



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

**PROBLEMAS FAMILIARES Y AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON Y SIN
IDEACIÓN SUICIDA DE 10 A 19 AÑOS DE LA UMF NO. 20**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:
DRA. ITZEL RIVERA HERNÁNDEZ**

**TUTORA:
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

GENERACIÓN 2014-2017

CIUDAD DE MÉXICO 2016





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.

TUTORA:

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR EN LA UMF NO. 20**

VO. BO.

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR
EN LA UMF No. 20**

VO. BO.

**DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No. 20**

DEDICATORIA

A Dios:

Por darme la oportunidad de vivir, por guiarme para elegir siempre el mejor camino, por permitirme cumplir una meta más en mi formación profesional y por regalarme una familia maravillosa.

A mi familia:

Mamá y papá por los valores inculcados que me han permitido ser una persona de bien, por su inmenso amor, por creer siempre en mí, por su valor mostrado para salir adelante; hermanita porque has estado conmigo en todo momento, por siempre tener una palabra de aliento y amor para mí, y por tu ejemplo de perseverancia que te caracteriza. Los amo infinitamente.

A mi esposo:

Por todo ese amor que siempre me has demostrado, por tu enorme apoyo, comprensión, paciencia, quien me alentó para continuar cuando parecía que me iba a rendir, recuerda que este logro es para los dos. Te amo con todo mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

A dios, a mis padres, a mi hermana y a mi esposo por su apoyo incondicional, por su amor infinito y por impulsarme a seguir cada día, sin ustedes no hubiera sido posible la conclusión de esta residencia.

A mis tutoras:

Gracias, Dra. Carmen y Dra. Santa que nunca desistieron de enseñarme, que depositaron sus esperanzas en mí, compartiendo su enorme conocimiento no solo profesional si no sus experiencias de vida , tratando de hacerme una mejor persona y un médico familiar capaz y sobresaliente. Agradezco igualmente su apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis.

A todos los médicos que de una u otra forma me dieron enseñanza ya sea en las rotaciones, en las guardias o en las aulas, por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, espero poder aprovecharla al máximo.

A mis amigos de residencia que nadie más que ustedes sabe el esfuerzo que realizamos para poder alcanzar esta meta, con los cuales compartimos momentos de felicidad, de enojo, de tensión y que me ayudaron hacer más llevadera esta etapa de mi vida profesional. Los felicito a todos por este inigualable logro, deseándoles lo mejor en su recorrido por la vida esperando volvernos a encontrar.

A la institución por la posibilidad que me dio de crecer profesionalmente a la que espero poder seguir representando dignamente.

Espero poder usar toda esta formación para actuar de manera ética y correcta ser una mejor persona y un mejor médico y hacer de la salud de mis pacientes la primera de mis preocupaciones.

ÍNDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	18
HIPÓTESIS.....	19
SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.....	19
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	23
FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS	28
RESULTADOS.....	32
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES	45
COMENTARIO Y RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS.....	53

RESUMEN

PROBLEMAS FAMILIARES Y AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON Y SIN IDEACIÓN SUICIDA DE 10 A 19 AÑOS DERECHOHABIENTES DE LA UMF NO. 20

Rivera Hernández Itzel¹; Aguirre Garcia Maria del Carmen²

1. Residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20.
2. Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 20

INTRODUCCIÓN: Durante la adolescencia, se presentan cambios que producen ansiedad y depresión que pueden llegar a una tentativa de suicidio las cuales nos sugieren una crisis emocional o perturbación por un desacuerdo social. **OBJETIVO:** determinar los problemas familiares y el auto concepto en adolescentes con y sin ideación suicida de 10 a 19 años derechohabientes de la UMF No. 20. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal analítico en adolescentes de 10 a 19 años con y sin idea suicida de la UMF 20, se identificaron variables sociodemográficas, problemas familiares (Espinosa-Gómez, 2006), estresores psicosociales (Homes-Rahe, 1967), intencionalidad suicida (Beck, Kovacs Y Weissman, 1979) y auto concepto de los adolescentes (Piers-Harris, 1964). Se utilizó estadística inferencial con OR, IC al 95% y χ^2 considerando significancia estadística cuando $p \leq 0.05$. **RESULTADOS:** Media de edad 17 años; femeninos en el 65.1%; solteras 95.9%; no tienen hijos 98.8% y pertenecen a una familia nuclear 65.1%. Se detectó ideación suicida en el 72%, la falta de auto concepto conductual se relaciona con la ideación suicida 46.4%(n=58) con una $p= 0.033$ y con ausencia de felicidad/satisfacción 40%(n=50) con una $p=0.01$. Los adolescentes que no presentan una percepción de comportamiento apropiada aumenta 2 veces el riesgo de tener ideación suicida con $p=0.026$, OR=2.308(1.089-4.891). Los adolescentes que son infelices presentan 3 veces más el riesgo de ideación suicida $p=0.008$, OR= 3.0(1.288-6.987). **CONCLUSIONES:** Los factores personales fueron los que se asociaron a la ideación suicida por lo que se sugiere que se refieran a pláticas sobre la autoestima y plan de vida impartidas en el programa JUVENIMSS.

Palabras claves: idea suicida, adolescentes, problemas familiares, auto concepto.

ABSTRACT

FAMILY PROBLEMS AND SELF-CONCEPT IN ADOLESCENTS WITH AND WITHOUT SUICIDAL IDEATION, AGED 10 TO 19 YEARS, RIGHT-HOLDERS OF UMF NO. 20

Rivera Hernández Itzel¹; Aguirre Garcia Maria del Carmen²

1. Resident of the specialization training program in Family Medicine UMF 20.
2. Professor of the specialization training program in Family Medicine UMF 20.

INTRODUCTION: During adolescence, changes occur which produce anxiety and depression that can give rise to a suicide attempt that suggest emotional crisis or distress for a social disagreement. **AIMS:** To identify family problems and self-concept in adolescents with and without suicidal ideation aged 10 to 19 years, right-holders of UMF No. 20. **MATERIALS AND METHODS:** Analytical cross-sectional study in adolescents aged 10 to 19 years with and without suicidal ideation from UMF 20, there were identified socio-demographic variables, family problems (Espinosa-Gomez, 2006), psychosocial stressors (Homes-Rahe, 1967), suicidal intention (Beck, identified Kovacs and Weissman, 1979) and self-concept of adolescents (Piers-Harris, 1964). Statistical inference was used with OR, CI at 95% and χ^2 considering statistical significance when $p \leq 0.05$. **RESULTS:** Mean age of 17 years; 65.1% female; 95.9% single; 98.8% without children and 65.1% belong to a nuclear family. Suicidal ideation was detected in 72%, lack of behavioral self-concept is related to suicidal ideation in 46.4% ($n = 58$) with $p = 0.033$ and to absence of happiness/satisfaction in 40% ($n = 50$) with a $p = 0.01$. In adolescents that don't present a perception of appropriate behavior, it increases 2 times the risk of suicidal ideation with $p = 0.026$, $OR = 2.308$ (1089-4891). Adolescents who are unhappy have 3 times the risk of suicidal ideation $p = 0.008$, $OR = 3.0$ (1288-6987). **CONCLUSIONS:** Personal factors were associated the most with suicidal ideation so it is suggested to refer adolescents to the talks on self-esteem and life planning given in the program JUVENIMSS.

Keywords: suicidal ideation, adolescents, family problems, self-concept.

**PROBLEMAS FAMILIARES Y AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON Y SIN
IDEACIÓN SUICIDA DE 10 A 19 AÑOS DE LA UMF NO. 20**

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo particularmente vulnerable en la vida de una persona, pues en ella se comienza a experimentar y a enfrentar situaciones que en ocasiones pueden ser de riesgo para el bienestar, la salud y la vida del individuo, en este sentido, las principales causas de muerte en los adolescentes de 15 a 19 años de edad en 2011 fueron las agresiones (24.2%), accidentes de transporte (16.1%) y las lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) con 8.6%, situación que manifiesta una preocupación, debido a que estas son muertes prematuras y prevenibles (1)

En 2011 se registraron 859 suicidios en adolescentes de 10 a 19 años, lo que representa una tasa de 7.7 muertes por cada 100 mil adolescentes. Como se mencionó anteriormente, el suicidio es un fenómeno que va en aumento y para los adolescentes no es la excepción, es así que en 1990 en hombres representó una tasa de 4 y en mujeres de 1.4 por cada 100 mil adolescentes, en tanto que para 2011 fue de 10.8 y 4.7 por 100 mil adolescentes, respectivamente (2).

La UMF como unidad de primer contacto se tuvo la oportunidad de identificar tempranamente la idea suicida en adolescentes ya que como mencionamos anteriormente es la tercera causa de muerte en este grupo. Valorando los factores que llevan a los adolescentes a la ideación suicida como es el auto concepto, los problemas familiares y otros estresores psicosociales, el objetivo de este protocolo fue captar a estos pacientes para disminuir la incidencia de la idea suicida y evitar que se llegue al acto consumado, haciendo énfasis que una familia con una adecuada funcionalidad es un factor muy importante para que los adolescentes tengan un adecuado auto concepto y por lo tanto una mejor adaptación al entorno social, se identificaron los cambios de comportamiento, la vulnerabilidad, depresión y distorsión cognitiva y que reciban una adecuada intervención de las redes de apoyo.

Esta identificación de adolescentes con idea y sin idea suicida, se realizó en la consulta de a manera de tamizaje para identificar si presentan o han presentado la ideación suicida, de que índole son los problemas familiares en ese momento, el auto concepto del adolescente y si cuentan con algunos otros estresores psicosociales que los orillen a presentar ideación suicida, para hacer una intervención y una derivación oportuna y adecuada.

MARCO TEÓRICO.

El suicidio ha acompañado la historia de la humanidad, presentándose a modo de componente de ritual de purificación, expiación o como elección ante las dificultades para adaptarse a ciertas coyunturas socioculturales. En los primeros siglos del cristianismo el suicidio fue aceptado, sin embargo San Agustín (354–430 D.C) eliminó la tradición al considerarla una acción contra la ley natural es decir, un pecado contra de la ley de Dios.

El estudio de la ideación suicida en adolescentes tiene una referencia básica en la antigua Grecia, cuando Plutarco llevó a cabo un estudio sobre los suicidios entre los siglos IV y III A. de C. llegando a la conclusión que había una frecuencia elevada de tentativas de suicidio y suicidios consumados en muchos de los adolescentes griegos. La historia del suicidio ha tenido connotaciones diversas, en Oriente, se consideraba un acto elogiado ligado a condiciones rituales-religiosas, como por ejemplo el Seppuku o Hara-kiri, ritual japonés de suicidio en la cultura Samurai y el suicidio masivo de discípulos de Confucio tras haberse quemado sus libros sagrados. Uno de los aspectos que preocupa de la connotación religiosa del suicidio como acto personal o colectivo son “los efectos de la influencia social de ciertos líderes religiosos con personalidad mesiánica, cuya actividad prestidigitadora seduce a muchos adultos y adolescentes, a menudo dependientes, inseguros y/o con rasgos depresivos, que encuentran en la palabra del líder religioso una vía de canalización y escapatoria ante su angustia existencial. (3)

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos. La OMS afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, teniendo un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP).

