerar otros factores estresores en los adolescentes, redes de apoyo y otros aspectos de la personalidad que potencialmente podrían modificar esta relación. Además de potenciales sesgos: generados por los participantes: el no contestar realmente lo que pensaba por temor a ser exhibido, entrevistadores: al realizar muestreo por conveniencia y elegir únicamente a lo que estuvieron más dispuestos a participar con potencial sesgo de selección y por último, al utilizar el instrumento FACES III que no mide directamente funcionalidad familiar sino únicamente a través de sus dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad se infiere el tipo de funcionalidad familiar, lo que representa tener una medición subjetiva de la funcionalidad. Los resultados de este estudio no pueden ser extrapolados a los adolescentes en su totalidad debido al potencial sesgo de selección por la forma de muestreo (no probabilístico a conveniencia) y selección de participantes en un área específica del hospital. **Fortaleza del estudio.** Los instrumentos de medición utilizados fueron validados en adolescentes mexicanos. Recolección de datos por personal capacitado y estandarizado para su ejecución. Tamaño de muestra calculado y adecuado para establecer realciones significativas con una seguridad del 95% de confianza y un a precisión de 6%.

11. Conclusiones

En el presente estudio no se encontró relación entre la funcionalidad familiar y la ideación suicida. Aunque al analizar cada una de las dimensiones que componen la funcionalidad familiar, se observó correlación negativa entre la intencionalidad de severidad con el nivel de cohesión familiar y la adaptabilidad familiar, aunque esta última no tuvo significancia estadística. La frecuencia de disfuncionalidad familiar entre aquellos adolescentes que presentaron ideación suicida fue 54% leve y 29%severa.

Esto cobra relevancia debido a que la funcionalidad familiar juega un papel importante para un desarrollo mental adecuado en los adolescentes, y esto a su vez nos ayuda a que tengan una salud mental adecuada en la adultez. Nuestros resultados podrían ayudar a sustentar programas preventivos en primer nivel de atención, enfocados en la salud mental en adolescentes, con énfasis en actividades sobre grupos específicos de riesgo como son adolescentes. Proponiendo que se sensibilice a los médicos de primer contacto y personal de salud en temas de salud mental, así como en detectar algún grado de disfunción familiar, para poder lograr una detección oportuna y atención multidisciplinaria de estos pacientes, y lograr controlar este tipo de conductas suicidas, antes de llegar al intento o al suicidio mismo.

Por otro lado, las prevalencias de ideación suicida y síntomas depresivos en los adolescentes fueron muy cercanas las reportadas por otros estudios realizados en México. Lo que indica que en nuestro medio la salud mental en este grupo etario representa un problema de salud pública lo cual nos obliga a implementar medidas para su contención. Consideramos que en el primer nivel de atención se debe dar capacitación de los médicos de primer contacto para la detección oportuna de estos dos problemas mentales, ya que por la naturaleza de las manifestaciones que muchas veces son sutiles e interiorizadas por el mismo adolescente, lo que dificulta su diagnóstico. Así mismo el estigma social que representan estos problemas de salud. Por tanto, el personal de salud debe estar familiarizado con estas herramientas de tamizaje para un diagnóstico oportuno y así evitar desenlaces letales.

12. Referencias bibliográficas

1. OMS. Salud para los adolescentes del mundo. [Internet] 2014;1:20. Available from: www.who.int/adolescent/second-decade
2. Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatria*. 2012; 75(1):19-28.
3. Pacheco B, Peralta P. Conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *Rev ciencias médicas* 2015; 40(1):47-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v40i1.38>
4. Brausch AM, Muelhlenkamp J. Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body image* 2007. (4):207-217.
5. Álvarez M, Atienza G, Cañedo C, et al. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida del Sistema Nacional de Salud 2012.
6. Cuesta-Revé D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Rev Mex Pediatría*. 2017;84(2):72–77.
7. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. 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>
9. Martín A, González C, Bustamente J. El suicidio en los adolescentes. *Revista del Hospital General de México*. 2013; 76(4):200-209.
10. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas [Internet]. 2014. 92p. Available from: http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224