El suicidio puede entenderse como un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción compleja de factores biopsicosociales, cuyo crecimiento exponencial preocupa a los gobiernos y familias del mundo, su gravedad es tal que “en el mundo se suicidan dos personas por minuto y se calcula que un millón de personas muere por esta causa, lo que representa una mortalidad anual de 14,5 personas por cada 100.000 habitantes”. (2)

Los suicidios se han convertido en un problema de salud pública en México, de acuerdo con las estadísticas de mortalidad, durante 2011 en el país se registraron 5 mil 718 suicidios de los cuales 80.8% fueron consumados por hombres y 19.2% correspondió a mujeres, lo que significa que ocurren cuatro suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer. En lo que se refiere a su evolución, es posible advertir que la tasa de suicidios presenta una tendencia creciente, pues de 1990 a 2011 para la población en general la tasa se duplicó al pasar de 2.2 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Por sexo, en 2011 la tasa de mortalidad de esta causa fue de 8.2 por cada 100 mil hombres y de 1.9 suicidios por cada 100 mil mujeres.

El comportamiento de los suicidios por entidad federativa muestra que en 2011 existen dos entidades que casi duplican la tasa nacional (Campeche y Yucatán con 9.5 y 9.3 por cada 100 mil habitantes, respectivamente). En tanto que Guerrero presenta la tasa más baja con 2.6 suicidios por cada 100 mil habitantes, hay entidades como el Distrito Federal, Tabasco, Yucatán y Guanajuato presentan tasas mayores a 11 defunciones por cada 100 mil adolescentes, mientras que en el extremo contrario Baja California Sur, Nuevo León y Tamaulipas son entidades que presentan las menores tasas que oscilan de 1.6 a 3.1 suicidios por cada 100 mil adolescentes de 15 a 19 años.

El suicidio en los adolescentes de 15 a 19 años, figura como la tercera causa de muerte.

De los hombres adolescentes que cometieron suicidio 11.8% se encontraban en unión libre, en las mujeres esta condición se presenta en 12.7 por ciento.

De acuerdo con el nivel de instrucción que tenían las personas que consumaron el suicidio, el mayor porcentaje correspondió a los que contaban con estudios de secundaria completa (24.3%), en tanto que por sexo, se observa que tres de cada diez (28%) mujeres que consumaron el suicidio contaba con estudios de nivel medio

superior o superior (bachillerato o profesional), mientras que en los hombres dos de cada diez (17.7%) se encontraban en la misma situación.

Las principales causas de muerte en los adolescentes de 15 a 19 años de edad en 2011 fueron las agresiones (24.2%), accidentes de transporte (16.1%) y las lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) con 8.6%, situación que manifiesta una preocupación, debido a que estas son muertes prematuras y prevenibles.

En 2011 se registraron 859 suicidios en adolescentes de 15 a 19 años, lo que representa una tasa de 7.7 muertes por cada 100 mil adolescentes.

En 1990 en hombres representó una tasa de 4 y en mujeres de 1.4 por cada 100 mil adolescentes, en tanto que para 2011 fue de 10.8 y 4.7 por 100 mil adolescentes, respectivamente.

En lo que se refiere a la condición de ocupación, la información disponible permite identificar que de la población de 12 y más años de edad que cometió suicidio, 29.2% se encontraba sin trabajo, de ellos 56.4% eran hombres y 43.6% mujeres. El 23.9% trabajaban en actividades agrícolas, ganaderas, caza y pesca, 23.3% en la industria de la transformación y 19.3% en trabajos administrativos de nivel inferior.

Respecto a la situación conyugal de la población de 12 y más años que cometió suicidio, la proporción más alta corresponde a quienes estaban casados o unidos, 48% para hombres y 40.3% para mujeres, seguida por la de los solteros (43.8 y 50.3%, respectivamente).

Se considera **intento de suicida** toda acción auto infligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/o referido por el/la adolescente y/o referente/acompañante.

La **ideación suicida** se define como una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón y puede ser conceptuada como la primera fase de una conducta que termina con la vida, aunque se reconoce que el paso por una etapa no requiere haber pasado por las anteriores.

La ideación puede ser un antecedente del intento suicida, el cual, a su vez, es el principal predictor de futuros intentos, e incluso del suicidio consumado.

El **suicidio** es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial.

Los adolescentes transitan por un periodo de grandes cambios y transformación de las interacciones sociales lo cual incluye riesgos y beneficios para su salud mental y física. En muchos escenarios discursivos los adolescentes ven sometida su identidad, cuestionamientos y creatividad a pensamientos particulares y totalitarios, en los que se trata de someter la realidad a un ideal o concepción paranoide de la verdad, aspecto que choca con la tendencia del adolescente a romper los esquemas de sometimiento institucional.

Los adolescentes con bajos niveles de felicidad y perturbación emocional están más propensos a la ideación suicida, Respecto a las tasas de ideación suicida de acuerdo al sexo las mujeres presentan niveles mayores en relación a los hombres, pero son los hombres quienes en un porcentaje mayor llevan a cabo el acto suicida. (4)

Los factores salutogénicos como resiliencia, felicidad y patogénicos como ideación suicida afectan la calidad de vida infantil (CVI), que hace referencia a “la percepción del bienestar físico, psicológico y social del niño(a) y adolescente dentro de un contexto cultural específico de acuerdo a su desarrollo evolutivo y sus diferencias individuales” (4)

Durante la adolescencia, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión y que en ocasiones pueden llegar a una tentativa de suicidio. Esta idea plantea el problema de la depresión como vivencia existencial. La manipulación de la idea de la muerte en el joven suele ser frecuente y puede ser una llamada de auxilio, una forma de comunicar su descontento a los demás, es la pérdida de fe, esperanza. El adolescente comienza a cometer suicidio, mucho antes de llegar al acto suicida y mucho antes de vivir las causas detonantes. Todos los suicidios y los intentos suicidas hablan de una crisis emocional, de una perturbación, de un desacuerdo social.

Las tasas de suicidio se han incrementado principalmente de los 10 a los 15. Las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida, ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres.

La depresión, problemas conductuales, abuso de sustancias, uso de alcohol y/o drogas. Inasistencia a clase, otras conductas de riesgo como participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego y enfermedades de transmisión sexual.

Estos resultados nos señalan la importancia de estar atento a la posibilidad de intento de suicidio en adolescentes impulsivos o con conducta agresiva, que vienen de familia que evidencian bajos niveles de cohesión.

La ansiedad ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida en adultos. Estudios con adolescentes muestran resultados mixtos: algunos muestran que los intentos de suicidio, en comparación con otros pacientes psiquiátricos ambulatorios, exhiben mayores niveles de ansiedad (38% vs 22%), se encontró una asociación significativa entre trastornos ansiosos e intento de suicidio en hombres pero no en mujeres.

La situación de crisis económica mundial que vivimos en la actualidad está frustrando las expectativas profesionales y el deseo de emancipación de una juventud cada vez más preparada, lo que contribuye al incremento de un malestar psíquico generalizado. Los factores que los adolescentes ubican como causales de su intención suicida, son, la inestabilidad familiar por peleas o incomunicación, la pérdida de un ser querido, el aislamiento social y los sentimientos de soledad y de fracaso. Otros autores sitúan dicha problemática adolescente en función de los cambios propios de esta etapa evolutiva, o como el efecto de un debilitamiento cada vez mayor de los lazos sociales sufrido por los jóvenes.

Se ha encontrado una mayor ideación suicida en mujeres, fuerte asociación de depresión y autoestima con ideación suicida y relaciones de ideación con conflictos con los padres. Por otro lado, se han reportado relaciones de los estilos parentales con la autoestima y la depresión de los estilos parentales con la depresión y de la autoestima y la depresión con la ideación suicida.

Es importante recalcar que el intento suicida es uno de los predictores más importantes para el suicidio consumado.

El intento suicida abarca comportamientos como heridas infligidas en brazos, consumo de veneno o sustancias tóxicas las cuales no conducen a un resultado fatal, un intento suicida ocurre en condiciones de turbulencia emocional, con la intención de causarse

daño para influir en cambios de la condición actual, sin llegar a un daño fatal, como una forma de escape al estrés acumulado.

La suicidabilidad, se orienta a la noción del riesgo, el cual varía dependiendo del número y combinación de componentes que se presentan en cada caso. , el incremento del riesgo se denomina pirámide del suicidio. La pirámide del suicidio muestra que en el trayecto del pensamiento suicida al suicidio consumado una proporción importante de personas desiste o cambia su intención.

El proceso suicida es el desarrollo y progresión de la suicidabilidad. Este proceso se da en el interior del individuo suicida, y este es influenciado por la interacción con el medio, la presencia de la vulnerabilidad persistente y subyacente , constituida por características biológicas y psicológicas que potencian el efecto de estresores específicos, este proceso se identifican aspectos observables y no observables.

El umbral de manifestación de la suicidabilidad , los componentes no observables son difícilmente identificables , aun para el suicida, existen componentes conscientes e inconscientes como son pensamientos, impulsos y planes, a medida que avanza el proceso suicida , la persona que comunica el umbral de manifestación de la suicidabilidad , esto permite identificar el avance del proceso suicida.

El acto suicida se produce sin aviso previo aparente, en donde las condiciones estresantes, en interacción con las condiciones de vulnerabilidad, dan lugar al acto. En casos donde se registra evidencia observable, con la comunicación de la idea suicida se implica un umbral menor de manifestación de la suicidabilidad, esto permite la identificación y la asistencia para prevenir el acto con el apoyo de redes sociales inmediatas, una mayor magnitud del umbral de manifestación de suicidabilidad implicara un mayor riesgo, implicara la imposibilidad de reconocer el avance del proceso suicida. Es decir que a menor posibilidad de expresión del proceso suicida, mayor riesgo de suicidio dada la imposibilidad de recibir atención y asistencia. El proceso puede comenzar a cualquier edad, generalmente durante la pubertad, el proceso suicida una duración promedio 37 meses, con un comienzo en la edad de 20 años, la duración del proceso en los hombres es más corto de 31 meses y en las mujeres de 52 meses, esto coincide con que los hombres son más introvertidos que las mujeres y comunican menos la ideación suicida que las mujeres.

El concepto de proceso suicida nos permite identificar la presencia y el avance de la suicidabilidad, es importante registrar la suicidabilidad antes de que se manifieste en forma observable, ya que podría ser fatal.

El síndrome pre suicida cuenta con tres fases; la primera fase donde se identifica el aislamiento, estancamiento, pasividad, ausencia de ideas, falta de independencia, limitación de la acción como consecuencia de visualizar el mundo del lado negativo.

La segunda fase se caracteriza por agresión dirigida hacia sí mismo, en esta etapa se puede encontrar calma y serenidad interpretándose como mejoría y superación del problema.

La tercera fase se conoce como evasión de la realidad bajo la forma de fantasías, el soñar despierto, expresada como la posibilidad de cometer suicidio.

El origen del síndrome suicida no es dependiente de un padecimiento psiquiátrico si no de la predisposición o vulnerabilidad en interacción con factores estresantes, es decir la interacción entre factores de rasgo y factores de estado.

La identificación del proceso suicida a través de la ideación es por el registro de los aspectos observables en la suicidabilidad sea la ideación como el intento suicida y cambios en el comportamiento.

La idea suicida tiene 3 características generales:

- Estructura del pensamiento suicida
- Rigidez y construcción
- Percepción distorsionada del tiempo

La estructura del pensamiento suicida comprende 3 aspectos. El primero corresponde al razonamiento catalógico, un raciocinio basado en falacias lógicas como “todo el que se mata a si mismo recibe atención”.

La segunda es a organización semántica con estrategias cognitivas dirigidas a la evitación de pensamiento asociado al temor de morir.

La tercera es un pensamiento dicotómico extremo, implica la polarización del pensamiento, percibir la información en totalidades, sin dar oportunidad a puntos medios.

La rigidez y construcción del pensamiento es la dificultad para aceptar cambios y nuevas opciones de conducta.

La percepción distorsionada del tiempo es la tendencia a “congelar el tiempo”, la incapacidad de incorporar el pasado y prever acciones para el futuro.

La ideación suicida se presenta asociada con otros factores como problemas en el sistema familiar, como baja cohesión y adaptabilidad, inseguridad en el cariño de padres a hijos, violencia de los padres, deficiente comunicación con el padre y la madre, falta de apoyo familiar y estrés vinculado a los problemas en las relaciones familiares, presencia de ideación suicida en los padres, bajas calificaciones y la percepción de un desempeño escolar regular malo, sintomatología depresiva, baja autoestima, altos niveles de impulsividad, historia de violación, estar sola más de 8 horas al día (5).

Investigaciones muestran que entre el 40% y 60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al acto suicida, lo que indica una deficiencia importante en la identificación de aquellos pacientes que tienen un riesgo mayor, tendencia visible en países cuyos servicios de Salud Mental no están adecuadamente desarrollados o no logran cubrir de forma efectiva la demanda asistencial de estas poblaciones.

ADOLESCENCIA

En base a la OMS la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, caracterizada en dos grupos adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. (6)

Según Valverde El primer período de la adolescencia, denominado *adolescencia temprana* y ubicado entre los 10 y los 13 años de edad, se caracteriza en términos generales, por un

crecimiento físico acelerado, cambios relacionados con el inicio de la aparición de las características sexuales secundarias (evidenciado en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales), aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón, cambios que no siempre ocurren de forma armónica por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, cambios incipientes en la relación con el padre, la madre y otras figuras adultas de autoridad. Se establece en los adolescentes, un aislamiento que les permite

explorar y asimilar poco a poco sus cambios (físicos y psicológicos), lo cual es fuente de angustia. La autoestima es una de las áreas más vulnerables de la persona.

La adolescencia media ubicada entre los 14 y los 16 años mayor integración del nuevo esquema corporal , mayor preocupación por su apariencia física; una transición hacia una forma de pensamiento más abstracta y simbólica; una mayor capacidad para reconocer limitaciones y potencialidades con capacidad para pensar en proyectos futuros, una mayor diferenciación respecto de los padres a quienes cuestiona en forma más abierta debido fundamentalmente a la consolidación de valores propios; intensifica vínculos sociales , mayor necesidad e importancia de las relaciones amistosas con los y las pares; el inicio de las primeras experiencias de sexualidad genital. La sexualidad es una de las áreas que cobra mayor relevancia.

En la *adolescencia tardía* entre los 17 y 19 años los jóvenes adquieren mayor independencia y estabilidad emocional producto del proceso de consolidación de su identidad. La conformación de un proyecto de vida es, por lo general, el área de mayor preocupación. (7)

La adolescencia se suele asociar con el inicio de las transformaciones biológicas y fisiológicas de la pubertad, también se producen cambios en las dimensiones psicológica y social. Dentro de la identidad total, la identidad sexual y la identidad de género son dos elementos de fundamental importancia en la personalidad de las y los sujetos. La identidad sexual debe entenderse como la parte de la identidad total del individuo que posibilita a cada persona reconocerse, asumirse y actuar como un ser sexual y sexuado. Este comportamiento sexual se encuentra determinado por factores de orden psicosexual y depende de los sistemas de restricciones, normas y expectativas del rol asignado en forma diferencial a los hombres y las mujeres, lo que nos lleva a la identidad de género, “forma en que la gente siente su individualidad como hombres y mujeres, incluyendo ambivalencia en sus propias percepciones”.

Para el adolescente todos estos cambios físicos, psicológicos y de resituación originados, demandan en él una serie de adaptaciones para enfrentar su acoplamiento social. Estas transformaciones influyen en sus conductas, en su forma de pensar y percibir los fenómenos y su vida misma, acompañándose de conflictos en la interacción del adolescente con su medio social

cultural, político y económico, mismos que alteran el equilibrio más o menos logrado en su condición de niño. Durante este proceso de crecimiento y maduración, experimentan sentimientos intensos de tensión, confusión e indecisión que le producen ansiedad y depresión. Una de las conductas más significativas en el adolescente es la tentativa de suicidio, por el contexto represivo que envuelve esta etapa. La tentativa de suicidio plantea el problema de la depresión como una vivencia existencial y como una verdadera crisis de la adolescencia.

Según se enfrentan estas tensiones y conflictos encontramos tres grupos de adolescentes: “los armoniosos calmos” que se van integrando sin conflictos mayores al mundo adulto, “de crecimiento tumultuoso” mostrando rasgos clásicos y un grupo “de mayores dificultades” que pueden tener manifestaciones de diferente gravedad, insatisfacción total, angustias y respuestas extremas con dogas, fugas y aún suicidio.

El final de la adolescencia se delimita con la integración social plena a través de la incorporación al mundo de trabajo y su progresión en la vida laboral. La adolescencia actual aparece como una categoría “alargada” que puede llegar hasta la tercera década de la vida gracias al concepto de juventud como grupo poblacional. Por lo que lograr una autonomía se ha convertido en una tarea cada vez más prolongada para el adolescente. La precocidad de muchas experiencias como el consumo de tabaco, alcohol y drogas, la iniciación sexual, la libertad de decisión, uso de tiempo libre constituyen conductas que anteriormente se daban en edades mayores.

Dentro de los contextos sociales que influyen sobre el adolescente, la familia es el elemento esencial, el espacio vital en el que se configura su subjetividad, en el cual el ámbito familiar actúa como soporte fundamental para su integración social, además de ser una fuente de identidad para el joven. Una de las particularidades del adolescente es ser una persona que reclama su autonomía e individualidad, pero que es todavía dependiente de su cuadro familiar, de la estructura de la familia y la personalidad de los padres. Esta situación tiende a formar según Minuchin y Fishman las “familias imbricadas” que se caracterizan por la sumisión del adolescente a la voluntad colectiva de la familia. Es por ello que dentro de la familia la cesión de autonomía y la demanda de responsabilidad son los ejes principales sobre los que se levantan tales discrepancias del área donde deben construirse nuevas reglas. La adolescencia de un

miembro de la familia es un proceso en el que participan todos, es una perturbación que afecta al sistema familiar, ya que

Transforma el conjunto de interacciones del grupo, originando un nuevo sistema de relaciones que demanda negociaciones y reajustes.

La inestabilidad del proceso adolescente aumenta con la inestabilidad del ambiente familiar y con el ambiente circundante, que son los que van a proveer los principales factores protectores del joven, en particular la familia y la escuela.

La familia tiene la tarea de sincronizar la tendencia de ajustar su rol a la nueva situación de modo que los cambios permitan el mantenimiento de la organización y del equilibrio que permite la continuidad del grupo y facilitar la diferenciación y la autonomía del adolescente.

La familia se ve afectada por el entorno sociocultural y las relaciones entre los miembros del sistema familiar y el medio social. Los diversos cambios y los mayores grados de autonomía y de libertad a que ha llevado el desarrollo de la cultura moderna han implicado una crisis de institución familiar tradicional, lo que favorecido la emergencia de nuevas formas de vivir en familia, la institución familiar ha experimentado cambios en su estructura como la reducción de su tamaño, aumento de divorcios y la inestabilidad conyugal.

La exposición a desventajas educativas de los padres y socioeconómicas conlleva un incremento en la susceptibilidad de los adolescentes a las conductas suicidas

Los conflictos de pareja entre los padres son considerados un factor de riesgo, pues se traducen en estresores que actúan directamente sobre los hijos, los cuales pueden verse obligados a tomar partido por alguno de los padres, sufriendo con ambivalencia la posterior culpa.

El papel de la familia es vital para el proceso de independencia del adolescente y el desarrollo de una identidad adulta estable, de su personalidad.

Las actitudes constantes de agresión en las familias en permanente desacuerdo y disputa, en ocasiones con agresiones físicas, se encuentra fuertemente asociado con el riesgo suicida. La ausencia o deficiente comunicación, así como las pobres manifestaciones afectivas aumentan la probabilidad de riesgo suicida.

Existen en la familia factores generadores de estrés que se relacionan con el intento suicida en los adolescentes ya que contribuyen a la confusión y a la depresión de los mismos. (5)

AUTOCONCEPTO

El concepto se refiere a las cogniciones que el individuo tiene conscientemente de “sí mismo”, incluyendo los atributos, rasgos y características de personalidad que estructuran y se integran en lo que el sujeto concibe como su yo.

El auto concepto es aprendido y se va configurado a través de las distintas etapas de la vida. Los comienzos de este aprendizaje tienen lugar en la primera infancia, cuando los niños comienzan a relacionarse gradualmente con personas significativas, conformándose a partir de estas relaciones la matriz en la cual toma lugar el percibirse a sí mismo como ente independiente.

Gurney (1988), postula la existencia de tres etapas en la formación del auto concepto: La primera es la etapa existencial o del “sí mismo” primitivo, que abarca desde el nacimiento hasta los dos años y en la que el niño va desarrollándose hasta percibirse a “sí mismo” como una realidad distinta de los demás.

La segunda etapa corresponde a la del “sí mismo” exterior y va desde los 2 hasta los 12 años, es la etapa más abierta a la entrada de información y en este sentido es crucial el impacto del éxito y el fracaso, así como la relación con los adultos significativos, en la edad escolar el auto concepto tienen carácter “ingenuo” es decir, la forma en que el niño se ve así mismo depende casi totalmente de lo que los otros perciben y le comunican.

En la tercera etapa denominada del “sí mismo” interior, el adolescente busca describirse en términos de identidad, haciendo esta etapa cada vez más diferenciada y menos global. Gran parte del sustrato de su auto concepto ya se encuentra construido, esta es la etapa crucial para definirse en términos de autoevaluación social. De este modo el conjunto de interacciones sociales vivenciadas por el adolescente van a definir gran parte de sus vivencias de éxito y fracaso, por lo tanto van a reforzar o introducir cambios en su auto concepto. (8)

La definición de auto concepto que ofrecen los autores del test Piers-Harris, fenomenológica, perspectiva fenomenológica, que define el término como una configuración organizada de percepciones del sí mismo que puede ser concienciada. Sobre esa base, E. Piers definió el auto concepto como un set relativamente estable de actitudes descriptivas y también valorativas hacia el sí mismo. Estas autopercepciones dan origen a autovaloraciones (cogniciones) y sentimientos (afectos) que tienen efectos motivacionales sobre la conducta (9)

El auto concepto como elemento primordial en la integración de la personalidad y al mismo tiempo, ha subrayado su notable influencia en la interpretación de la realidad. El auto concepto es una estructura cognitiva que contiene imágenes de lo que somos, deseamos ser y manifestar a los demás. Son creencias subjetivas que se han incorporado a través de la percepción, interpretación y evaluación de lo que otros nos comunican acerca de nosotros mismos, estos pensamientos guían nuestro actuar, pues dan origen a nuevas cogniciones y sentimientos que afectan la conducta posterior. Por estos motivos, las consecuencias involucradas en tener un alto o bajo concepto de sí mismo, explican de manera importante no solo el comportamiento de las personas sino también el aspecto motivacional y emocional que existe detrás de él. (10)

ESTRESORES PSICOSOCIALES

Hans Selye (1936) definió el estrés como una respuesta vegetativa inespecífica a alguna amenaza , englobada en el concepto de síndrome general de adaptación , definido como una compleja respuesta fisiológica caracterizada por estrés.

Estrés agudo respuesta simpática, activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, respuesta cardiovascular, respuesta metabólica, respuesta hormonal, respuesta inmunológica, respuesta de afrontamiento, cognitivo-conductual. Estrés episódico activación simpática, falta de energía, cambios neurohormonales, agotamiento, irritabilidad, desmoralización, estrés crónico, desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, alteraciones inmunológicas, resistencia a la insulina, alteraciones cardiovasculares, alteraciones emocionales, depresión, ansiedad, desesperanza.