11. Ventura R, Carvajal C, Undurraga S, et al. Prevalencia de ideación suicida en adolescentes de la Región metropolitana de Santiago de Chile. *Rev. Med. Chile.* 2010; 138:309-315.
12. Borges G, Orozco R, Benjet C, et al. Suicidio y conductas Suicidas en México; Retrospectiva y situación actual. *Salud pública México.* 2010; 52(4):292-304.
13. Borges D, Orozco R, Villatoro J, et al. Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. *Salud pública de México.* 2019; 61 (1): 6-15.
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Datos nacionales. 2016; 2006:1–13. Available from: <http://www.idsn.gov.co/index.php/noticias/2148-10-de-septiembre-dia-nacional-y-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio>
15. Toro R, Grajales F, Sarmiento J. Riesgo suicida según la triada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan Colombia.* 2016;16(4):473-486. Doi:10.5294/aquí.2016.16.4.6
16. Sandoval De Ecurdia JM. La Salud Mental en México. Servicio de Investigación y Análisis La Salud Mental. División de Política Social.
17. Gutiérrez A, Contreras C. El suicidio y algunos correlatos neurobiológicos. *Salud mental.* 2008; 31(4):321-330.
18. Organización Mundial de la Salud 2014. Prevención del delito. Un imperativo global. Resumen ejecutivo. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1
19. Medina Cano, Fernanda L, Gallardo S. Adolescents Factores Psicosociales Asociados a La Conducta Suicida En Adolescentes. 2017;25(1).
20. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb. JA. Sinopsis de psiquiatría, ciencias de la conducta psiquiatría clínica. Editorial medica panamericana. 2010; (7): 277-290.
21. Membrillo A, Fernández MA, Quiroz JR, et al. Familia, introducción al estudio de sus elementos. *México ETM.* 2008 (1):35-37.

22. Irigoyen A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. Medicina mexicana. Segunda edición. México 14-28.
23. Huerta González JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México. 2005: 1: 12-13.
24. Eguilluz LL, Ayala M. Relación entre idea suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. Psicología Iberoamericana. México 2014;22(2):72-80. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134009>
25. Ponce ER, Gómez FJ, Irigoyen AE, et al. Validez del constructo del cuestionario FACES III en español (México). Rev. Aten. Primaria. 2002;30(10):624-630.
26. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos de medicina familiar (Internet). 2005;7(1):15-19. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712789003>
27. Muñoz J, Pinto V, Catalla H, et al. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. Rev Med salud pública. 2006; 23(4):239-246.
28. Sánchez JC, Musitu G, Villarreal ME, et al. Suicidal ideation among adolescents: A psychosocial analysis. Colegio oficial de psicólogos de Madrid, Rev intervención psicosocial. 2010; 19(3):279-287. DOI:10.5093/in2010v19n3a8
29. Cortes A, Aguilar J, Suárez R, et al. Risk factors associated with the suicide attempt and the criterion on it happened in the adolescents. Rev Cubana de medicina Integral. 2011; 27(1):33-41.
30. Quitl MM, Nava A. Ideación suicida y su relación con el funcionamiento familiar en jóvenes Universitarios Tlaxcaltecas. Acta Universitaria. 2015; 25(2):70-74. Doi:10.15174/au.2015871
31. Ceballos G, Suárez Y, Suescún J, et al. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Martha. Rev Duazary. Colombia. 2015; 12(1):15-22.
32. Pérez B, Rivera L, Atienzo EE, et al. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la república mexicana. Salud pública de México. 2010; 52 (4): 324-333.