En general , los términos estrés psicológico, emocional, sociopsicológico o psicosocial se usan indistintamente para referirse al estrés generado, por ejemplo, cuando ocurren

relaciones interpersonales conflictivas, su conciencia es un cambio efectivo denominado estrés emocional que puede desencadenar diversas patologías en función de la predisposición genética, la experiencia del individuo y su ambiente cultural.

Las contingencias sociales suelen provocar altos niveles de estrés que afectan la salud y la calidad de vida. El concepto sociológico enfoca al estrés como un proceso que comprende componentes culturales, sociales y políticos. Existe un tiempo crítico entre la ocurrencia del evento estresante y sus posibles consecuencias. Ciertos sucesos vitales precipitantes o cambios en la vida cotidiana de los individuos actúan en forma inmediata, pero otros, llamados predisponentes suelen ocurrir en etapas tempranas de la vida y son capaces de propiciar una vulnerabilidad particular hacia el desarrollo de patologías diversas, ya sean problemas, conflictos o amenazas que las personas enfrentan en sus vidas diarias durante largo tiempo. Muchos de estos sucesos se relacionan con los roles sociales y consisten en dificultades interpersonales, laborales, maritales, sociales y de género y alteran la calidad de vida.

Los sucesos vitales estresantes pueden relacionarse con la ocurrencia de depresión mayor en el largo plazo, con una temporalidad dependiente del suceso traumático y de la predisposición del individuo. (11)

El estrés se define como una causa de tensión o exigencia de adaptación, es el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica.

Hay tres tipos básicos de estrés que son delineados: sistémico o fisiológico, psicológico y social. El estrés sistémico se refiere a los disturbios en los sistemas tisulares, el estrés psicológico a los factores cognitivos que dirigen la evaluación o amenaza y el estrés social a la distribución de una unidad social o sistema.

Los estresores psicosociales internos que están relacionados con aspectos del individuo y los externos con condiciones medioambientales.

Las fuentes externas del estrés son diversas, el hacinamiento, el ruido, la inseguridad, el tráfico desordenado, la inflación, todo lo que restringe nuestra capacidad de movimiento, el medio social representado por la familia, la vida comunitaria, la moda, la cultura, los cambios y varían de acuerdo a diferentes etapas de la vida.

El estrés agota y enferma, produce cambios biológicos y psicológicos aumenta la vulnerabilidad a un nuevo estresor y predisponen a patologías.

Los principales de estresores sociales como los sucesos vitales, cambios agudos que requieren ajustes drásticos durante un corto periodo de tiempo por ejemplo, el matrimonio, el divorcio, la compra de una casa, el despido laboral, el cambio de residencia, el encarcelamiento, el embarazo. Los sucesos vitales son factores predisponentes o precipitantes. El estrés de rol, son demandas persistentes que requieren reajustes durante periodos de tiempo prolongados, por ejemplo dificultades en el trabajo, problemas de pareja, problemas en las relaciones entre padres e hijos. (12)

Freud describe la adolescencia como un periodo en el que se incrementa la ansiedad debido al manejo del desarrollo o para manejar el desarrollo. Esto está acompañado por un impulso en la expresión, defensas intensificadas contra impulsos y la habilidad emocional y regresiones.

Los adolescentes del estrés normal del desarrollo también enfrenta estresores psicosociales, como el estrés de los padres, enfermedad mental de los padres el desempleo, bajo estatus socioeconómico y discordias maritales son factores importantes de estrés relacionado con los padres. Cambios de escuela de primaria a secundaria o de secundaria a preparatoria, cambio en los programas de aprendizaje, la movilidad geográfica, el divorcio entre padres, el estrés legal con un aumento de la independencia y disminución de la supervisión de los padres, el adolescente tiene mayor oportunidad de encontrar dificultades con las autoridades, los roles de género presentan problemas de expresión y aceptación por otros adolescentes. (13)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ideación suicida se define como una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón y puede ser conceptuada como la primera fase de una conducta que termina con la vida, aunque se reconoce que el paso por una etapa no requiere haber pasado por las anteriores.

La ideación puede ser un antecedente del intento suicida, el cual, a su vez, es el principal predictor de futuros intentos, e incluso del suicidio consumado. (5)

La familia y la escuela proporcionan elementos de riesgo o de protección, al encontrarse que la principal causa para idear el suicidio entre las mujeres tiene su base en la familia, pues se considera que esta se halla en decadencia y crisis, un mayor riesgo depende del bajo status económico y educativo, así como del desempleo en la familia. (14)

Sin embargo la incidencia varía de acuerdo a la región por la distribución de recursos económicos y culturales por lo cual nos preguntamos de manera local:

¿Cuáles son los Problemas familiares, el auto concepto y otros estresores psicosociales en adolescentes con y sin ideación suicida de 10 a 19 años derechohabientes de la UMF no. 20?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Se determinaron los problemas familiares, el auto concepto y otros estresores psicosociales en adolescentes con y sin ideación suicida de 10 a 19 años derechohabientes de la UMF no. 20.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Se identificaron los problemas familiares (desacuerdo entre padre y madre para otorgar permisos, agresión familiar, conflicto familiar, influencia del alcohol en la familia, farmacodependencia, conducta alcohólica) más frecuentes que presentan los adolescentes en la UMF 20.
- ✓ Se Enuncio la presencia de estresores psicosociales en adolescentes de la UMF 20.
- ✓ Se describió la intensidad de la idea suicida en los adolescentes de la UMF 20.
- ✓ Se mencionó el auto concepto (comportamiento social, estatus intelectual y escolar, imagen corporal, ansiedad, popularidad, bienestar y satisfacción) de los adolescentes de la UMF 20.
- ✓ Se compararon las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil, tener hijos, pareja estable) y de estudio (auto concepto, problemas familiares, estresores psicosociales) más frecuentes en los adolescentes con y sin la ideación suicida en la UMF 20.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA: Existe diferencia en la percepción de problemas familiares, auto concepto y otros estresores psicosociales en los adolescentes con y sin ideación suicida.

HIPÓTESIS NULA: No existe diferencia en la percepción de problemas familiares y auto concepto en los adolescentes con y sin ideación suicida

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO

El estudio se realizó en la zona Norte de la Ciudad de México, en la Unidad de Medicina familiar No. 20, ubicada en Calzada Vallejo Número 675, Delegación Gustavo A. Madero, y con tutoría del personal de la Unidad de Medicina familiar No. 20.

DISEÑO TRANSVERSAL ANALITICO

Tipo de estudio: Analítico.

Captación de la información: mediante aplicación de instrumentos

Medición del fenómeno en el tiempo: Transversal

Por la presencia de un grupo control: Descriptivo

Por la dirección del análisis: Transversal

PERIODO DE ESTUDIO: Julio - Agosto del 2016

GRUPOS DE ESTUDIO: Adolescentes de 10 a 19 años con y sin ideación suicida derechohabientes de la UMF 20.

CRITERIOS DE ESTUDIO

a) Criterios de inclusión:

Adolescentes de 10 a 19 años de la UMF no. 20 con y sin idea suicida.

Ambos sexos

Derechohabientes de la UMF 20

b) Criterios de exclusión:

Adolescentes en unión libre e independiente de la familia de origen

c) Criterios de eliminación:

Encuestas mal llenadas o incompletas

Adolescentes que decidieron retirarse del estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se solicitó en el servicio de ARIMAC de la UMF 20 la población adolescente afiliada con un total de 14,459.

Mediante el programa estadístico Epi Info con un nivel de confianza del 99%, una frecuencia esperada del 60% basándonos en las estadísticas más altas reportadas en el estado de Michoacan con un 56% de prevalencia de ideación suicida.

Con un límite de confianza 10%

Resultando un tamaño de muestra de 154 más un 20% de perdidas esperadas.

Se realizaron un total de 169 encuestas.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable dependiente: Ideación suicida

Variable independiente: problemas familiares, auto concepto.

Otras variables de estudio: Sociodemográficas (edad, sexo, grado escolar y estado civil)

Variable Confusora: Otros eventos estresores

Variable	Definición conceptual	operacional	Escala de medición
Ideación suicida Dependiente	Actitud hacia la vida / muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado, antecedentes de intentos previos de suicidio.	Aplicación de instrumento BECK, KOVACS Y WEISSMAN, 1979 (15)	Nominal dicotómica Presencia o ausencia
Problemas familiares Independiente	<p>Problemas familiares son las dificultades y conflictos relacionados con la convivencia entre los miembros de la familia.</p> <p>Comunicación e integración familiar A nivel verbal y no verbal, se transmiten afectos, pensamientos y creencias.</p> <p>Interacción familiar negativa Indica la percepción del sujeto sobre la falta de atención que la familia le brinda tanto en el cuidado como en la disposición para apoyarlo, principalmente de sus padres.</p> <p>Conflicto familiar El conflicto es la independencia operacional de una contradicción por la comunicación, consecuentemente el conflicto solo existirá si las expectativas son comunicadas y la no aceptación de la comunicación</p>	Instrumento de problemas familiares magdalena Espinosa y Gómez. Instituto de terapia familiar, Cencalli (16)	Nominal dicotómica Presencia o ausencia

	<p>es regresada.</p> <p>Agresión familiar Falta de afecto, rivalidad entre hermanos, agresión psicológica o física y el maltrato a los hijos, las relaciones en la familia se vuelven críticas e insostenibles.</p> <p>Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos Cuando las reglas y límites no son claros, ni firmemente establecidos de común acuerdo por el sistema parental.</p> <p>Influencia del alcohol en la familia Efectos que tiene el consumo de alcohol en la organización y armonía familiar.</p> <p>Farmacodependencia en la familia Consumo de diversas drogas y sustancias tóxicas que representan la génesis de un verdadero cáncer emocional y físico en la familia.</p> <p>Conducta alcohólica en la familia Surge cuando la familia gira en torno al consumo del alcohol y sus implicaciones en el sistema, en términos de agresión física y emocional, económicos y de salud.</p>		
Auto concepto Independiente	<p>Auto concepto conductual: Percepción de portarse de forma apropiada en diferentes tipos de situaciones.</p> <p>Auto concepto intelectual: Percepción de competencia en situaciones escolares o en situaciones en las que se aprenden cosas nuevas.</p> <p>Auto concepto físico: Percepción de apariencia y competencia física.</p> <p>Falta de ansiedad: Percepción</p>	Escala del Auto concepto, de Piers y Harris (1969). (10)	Nominal dicotómica Presencia o ausencia

	<p>de ausencia de problemas de tipo emocional.</p> <p>Auto concepto social o popularidad: Percepción del éxito en las relaciones con los otros.</p> <p>Felicidad-satisfacción: Valora la autoestima el grado de satisfacción ante las características y circunstancias personales.</p>		
--	--	--	--

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Bajo el consentimiento de las autoridades de la unidad de medicina familiar No 20 se solicitó al servicio de trabajo social la participación de los integrantes del grupo juvenIMSS que fueran adolescentes de 10 a 19 años con o sin idea suicida y se les aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- Instrumento de problemas familiares magdalena Espinosa y Gómez.** (16) Instituto de terapia familiar, Cencalli. En la ciudad de México los principales problemas presentados en su familia, la cual cuenta con una validez y confiabilidad se identificaron los reactivos que conformaron al instrumento , con cargas factoriales superiores 0.40, y su consistencia interna fue alta en sus escalas con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.58 a 0.93, este instrumento evalúa la comunicación e integración familiar, la cual consta de los reactivos (redactados en positivo: 1, 18, 27, 28, 29, 33, 36, 42, 44, 54, 55, 62, 67, 69, 70, 87, 90, 94,95,97,100,104,106 , y 114, redactados en negativo 1,20,38,40,45 y 72) total de reactivos 29, 23 redactados en positivo y 6 en negativo.

Para calificar: se hizo una suma de los reactivos redactados en positivo.

Se invirtió la calificación de los reactivos redactados en negativo de la siguiente manera: a la calificación de 5 se le dio el valor de 1, a la calificación de 4 se le dio el valor de 2, a la calificación de 3 se le dio el valor de 3, a la calificación de 2 se le dio el valor de 4 y la calificación de 5 un valor de 1 y se sumó. Se hizo la suma de los resultados de las sumas anteriores. El puntaje resultante fue la calificación de este factor, comparar con el punto medio o de corte: $29 \times 3 = 87$ (punto de corte o medio).

La suma de los puntajes por arriba de 87 puntos indicaron funcionalidad en comunicación o integración familiar.

El máximo puntaje a obtener es de 145 y el mínimo de 29.

La *interacción familiar negativa*, reactivos 2,7,8,22,25,30,37,39,43,47,49,50,51,52,53,61,71,75,76,79,81,82,84,88,98,105,117 y 120

Total de reactivos 28, todos los reactivos en negativo.

Para calificar se hizo la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se comparo con el punto de corte: $28 \times 3 = 84$ (punto de corte)

La suma de los puntajes por arriba de 4 puntos indicaron una tendencia hacia una interacción familiar negativa.

Máximo puntaje 140 y mínimo 28.

Los *conflictos familiares*, reactivos 3,5,11,13,15,17,23,24,31,32,46,57,60,64,66,89,101,103,110.

Total de reactivos 19. Todos los reactivos en negativo.

Para calificar se hizo la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compararon con el punto de corte. $19 \times 3 = 57$ (punto de corte)

La suma de los puntos por arriba de 57 indicaron conflicto familiar.

Máximo puntaje 95, mínimo 19.

Agresión familiar reactivos 4,10,12,16,19,26,34,56,65,74,77,85,86,91,107, total de reactivos 15, todos los reactivos en negativo. Para calificar se hizo la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compararon con el punto de corte. $15 \times 3 = 45$ (punto de corte), la suma de los puntos por arriba de 45 indicaron la presencia de agresión familiar.

Desacuerdos del padre y la madre para los permisos, reactivos 9,41,48,58,59,68,78,108, 116, reactivos redactados en positivo 92 y 113 total de reactivos 119 reactivos en negativo y 2 en positivo.

Para calificar: se hizo la suma de los reactivos redactados en negativo. Se Invirtieron la calificación de los reactivos redactados en positivo de la siguiente manera: a la calificación de 5 se le dio el valor de 1, a la calificación de 4 se le dio el valor de 2, a la calificación de 3 se le dio el valor de 3, a la calificación de 2 se le dio el valor de 4 y la calificación de 1 un valor de 5 y sumar. Se hizo la suma de los resultados anteriores el

puntaje resultante fue la calificación de este factor, se comparo con el punto de corte.
 $11 \times 3 = 33$ (punto de corte)

La suma de los puntajes por arriba de 33 puntos indico una tendencia hacia el desacuerdo entre padre y madre para dar permiso.

El máximo puntaje a obtener es 55 y el mínimo 11.

FACTOR 6: *Influencia del alcohol en la familia.* Reactivos: 14, 63, 80, 99, 111, 115, 119.

Total de reactivos: 7. Todos los reactivos en negativo. Para calificar se hizo la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compararon con el punto de corte. $7 \times 3 = 21$ (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 21 puntos indicaron influencia del alcohol en la familia.

El máximo de puntaje a obtener es de 35 y el mínimo de 7.

FACTOR 7: *Farmacodependencia en la familia.* Reactivos: 6, 21, 35, 93, 96, 118. Total

de reactivos 6. Todos los reactivos en negativo. Para calificar hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte: $6 \times 3 = 18$ (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 18 puntos indica presencia de farmacodependencia en la familia.

El máximo de puntaje a obtener es de 30 y el mínimo de 6.

FACTOR 8: *Conducta alcohólica en la familia.* Reactivos: 73, 83, 102, 109, 112, 121 y

122. Total de reactivos: 7. Todos los reactivos en negativo. Para calificar se hizo la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y se compararon con el punto de corte: $7 \times 3 = 21$ (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 21 puntos indicaron conducta alcohólica en la familia.

El máximo de puntaje a obtener es de 35 y el mínimo de 7.

Instrumento (BECK, KOVACS Y WEISSMAN, 1979) (17) Es una escala para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. El cual valoró la Actitud hacia la vida / muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado, con dos ítems, en la que se indago sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítems tienen un

valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizaron en la puntuación global de la escala.

Se realizó investigación para determinar confiabilidad y validez de esta escala en estudiantes mexicanos de educación media superior arrojando una confiabilidad aceptable a través del α Cronbach de 0.92. (15)

La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos midieron la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38.

Escala del Auto concepto, de Piers y Harris (1969) (9), se obtuvo información sobre la percepción que el alumno/a tiene de sí mismo/a (auto concepto global) y cómo valora diferentes aspectos de su forma de ser y su comportamiento, según las siguientes dimensiones:

Auto concepto conductual: Percepción de portarse de forma apropiada en diferentes tipos de situaciones.

Auto concepto intelectual: Percepción de competencia en situaciones escolares o en situaciones en las que se aprenden cosas nuevas.

Auto concepto físico: Percepción de apariencia y competencia física.

Falta de ansiedad: Percepción de ausencia de problemas de tipo emocional.

Auto concepto social o popularidad: Percepción del éxito en las relaciones con los otros.

Felicidad-satisfacción mediante la autoestima como el grado de satisfacción ante las características y circunstancias personales.

Aplicación:

Esta escala consistió de 80 frases sencillas con respuesta dicotómica (SI-NO) en las que se pide al alumno/a que decida SI coinciden o NO con lo que piensa, tachando una de las dos respuestas. Al aplicar la prueba se creó un clima de confianza y se hizo referencia al carácter confidencial de las respuestas, aclarando que no existen respuestas correctas ni incorrectas y que lo importante es la opinión sincera de cada uno/a. Cada adolescente contestó según creyó que es en realidad, y no según le

gusto ser o piensa que debería ser. No hay que dejar ninguna pregunta sin responder. Si en algún caso dudan entre el sí y el no, hay que contestar pensando en cómo son la mayoría de las veces.

La persona que aplico la prueba debe leer dos veces en voz alta y clara cada ítem, a un ritmo adecuado de forma que pueda ser seguido por, todos los alumno/as.

Corrección. Se aplicó la plantilla de corrección dando 1 punto por cada respuesta que coincidía con el símbolo marcado. Cada símbolo de la plantilla, corresponde con las 6 dimensiones que mide la escala. Sólo 2 ítems, el 7 y el 12, pertenecen a dos dimensiones a la vez. La puntuación obtenida de cada dimensión se trasladó a la puntuación percentil, y se reflejó en la hoja de resultados.

La suma de las puntuaciones de todos los factores nos permitió hallar el Auto concepto global.

Escala de Holmes y Rahe (modificada para adolescentes) (10). La escala de estrés de Holmes y Rahe es una lista de 43 acontecimientos estresantes en la vida que pueden contribuir a que las personas desarrollen una enfermedad. La escala modificada para adolescentes consta de 49 ítems, siendo utilizada para estresores psicosociales en adolescentes y jóvenes; en 1967, los psiquiatras Thomas Holmes y Richard Rahe examinaron los registros de 43 acontecimientos estresantes de la vida sobre la base de una puntuación relativa, encontrándose que existe una correlación positiva de 0.118 entre los eventos de sus vidas y sus enfermedades, sus resultados fueron publicados en la Escala de Reajuste Social (SRR) más conocido como escala de Estrés Holmes y Rahe. Validaciones posteriores han apoyado los vínculos entre el estrés y la enfermedad. Holmes y Rahe investigaron la relación entre la salud física y los cambios más importantes en la vida como sucesos que provocan tensión (por ejemplo, la muerte de un conyugue, el divorcio, el embarazo, un cambio de residencia). A los sucesos de la vida se les asigna un peso numérico (unidades de cambio en la vida), los cuales se suman para cuantificar el cambio que experimenta una persona durante una secuencia temporal particular. Según este modelo, la crisis vital se define como cualquier conjunto de unidades de cambio en la vida que suman 350 puntos o más en un año.

En base a los datos obtenidos se determinaron los problemas familiares y el auto concepto en adolescentes con y sin ideación suicida de 10 a 19 años en derechohabientes de la UMF no. 20.

Se identificaron los problemas familiares más frecuentes que presentan los adolescentes

Se describió la intencionalidad y el grado de severidad e intensidad de la idea suicida en los adolescentes.

Se conoció el tipo de auto concepto del adolescente.

Se compararon las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad) y de estudio (auto concepto y problemas familiares) más frecuente en los adolescentes con y sin la ideación suicida.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS se codificaron las escalas se realizaron tablas de salida, se emitieron resultados, se discutieron los mismos y se redactó el escrito final

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizaron estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas

Se usaron además estadística inferencial con OR IC al 95% y χ^2 considerando significancia estadística cuando p sea igual o menor de 0.05.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

La realización de este estudio es factible ya que se cuenta con grupos de adolescentes de 10 a 19 años de edad, organizados por trabajo social en el periodo descrito, con la asesoría de personal capacitado en investigación y la alumna en formación para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar.

RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se llevará a cabo mediante la aplicación de una encuesta bajo consentimiento informado lo que no expone a los adolescentes a ningún riesgo.

CONTRIBUCIONES Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO PARA LOS PARTICIPANTES Y LA SOCIEDAD EN SU CONJUNTO

Nos ayudara a identificar los problemas familiares y auto concepto en adolescentes con y sin ideación suicida de 10 a 19 años de la UMF no. 20 y así proporcionar estrategias para identificar la ideación suicida en adolescentes, un posible beneficio será que si e identifica algún paciente con idea suicida se le canalizara a los servicios correspondientes.

CONFIDENCIALIDAD

Se realizará de acuerdo a lo establecido en el Código de Núremberg, el cual es un sistema de principios de ética en investigación; fue el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado y expresión de la autonomía del paciente. Dentro de este código se cumplen ciertos principios para la realización de dicho proyecto como son: Absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto, el experimento será útil para el bien de la sociedad, él estudio será diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo, debe evitar todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario, no se pondrá en peligro la vida del sujeto, no se pone de manifiesto algún daño, incapacidad o muerte, será conducido solamente por personas científicas calificadas y los sujetos a estudiar podrán salir del estudio en cualquier momento que ellos así lo deseen.

En cuanto a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial hace referencia al deber del médico de promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica, hace énfasis en el bienestar de la persona que participa en la investigación, que debe siempre tener primacía sobre todos los otros intereses, el propósito de dicha investigación en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, así como promover el respeto a todos los seres humanos para proteger la salud y sus derechos individuales. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad,

la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

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

- 1. Respeto a las personas:** Los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y segundo, las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.
- 2. Beneficencia:** Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Se han formulado 2 reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.
- 3. Justicia:** Los iguales deben ser igualmente tratados. Cuando se quiera que la investigación apoyada por fondos públicos conduzca al desarrollo de artificios y procedimientos terapéuticos, la justicia exige que estos se empleen no sólo para quienes pueden pagarlos y que tal investigación no implique indebidamente personas de grupos que improbablemente estarán entre los beneficiarios de las aplicaciones ulteriores de la investigación.

La Ley General de Salud nos menciona en su Artículo 97: La Secretaria de Educación Pública, en coordinación con la Secretaria de Salud y con la participación que corresponda al consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud. La Secretaria de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud. Así mismo, refiere el Artículo 98: En las Instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una

comisión ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Dichos inventarios no contendrán nombre del paciente, únicamente serán identificados mediante un folio que se asignará en orden progresivo para lograr su verificación. Los resultados obtenidos se reportarán de manera anónima y se entregarán a la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud para uso académico y científico de la investigación.