33. López Noa J, Miranda Vázquez M. Risk factors of suicide of attempt in adolescents. *Medisan*. 2010;14 (3):353-358.
34. Martínez A, Iraurgi I, Galíndez E, et al. Family adaptability and cohesion evaluation scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of clinical and Health Psychology*. 2006; 6(2):317-338. ISSN 1697-2600.
35. Córdova M, Rosales JC. Confiabilidad y validez de Constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. *México*. 2012; 16(26):16-25.
36. González S, Díaz A, Ortiz S, et al. Escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes Universitarios de la Ciudad de México. *Rev salud mental*. 2000; 23(2):21-30.
37. Burgos GV, Narváez NN, Bustamente PS, et al. Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina. *Acta de investigación psicológica*. 2017; 7:2802-2810.
38. Pavez P, Santander N, Carranza J, et al. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev med Chile*. 2009;137:226-233.
39. Larraguibel M, González M, Martínez V, et al. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev. Chilena pediátrica*. 2000;7 (3): 126-134.
40. Reyes GW, Roldán AP. Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Rev Cubana Medicina General integral*. 2001;17(2):155-63.
41. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, et al. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev. Med. Inst. Seg, Soc*. 2007; 45(30):225-232.

ANEXOS

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:	FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL H. G. R. CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS, CUERNAVACA MORELOS.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Cuernavaca, Morelos a del Mes de del año
Número de registro:	SIRELCIS R-2018-2103-019
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 según la Organización de las Naciones Unidas. Siendo la adolescencia la etapa de mayor vulnerabilidad emocional, donde es importante la adecuada funcionalidad familiar que se pueda tener en dicha etapa de la vida, para tener un desarrollo intelectual y social adecuado.</p> <p>Por lo que es importante detectar la conducta suicida en relación a los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la relación de la funcionalidad familiar y la conducta suicida entre los adolescentes derechohabientes del H. G. R. con Medicina Familiar No. 1 Cuernavaca, Morelos.
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario sociodemográficos, instrumento de ideación suicida de Beck para medir la ideación suicida en los adolescentes y el cuestionario FACES III para determinar la funcionalidad familiar, a los adolescentes de 12 a 17 años de la consulta externa del H.G.R. con U.M.F. No.1 de IMSS, 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 detectar algún riesgo de conducta suicida se solicitara apoyo al tutor responsable para iniciar un manejo integral para el tratamiento incluyendo su envío a segundo nivel de atención, con médico especialista.
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:	Participarán 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):

Beneficios al término del estudio:

Siempre que el participante así lo desee.

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 Zuleyma Mendieta Avila, adscripción del Hospital Gral. Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos, tel. 735 183 79 29 correo electrónico: zule313@yahoo.com.mx

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

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

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:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL H. G. R.
CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS, 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 contestes unas breves preguntas sobre datos personales en base a un cuestionario y una escala para determinar si existe en ti, 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:

1. Sexo: M
F

2. Edad en años:

3. Escolaridad: 0: Ninguna
1: Primaria
2: Secundaria
3: Nivel Medio
4: Otro Especifique: _____

4. Último Promedio: 0: < 7
1: 7-8
2: 9
3: 10

5. Ocupación: 0: Estudiante
1: Empleado
2: Ambas

6. ¿Tienes relaciones sexuales?:
0: Si
1: No

7. Estado Civil: 0: Soltero
1: Casado
2: Unión Libre
3: Otro Especifique:

8. ¿Tienes Hijos?:
0: No
1: Si
Cuántos:

9. Religión: 0: Ninguna
1: católica
2: Testigo de Jehová
3: cristiano
4: Otro Especifique:

10. Tabaquismo: 0: No
1: Si

11. Consumo de Alcohol: 0: No
1: Si

En caso de ser si, ¿Cuántos cigarrillos al mes?:

12. Otras Drogas: 0: No
1: Marihuana
2: Cocaína
3: Inhalado
4: Otro Especifique:

13. ¿Cursas alguna enfermedad con la que tomes algún medicamento?:

0: Ninguna
1: Asma
2: Diabetes
3: Enfermedades del Corazón
4: Otra Especifique:



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:		
14. ¿Con quién vives?: 0: Papá 1: Mamá 2: Papá y Mamá 3: Hermana y/o Hermano 4: Abuelo y/o Abuela 5: Amigo (s) 6: Otro		15. ¿En qué trabaja tu papá?:
16. ¿Quién es el jefe de familia?: 0: Papá 1: Mamá 2: Ambos 3: Otros		17. ¿Quién aporta principalmente el dinero en tu casa?
18. ¿En tu casa quiénes trabajan?		19. ¿En tu casa quién da los permisos para salir?
20. ¿En tu casa quién es la persona encargada de los deberes y juntas de la escuela?		21. ¿Tienes agua potable en casa? 0: No 1: Si
22. ¿Tienes Drenaje? 0: No 1: Si		23. ¿Tienes alumbrado público? 0: No 1: Si
24. ¿Hay transporte público hasta tu casa? 0: No 1: Si		25. ¿Hay camión recolector de basura y acude regularmente a tu domicilio? 0: No 1: Si
26. ¿Hay vigilancia en el lugar dónde vives? 0: No 1: Si		!!!GRACIAS!!!



Anexo 4. Cuestionario FACES III

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

CUERNAVACA MORELOS

NOMBRE _____ EDAD _____ FOLIO: _____

INSTRUCCIONES. Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

SITUACION	1.Nunca	2. Casi Nunca	3. Algunas Veces	4. Casi Siempre	5. Siempre
1. Los miembros de la familia se dan apoyo entre si					
2.En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3.Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4.Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5.Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6.Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7.Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia					
8.Nuestra familia cambia el modo de hacer d sus cosas					
9. Nos gusta pasar el tiempo libre con la familia					

10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11. Nos sentimos muy unidos					
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente					
14. En nuestra familia las reglas cambian					
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17. Consultamos unos con otros para toma de las decisiones					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19. La unión familiar es muy importante					
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

Anexo 5. 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 5. 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 6.-Escala de depresion de Beck

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

NOMBRE. - _____

EDAD. - _____

FECHA. - _____

FOLIO. - _____

INSTRUCCIONES: señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2 .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo 7

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL H. G. R. CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 DEL IMSS, CUERNAVACA MORELOS

Actividades	Febrero Marzo 2017	Abril Mayo 2017	Junio/ Julio 2017	Agosto/ Septiem e 2017	Octubre Noviembre 2017	Diciembre Enero 2017- 2018	Febrero Marzo Abril 2018	Mayo, Junio Julio 2018	Agosto Septiembre Octubre 2018	Noviembre Diciembre 2018	Enero Febrero 2019
Búsqueda bibliográfica											
Elaboración del protocolo											
Presentación y autorización del proyecto por el CLIES											
Recolección de datos											
Análisis y escritura de la base de datos											
Discusión											
Conclusiones del estudio											

Actividades realizadas	
Actividades por realizar	

ANEXO 8

Cuadro. Clasificación familiar FACES III

Cohesión/ Adaptabilidad	No relacionada o dispersa 10-34	Semirelacionada o separada 35-40	Relacionada o Conectada 41- 45	Aglutinada 46-50
Caótica 29-50	Caóticamente no relacionada	Caóticamente semirelacionada	Caóticamente Relacionada	Caóticamente Aglutinada
Flexible 25-28	Flexiblemente no relacionada	Flexiblemente semirelacionada	Flexiblemente Relacionada	Flexiblemente Aglutinada
Estructurada 20-24	Estructuralmente No Relacionada	Estructuralmente semirelacionada	Estructuralmente Relacionada	Estructuralmente Aglutinada
Rígida 10-19	Rígidamente No Relacionada	Rígidamente Semirelacionada	Rígidamente Relacionada	Rígidamente Aglutinada

Familias Extremas (Disfunción Grave)

Familias En Rango Medio (Disfunción Leve)

Familias Balanceadas (Funcionales)