CONDICIONES EN LAS CUALES SE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO

De acuerdo a la Ley General de Salud (artículos 21-2), en este estudio se incluirá una carta de consentimiento informado dirigida al paciente y a su tutor donde se le explicaran los riesgos y beneficios de su participación y en qué consistirá la misma.

FORMA DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Contando con la aprobación de las autoridades de la unidad de medicina familiar No. 20 y con previo consentimiento informado, se solicitara a los padres de los adolescentes de 10 a 19 años que nos permitan aplicar a sus hijos los siguientes instrumentos de evaluación: problemas familiares (Espinosa-Gómez, 2006), estresores psicosociales (Homes-Rahe, 1967), intencionalidad suicida (Beck, Kovacs Y Weissman, 1979) y auto concepto de los adolescentes (Piers-Harris, 1964).

RESULTADOS

Se realizaron 169 encuestas en adolescentes derechohabientes de la UMF No. 20 obteniendo los siguientes resultados: perfil sociodemográfico con una media de edad de 17.23 ± 0.707 años con (mínima de 16 y máxima de 19 años); sexo femenino en el 65.1% (n=110); El 95.9% (n=162) se encuentran solteros; 98.8%(167) no tienen hijos y el 65.1%(n=110) pertenecen a una familia nuclear. Cuadro 1, 2

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
VARIABLE	n	%
SEXO		
Masculino	59	34.9
Femenino	110	65.1
ESTADO CIVIL		
Soltero	162	95.9
Unión libre	7	4.1
PATERNIDAD REFERIDA		
Si	2	1.2
No	167	98.8
Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20		

CUADRO 2. TIPOLOGÍA FAMILIAR		
	n	%
Familia Nuclear	110	65.1
Familia monoparental	23	13.6
Familia monoparental extensa	11	6.5
Familia extensa	17	10.1
Familia no parental	8	4.7
Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20		

En base a la escala de ideación suicida Beck Kovac Weissman se encontró que el 26%(n=44) de adolescentes no tienen ideación suicida y 74%(n=125) con ideación suicida. Cuadro 3

CUADRO 3.ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA BECK KOVAC WEISSMAN

	<i>n</i>	%
SIN IDEACIÓN	44	26
CON IDEACIÓN	125	74

Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20

En la escala de riesgo de enfermedad por estrés Holmes-Rahe encontramos que existió riesgo mínimo en 5.9%(n=10); moderado en 21.9%(n=37) y severo en el 72.2%(n=122). Cuadro 4

CUADRO 4.RIESGO DE ENFERMEDAD POR ESTRÉS (HOLMES-RAHE).

NIVEL DE ESTRÉS	<i>n</i>	%
MÍNIMO	10	5.9
MODERADO	37	21.9
SEVERO	122	72.2

Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20

La escala de problemas familiares Magdalena Espinosa y Gómez reportó que los adolescentes no presentan alteración en las siguientes áreas: **interacción familiar negativa** 95.9%(n=162); **conflicto familiar** 95.3%(n=161), **agresión familiar** 94.1%(n=159); **desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos** 91.1%(n=154); **influencia del alcohol en la familia** 23.1%(n=39); **farmacodependencia en la familia** 97%(n=164); **conducta alcohólica en la familia.** 95.3%(n=161).

Mientras que si existió alteración en **comunicación e integración familiar** 83%(n=141). Cuadro 5

CUADRO 5.PROBLEMAS FAMILIARES MAGDALENA ESPINOSA Y GÓMEZ.

		<i>n</i>	%
Comunicación e integración familiar	Sin	141	83%
	Con	28	16.6
Interacción familiar negativa	Sin	162	95.9
	Con	7	4.1
Conflicto familiar	Sin	161	95.3
	Con	8	4.7
Agresión familiar	Sin	159	94.1
	Con	10	5.9
Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos	Sin	154	91.1
	Con	15	8.9
Influencia del alcohol en la familia	Sin	130	76.9
	Con	39	23.1
Farmacodependencia en la familia	Sin	164	97
	Con	5	3
Conducta alcohólica en la familia	Sin	161	95.3
	Con	8	4.7

Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20

A la aplicación del instrumento de auto concepto de Piers Harris se observó que los adolescentes presentan alteración en el auto concepto en las siguientes áreas: **auto concepto conductual** 41.4%(n=70), **auto concepto intelectual** 37.3%(n=63), **auto concepto físico** 49.1%(n=83) , **problemas de tipo emocional (ansiedad)** 61.5%(n=104), **percepción de éxito en las relaciones con los otros (social popularidad)** 39.1% (n=66) , **felicidad y sin satisfacción ante circunstancias personales** 34.3%(n=58). Cuadro 6

CUADRO 6. AUTOCONCEPTO DE PIERS HARRIS			
AUTOCONCEPTO		n	%
CONDUCTUAL	Sin	70	41.4
	Con	99	58.6
INTELECTUAL	Sin	63	37.3
	Con	106	62.7
FÍSICO	Sin	83	49.1
	Con	86	50.9
ANSIEDAD	Sin	65	38.5
	Con	104	61.5
SOCIAL-POPULARIDAD	Sin	66	39.1
	Con	103	60.9
FELICIDAD SATISFACCIÓN	Sin	58	34.3
	Con	111	65.7
GLOBAL	Sin	82	48.5
	Con	87	51.5

Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20

Se realizó el análisis bivariado encontrando que los adolescentes sin y con ideación suicida pertenecen al género femenino (59.1% VS 67.2%) y son solteros (90.9% VS 97.6%) con una p no significativa. Los cuales el 70.5% sin ideación y el 63.2% con ideación pertenecen a familias nucleares. Cuadro 7,8

CUADRO 7. ADOLESCENTES CON Y SIN IDEACIÓN SUICIDA							
SEXO	SIN IDEACIÓN		CON IDEACIÓN		TOTAL		p
	n	%	n	%	n	%	
Masculino	18	40.9	41	32.8	59	34.9	0.361
Femenino	26	59.1	84	67.2	110	65.1	
ESTADO CIVIL							
Soltero	40	90.9	122	97.6	162	95.9	0.076
Unión Libre	4	9.1	3	2.4	7	4.1	

Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20

CUADRO 8. TIPOLOGIA FAMILIAR Y LA RELACION CON LA IDEACION SUICIDA

TIPOLOGIA FAMILIAR	SIN IDEACIÓN		CON IDEACIÓN		TOTAL		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Nuclear	31	70.5	79	63.2	110	65.1	0.874
Monoparental	4	9.1	19	15.2	23	13.6	
Monoparental extensa	3	6.8	8	6.4	11	6.5	
Extensa	4	9.1	13	10.4	17	10.1	
No parental	2	4.5	6	4.8	8	4.7	

Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20

En la comparación de adolescentes con ideación suicida y presencia de problemas familiares se obtuvieron los siguientes resultados: **falta de comunicación e integración familiar** 83.2%(n=104); **interacción familiar negativa** 4.8%(n=6); **conflictos familiares y agresión familiar** 5.6%(n=7); **desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos** 10%(n=8); **influencia del alcohol en la familia** 20.8%(n=26); **farmacodependencia en la familia** 3.2%(n=4); **conducta alcohólica en la familia** 4%(n=5) con una *p* no significativa por lo que no se encuentra relación entre las variables.

Podemos resaltar que en los adolescentes sin ideación suicida se encuentra un alto porcentaje en el área de **falta de comunicación e integración familiar** 84.1%(n=31).

Cuadro 9

CUADRO 9. RELACION DE LA IDEACION SUICIDA Y PROBLEMAS FAMILIARES MAGDALENA ESPINOSA Y GÓMEZ.

		SIN IDEACIÓN		CON IDEACIÓN		Total		P
		n	%	n	%	N	%	
PROBLEMAS FAMILIARES								
Comunicación e integración familiar	Sin	37	84.1	104	83.2	141	83.4	1.0
	Con	7	15.9	21	16.8	28	16.6	
Interacción familiar negativa	Sin	43	97.7	119	95.2	162	95.9	0.678
	Con	1	2.3	6	4.8	7	4.1	
Conflicto familiar	Sin	43	97.7	118	94.4	161	95.3	0.682
	Con	1	2.3	7	5.6	8	4.7	
Agresión familiar	Sin	41	93.2	118	94.4	159	94.1	0.721
	Con	3	6.8	7	5.6	10	5.9	
Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos	Sin	39	88.6	115	92	154	91.1	0.541
	Con	5	11.4	10	8	15	8.9	
Influencia del alcohol en la familia	Sin	31	70.5	99	79.2	130	76.9	0.298
	Con	13	29.5	26	20.8	39	23.1	
Farmacodependencia en la familia	Sin	43	97.7	121	96.8	164	97.0	1.0
	Con	1	2.3	4	3.2	5	3.0	
Conducta alcohólica en la familia	Sin	41	93.2	120	96	161	95.3	0.430
	Con	3	6.8	5	4.0	8	4.7	
Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20								

Al comparar adolescentes con ideación suicida y falta en el auto concepto se encontraron alteraciones en las siguientes áreas: **auto concepto intelectual** 34.4%(n=43); **auto concepto físico** 49.6%(n=62); **percepción de ausencia de problemas de tipo emocional y percepción de éxito en las relaciones con los otros** 40%(n=50).

Se encontró que la **falta de auto concepto conductual** se relaciona con la ideación suicida 46.4%(n=58) con una $p= 0.033$ y **ausencia de felicidad satisfacción** 40%(n=50) con una $p= 0.01$. Cuadro 10

CUADRO 10. RELACION DE LA IDEACION SUICIDA Y EL AUTOCONCEPTO DE PIERS HARRIS

		SIN IDEACIÓN		CON IDEACIÓN		Total		P
		n	%	n	%	n	%	
AUTO CONCEPTO CONDUCTUAL	Sin	12	27.3	58	46.4	70	41.4	0.033
	Con	32	72.7	67	53.6	99	58.6	
INTELECTUAL	Sin	20	45.5	43	34.4	63	37.3	0.208
	Con	24	54.5	82	65.6	106	62.7	
FÍSICO	Sin	21	47.7	62	49.6	83	49.1	0.862
	Con	23	52.3	63	50.4	86	50.9	
ANSIEDAD	Sin	15	34.1	50	40	65	38.5	0.590
	Con	29	65.9	75	60	104	61.5	
SOCIAL-POPULARIDAD	Sin	16	36.4	50	40	66	39.1	0.722
	Con	28	63.6	75	60	103	60.9	
FELICIDAD SATISFACCIÓN	Sin	8	18.2	50	40	58	34.3	0.010
	Con	36	81.8	75	60	111	65.7	
GLOBAL	Sin	16	36.4	66	52.8	82	48.5	0.079
	Con	28	63.6	59	47.2	87	51.5	

Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20

Encontramos que 76%(n=95) de los pacientes que presentan ideación suicida presentan estrés respecto a 61.4%(n=27) de los adolescentes sin ideación suicida que igualmente presentan estrés. Cuadro 11

CUADRO 11. RELACION DE LA IDEACION SUICIDA Y EVENTOS ESTRESORES

		SIN IDEACIÓN		CON IDEACIÓN		Total		P
		n	%	n	%	n	%	
ESTRÉS	Sin	17	38.6	30	24	47	27.8	0.78
	Con	27	61.4	95	76	122	72.2	

Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20

En cuanto al riesgo de enfermedad por estrés encontramos un 76%(n=95) de los adolescentes con ideación suicida tienen un estrés severo. Cuadro 12

CUADRO 12: RELACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA Y EL RIESGO DE ENFERMEDAD POR ESTRÉS

		SIN IDEACIÓN		CON IDEACIÓN		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
RIESGO ENFERMEDAD POR ESTRÉS	Mínimo	4	9.1%	6	4.8%	10	5.9%	0.168
	Moderado	13	29.5%	24	19.2%	37	21.9%	
	Severo	27	61.4%	95	76.0%	122	72.2%	

Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20

La ideación suicida es inversamente proporcional a el auto concepto por lo que a menor auto concepto mayor riesgo de ideación suicida, también podemos decir que el estrés se correlaciona con la ideación suicida. Cuadro 13

CUADRO 13: CORRELACIONES IDEACIÓN SUICIDA / ESTRÉS/AUTO CONCEPTO			
Escala de ideación suicida(Beck-Kovac-Weissman)	Escala de ideación suicida(Beck-Kovac-Weissman)	Escala de estrés de Holmes-Rahe	Auto concepto global (piers-Harris)
Correlación de Pearson	1	0.241	-0.353
<i>P</i>		0.002	0.000
<i>n</i>	169	169	169
Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20			

Los adolescentes que no presentan una percepción de comportamiento apropiada aumenta 2 veces el riesgo de tener ideación suicida con $p=0.026$, OR 2.308(1.0895-4.8911) . Mientras que los adolescentes que son infelices presentan 3 veces más el riesgo de ideación suicida $p=0.008$,OR 3.0(1.288-6.987). Cuadro 14

CUADRO 14. OR E IC DE LAS VARIABLES ASOCIADAS A LA IDEACIÓN SUICIDA					
	CON IDEACIÓN	SIN IDEACION	P	OR	IC
SIN AUTO CONCEPTO CONDUCTUAL	58	12	0.026	2.308	1.0895-4.8911
CON AUTO CONCEPTO CONDUCTUAL	67	32			
	CON IDEACIÓN	SIN IDEACION	P	OR	IC
SIN FELICIDAD	50	8	0.008	3.0	1.288-6.987
CON FELICIDAD	75	36			
Fuente: Encuesta en adolescentes adscritos a la UMF 20					

DISCUSIÓN

A través del presente estudio se determinó la presencia de ideación suicida en 74% de los adolescentes siendo los factores asociados falta de auto concepto conductual e infelicidad. Cabe mencionar que los problemas familiares aunque fueron referidos como es, la falta de comunicación e integración familiar así como algún grado de estrés no obtuvieron una asociación significativa.

De los factores sociodemográficos que podemos resaltar son que tres cuartas partes de los adolescentes con ideación suicida fueron de sexo femenino, existen diferentes informes como los lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes (18) en donde documentan que a pesar de que los varones son quienes contribuyen al aumento de la ideación suicida, son las mujeres quienes lo intentan más, mientras que los varones lo consuman en mayor medida. En un estudio realizado en Guerrero en 464 estudiantes con un promedio de edad de 19 años se obtuvo la presencia de ideación suicida fue de 11.7% en hombre y 18.3% en mujeres, a diferencia de Rosales R. y Córdova O (19), donde encontraron la presencia de ideación suicida cercana al 6%, sin diferencia entre sexos.

En nuestro trabajo encontramos que la mayoría de los adolescentes con ideación suicida pertenecen a familias nucleares sin significancia estadística con respecto a familias monoparentales como lo dice el estudio realizado por Muñoz M. y Cols. En una población de 1450 estudiantes universitarios de la universidad de san marcos Lima, Perú en donde dos terceras partes de los estudiantes viven con ambos padres y 16% con sólo uno de ellos.

Mediante la Escala de ideación suicida (Beck-Kovac-Weissman) se encontró que un 74% de los adolescentes encuestados presentan ideación suicida, las estadísticas más altas referidas en la literatura son de Pérez A. y Cols. En donde se seleccionaron 12 424 estudiantes de educación media superior en las 32 entidades de México, 47% de los estudiantes reportaron ideación suicida, los estados con mayor prevalencia de ideación fueron Michoacán con un 56%, San Luis Potosí y Tlaxcala con 54%. En otro estudio de González F. y Cols. en 1021 alumnos con un promedio de edad de 19.9 años en el estado de México se encontraron que los síntomas de ideación suicida entre

jóvenes universitarios oscila entre 27% en población femenina y 30% en población masculina. Resultados parecidos fueron encontrados en el trabajo de Miranda T y Cols. De 631 estudiantes con un rango de edad de 10 a 13 años de la Cd. de Hermosillo, Sonora 29.2% de la población evaluada presentó alguna forma de ideación suicida.

Probablemente encontramos valores altos de ideación suicida en nuestra población ya que esta es una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón y es conceptuada como la primera fase de una conducta que termina con la vida, aunque se reconoce que no es forzoso el paso de esta etapa a la consumación o al intento suicida. En nuestras estadísticas nacionales (INEGI) solo se reporta el intento suicida en el que reflejaron un mayor nivel de concentración en seis entidades federativas, ya que 81.3% de los actos se registraron en: Durango (22.3%), Yucatán (18.1%), Nuevo León (16.6%), Sonora (9.8%), Distrito Federal (9.3%) y Chihuahua (5.2 %). Mientras que la tasa defunción por suicidios fue de 81.6% en hombre y 18.4% en mujeres. Se podría explicar el porcentaje alto en nuestra población ya que se utilizó la escala de Beck sin indicación del punto de corte ni de temporalidad de la respuesta y en los estudios analizados se utilizan otras escalas para la valoración de ideación suicida.

En cuanto a los problemas familiares mediante la aplicación de la escala de Magdalena Espinosa y Gómez reportó que los adolescentes presentan alteración en la comunicación e integración familiar en un 83%, con ideación y sin ideación suicida, sin asociación significativa no obstante otros autores como Sánchez S y Villarreal G (20), refieren que la ideación suicida tiene una correlación inversamente proporcional con el funcionamiento familiar ($r = -.314$; $p = .001$); es decir a menor funcionamiento mayor ideación suicida. Así mismo Monge H y Cols. (21) Reportaron que aquellos adolescentes que perciben un ambiente familiar negativo tienen un riesgo 4.09 veces mayor riesgo de intento de suicidio (OR 4.09, IC 2.87-5.83). En otro estudio realizado por Sarmiento S y Aguilar V. en donde se encuestaron a 1419 alumnos de bachillerato en la ciudad de México reporta que las variables familiares tuvieron correlaciones de Pearson significativas con las puntuaciones de ideación suicida. De los estilos parentales, el negligente, tanto materno como paterno, mostró la correlación más alta con la ideación suicida. De las variables familiares, la satisfacción familiar y la

frecuencia de conflictos con la madre tuvieron también las mayores correlaciones con la ideación suicida.

La diferencia encontrada parecería verse influenciada por el uso del instrumentos ya que el utilizado en este estudio no media funcionamiento ni ambiente familiar sino los problemas que más comúnmente aquejan a los adolescentes (comunicación, interacción familiar negativa, conflicto familiar, autoridad, influencia del alcohol y farmacodependencia en la familia; negociación para los permisos).

Otro factor importante relacionado con la ideación suicida en los adolescentes es el auto concepto que son las cogniciones que el individuo tiene conscientemente de “sí mismo”, esta área fue evaluada con la escala de valoración de auto concepto de Piers Harris presentando un 46.4% de los adolescentes con ideación suicida, sin auto concepto conductual que se refiere a la falta de percepción de un comportamiento adecuado en diferentes situaciones con una $p=0.033$ y en la percepción de felicidad/satisfacción se encontró que 40% de los adolescentes que son infelices tienen ideación suicida con una $p=0.01$. Con esto podemos decir que la ideación suicida se encuentra relacionada con la percepción de felicidad y de comportamiento adecuado; resultados similares se encontraron en estudios previos como el de Jiménez Q y Cols. (22) Reportaron que los intentos de suicidio registrados presentaron asociación con trastornos de ánimo (46.45%), seguida por las relacionadas con los trastornos afectivos (29.08%). En otro estudio realizado en Tlaxcala de 475 estudiantes, se encontró ideación suicida tiende a presentarse un porcentaje menor al 10% en los estudiantes universitarios, principalmente acompañada de desesperanza y estado emocional negativo.

En base a nuestros resultados podemos decir que la falta de auto concepto conductual aumenta al doble el riesgo de presentar ideación suicida, y la presencia de infelicidad aumenta al triple el riesgo de ideación suicida.

Un trabajo de tesis (23) donde se encuestaron a 348 alumnos pertenecientes a las escuelas de las 16 delegaciones en la Cd de México donde evaluaron el principal motivo por los cuales se intentaron suicidar los adolescentes encontrándose la soledad, tristeza y depresión en un 43%.

Como variable confusora se identificaron otros eventos estresores con la escala de Holmes y Rahe modificada para adolescentes, la cual reportó que 76% de los pacientes con ideación suicida tienen un estrés severo sin significancia estadística respecto a los que no presentan la ideación mientras que lo reportado en un estudio realizado en Yucatán, México (24); en 370 jóvenes reveló a través del coeficiente de Pearson que a mayor estrés con la pareja, y a mayor estrés social mayor ideación suicida en ambos sexos. En otro análisis Bader T y Cols (25) encontraron como variable predictora de riesgo para ideación suicida el estrés psicosocial y sus consecuencias emocionales.

En conclusión solo encontramos factores individuales asociados a la ideación suicida, sin embargo habría que utilizar otros instrumentos para evaluar tanto los problemas familiares como la ideación suicida y así explorar la funcionalidad familiar sobre todo en el área de comunicación, evaluar otros factores como si se encuentran trabajando, si coexisten trastornos psiquiátricos y alteraciones en la personalidad entre otros. Es necesario ampliar la muestra con diversificación del estrato socioeconómico y sociodemográfico.

CONCLUSIONES

Los adolescentes encuestados tuvieron una media de edad de 17 años; 65.1% del sexo femenino; El 95.9% se encuentran solteros; 98.8% no tienen hijos y el 65.1% pertenecen a una familia nuclear.

Los problemas familiares identificados en los adolescentes fueron: **interacción familiar negativa** 4.1%; **conflicto familiar** 4.1%, **agresión familiar** 5.9%; **desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos** 8.9%; **influencia del alcohol en la familia** 23.1%, **farmacodependencia en la familia** 3%; **conducta alcohólica en la familia** 4.7%. El área más afectada es la **comunicación e integración familiar** con un 83%.

Se encontró en total 72.2% de estrés en los adolescentes encuestados. El 76% de los adolescentes con ideación suicida y 61.4% sin ideación suicida se identificaron con estrés severo.

El 26% de adolescentes no tienen ideación suicida y 74% presentan ideación suicida.

A la aplicación del instrumento de auto concepto de Piers Harris se observó que los adolescentes presentan alteración en el auto concepto en las siguientes áreas: **auto concepto conductual** 41.4%, **auto concepto intelectual** 37.3%, **auto concepto físico** 49.1%, **problemas de tipo emocional (ansiedad)** 61.5%), **percepción de éxito en las relaciones con los otros (social popularidad)** 39.1%, **felicidad y satisfacción ante circunstancias personales** 34.3%.

Se encontró que los adolescentes sin y con ideación suicida pertenecen al género femenino (59.1% VS 67.2%) y son solteros (90.9% VS 97.6%) con una p no significativa. Los cuales el 70.5% sin ideación y el 63.2% con ideación pertenecen a familias nucleares.

En la comparación de adolescentes con ideación suicida y presencia de problemas familiares se obtuvieron los siguientes resultados: **falta de comunicación e integración familiar** 83.2%; **interacción familiar negativa** 4.8%; **conflictos familiares y agresión familiar** 5.6%; **desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos** 10%; **influencia del alcohol en la familia** 20.8%; **farmacodependencia en la familia** 3.2%; **conducta alcohólica en la familia** 4% no encontrándose una relación entre las variables.

Podemos resaltar que en los adolescentes sin ideación suicida se encuentra un alto porcentaje en el área de falta **de comunicación e integración familiar** 84.1%.

Al comparar adolescentes con ideación suicida y falta en el auto concepto se encontraron alteraciones en las siguientes áreas: **auto concepto intelectual** 34.4%; **auto concepto físico** 49.6%; **percepción de ausencia de problemas de tipo emocional y percepción de éxito en las relaciones con los otros** 40%. En la falta de **auto concepto conductual** y la ideación suicida con un 46.6% podemos decir que existe una asociación entre variables igualmente con la **ausencia de felicidad satisfacción** y la ideación suicida 40%(n=50) con una $p= 0.01$.

Los adolescentes que no presentan una percepción de comportamiento apropiada aumenta 2 veces el riesgo de tener ideación suicida con $p=0.026$, OR 2.308(1.0895-4.8911). Mientras que los adolescentes que son infelices presentan 3 veces más el riesgo de ideación suicida $p=0.008$, OR 3.0 (1.288-6.987).

COMENTARIO Y RECOMENDACIONES

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. La OMS afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, teniendo un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos.

En este grupo de estudio se encontraron 2 variables asociadas a la ideación suicida que son la falta de percepción de portarse de forma apropiada en diferentes tipos de situaciones y la falta de satisfacción ante las características y circunstancias personales.

Es importante por estos motivos identificar tempranamente la aparición de falta de felicidad y la falta de percepción de comportamiento adecuado para evitar los deseos de morir e ideas suicidas y así evitar que estas se transformen en una conducta.

Y tratar de prevenir la reaparición de ideación suicida, reducir los factores de riesgo que facilitan la aparición de suicidabilidad.

En base a este trabajo y los resultados obtenidos en otros estudios sería necesario promover una estrategia que nos permita ofertar una terapéutica óptima u orientación adecuada a estos adolescentes que les evite la ideación suicida. En el instituto se imparte el programa de JUVENIMSS en el cual se imparten pláticas sobre autoestima y plan de vida.

Se podría continuar esta línea de investigación identificando trastornos psiquiátricos aunados a estos adolescentes que como se vio en trabajos anteriores también forma un factor de riesgo importante para nuestro problema de investigación.

Igualmente sería relevante incluir nuevas variables de estudio que se han visto involucradas en la ideación suicida como son la victimización escolar, sintomatología depresiva y la conducta alimentaria de riesgo.

Se sugieren investigar factores protectores en nuestra población como lo refieren estudios anteriores, como la existencia de vinculo protector, disponibilidad de recursos

de ayuda y apoyo, la espiritualidad, sentido de responsabilidad por el bienestar de otras personas, esperanza, planes para el futuro, temor a la desaprobación social, disposición a pedir ayuda en caso de agravamiento.

Es necesario realizar más estudios de prevalencia, prevención y detección precoz de la ideación suicida con el fin de ofrecer a los pacientes un tratamiento adecuado y disminuir así el número de casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informática INdEGe. Estadísticas de intentos de Suicidio y Suicidios. Serie Boletín de Estadísticas Continuas Demográficas y Sociales. 2005;: 4-15.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos. [Online]. 2013 [consultado el 03 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/sociales/suicidios/>.
3. Salazar J. Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2012; 15(2): 688-717.
4. Quiceno M. Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. Terapia psicológica. 2013; 31(2): 263-271.
5. Eguiluz LL, Córdova MH, Rosales JC. Ante el suicidio su comprensión y tratamiento México D.F: PAX México; 2010.
6. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online]. 2015 [consultado el 02 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/es/>.
7. Valverde OA, Solano AC, Alfaro J, Rigioni ME, Vega M. BINASSS: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social. [Online]. 2001 [consultado el 02 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/proteccion2.pdf>.
8. Denegri M, Opazo C, Martinez G. Aprendizaje cooperativo y desarrollo del autoconcepto en estudiantes Chilenos. Revista de pedagogía, Caracas Universidad Central de Venezuela. 2007 enero-abril; 28(81): 14-36.
9. Gorostegui ME. Género y Autoconcepto: Un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de educación general básica. Psykhe. 2005 mayo; 14(1): 7-11.
10. Villarroel VA. Relación entre Autoconcepto y Rendimiento Académico. 2001 marzo 03. tesis.
11. Molina T, Gutiérrez A, Hernández L. Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. 2008 diciembre; 24(2): 98-115.
12. Vargas P, Latorre D, Parra S. Estresores Psicosociles y Depresión mayor recurrente. Salud Bosque. 2014 enero; 1(2): 139-146.
13. Artega A. El estrés en adolescentes. 2005 Marzo. Tesis.

14. Monge JA, Cubillas MJ. Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*. 2007; 17(1): 45-51.
15. Córdova M, Rosales J. Confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. 2012 marzo; XVI(26): 17-25.
16. Velasco ML, Luna MR. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja México: Pax México; 2006.
17. Gonzalez S, Díaz A, Ortiz S, González C, González JJ. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. 2000 abril; 2(23): 25-35.
18. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Biblioteca Virtual en Psicología. [Online]. Argentina 2012 [consultado el 2015 de agosto de 22]. Disponible en: http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2012-10-31_lineamientos-atencion-intento-suicidio.pdf.
19. Rosales Pérez J, Martha C. Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en Psicología*. 2013 Febrero;(28): 20-32.
20. Villareal González M, Sánchez Sosa J. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*. 2010; 19(3): 279-287.
21. Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*. 2007; Vol. 17(1): 45-51.
22. Jimenez Quenguan M, Hidalgo Bravo J. El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Cienc. Salud*. 2013 noviembre; 12(1): 59-83.
23. García Ramirez N. Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas. 2006..
24. Serrano Pereira M, Flores Galaz M. Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*. 2005 julio-diciembre; 15(2): 221-230.
25. Baader T, Urra E, Millán A R, Yáñez L. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Medico Clínica Condes*. 2011; 22(3): 303-309.
26. Calvo , Sánchez R, Tejada. Prevalencia y Factores asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *salud pública*. 2003 Noviembre; 2(5).

27. Córdova M, Rosales M, Caballero R. Ideación Suicida en Jóvenes universitarios: su Asociación con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*. 2007; 15(2): 17-20.
28. Sarmiento C, Aguilar J. Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*. 2011; 21(1): 25-30.
29. Rosales JC, Córdova M, Escobar MP. Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en Psicología*. 2013;(28): 20-31.
30. Gomez A. Evaluación del riesgo de suicidio. *Revista medico clinico Condes*. 2012; 23(5): 607-615.
31. Taliaferro L, Muehlenkamp J. Risk and Protective Factors that Distinguish Adolescents Who Attempt Suicide from Those Who Only Consider Suicide in the Past Year. *The Official journal of the American Association of Suicidology*. 2014; 44(1): 6-21.
32. Selby EA, Yen S. Six-Month Trajectory of Suicidal Ideation in Adolescents with Borderline personality Disorder. *The official Journal of the American Association of Suicidology*. 2014; 44(1): 89-100.
33. Hernández A, Eirano I, González IE, López YM. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. *MEDISAN*. 2013; 17(12): 9027-9035.
34. Campos RC, Basser A, Abreu H, Parreira T, Blatt SJ. Personality vulnerabilities in adolescent suicidality: The mediating role of psychological distress. *Bolletín of the Menninger Clinic*. 2014; 78(2): 115-133.
35. Christensen H, Batterham PJ, O'Dea B. E-Health Interventions for Suicide Prevention. *Environmental Research and Public Health*. 2014; 11: 8194-8212.
36. Ceballos GA, Suárez Y. Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de psicología. *CES Psicología*. 2012; 5(2): 88-100.
37. Fernández I, Ubillos S, Zubieta E. Universidad del País Vasco. [Online]. 2000 [consultado el 01 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1492921/Salud+y+Psicologia+Social>.
38. Jiménez M, Hidalgo J, Camargo C, Dulce B. El intento de suicidio en la población

- pediátrica, una alarmante realidad. *Revista salud*. 2013; 12(1): 59-83.
39. Morera. La valoración dde sucesos vitales: Adaptaciónn española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*. 1983; 1(4): 7-11.
 40. Campos R. Construcción de un instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes Costarricenses. 2009 febrero. Tesis.
 41. Contreras I, Luna C, Arrieta R. Auto- concepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol. *Medigraphic*. 2008 noviembre; 51(6): 239-242.
 42. González C, Andrade P. La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y de la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. 1995 abril; 18(4): 41-47.
 43. Goñi E. Personal self-concept and satisfaction with life in adolescence, youth and adulthood. 2015 octubre; 27(1): 90-97.
 44. Márquez M, Hernández L. Datos psicométricos del EMBU-I Mis memorias de crianza como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2007 Marzo-Abril; 30(2): 7-13.
 45. Pérez B, Rivera L, Atienzo EE, Castro F, Leyva A, Chávez R. 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): 98-110.
 46. Córdova Osnaya M, Rosales Pérez , Reyes Macías S. Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande, Guerrero (México). *Psicología Iberoamericana*. 2013; 21(2): 5-6.
 47. Ceballos Ospino G, Suarez Colorado Y. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. 2015 Enero-Junio; 12(1): 15-22.

ANEXOS



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PROBLEMAS FAMILIARES Y AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES CON Y SIN IDEACIÓN SUICIDA DE 10 A 19 AÑOS DE LA UMF NO. 20
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar los problemas familiares y auto concepto en adolescentes con y sin ideación suicida de 10 a 19 años de la UMF no. 20
Procedimientos:	Contestar un cuestionario
Posibles riesgos y molestias:	Requiere al menos 20 minutos para realizar la encuesta
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar los problemas familiares y auto concepto en adolescentes con y sin ideación suicida para su tratamiento oportuno
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La publicación de los resultados se realizará respetando las el anonimato de los participantes y le entregara el resultado en cuanto lo solicite las autoridades
Participación o retiro:	Podrá participar todos los adolescentes pertenecientes al grupo JuvenIMSS de 10 a 19 años
Privacidad y confidencialidad:	Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley general de Salud
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____	
Beneficios al término del estudio: _____	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. María Del Carmen Aguirre García, Médico Especialista en Medicina Familiar, Matricula 10859357, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20, Calzada Vallejo 675, Col. Nueva Vallejo, CP 07750 México, D.F. tel: 55874422 ext 15368, Mail: carmenaquirre1@yahoo.com.mx maria.aguirreg@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dra. Itzel Rivera Hernández , Residente de Primer Año de Medicina Familiar, Matricula: 99358917, Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20, Calzada Vallejo 675, Col. Nueva Vallejo, CP 07750 México, D.F. TEL 55874422 EXT 15368, Mail: itzeltigre@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

INSTRUMENTOS

Hola, esta es una encuesta importante para detectar problemas emocionales que afectan nuestra salud mental, por lo que te pido que leas con atención esta encuesta y contestes lo más cercano a tu manera de pensar y sentir, no es un examen , no existen respuestas correctas ni incorrectas.

NO DE CUENTA	
EDAD:	AÑO ESCOLAR:

Coloca una X en la respuesta según sea tu caso puedes tachar más de una opción.

SEXO:	Masculino ()			Femenino ()				
ESTADO CIVIL:	Casado ()	Soltero ()		Unión libre ()	Divorciado ()		Viudo ()	
TIENES HIJOS:	Si ()			No ()				
¿CON QUIÉN VIVES?	Papá ()	Mamá ()	Hermano(s) ()	Abuelo(s) ()	Tío (s) ()	Amigo(s) ()	Pareja ()	Hijos ()

ESCALA DE BECK, KOVACS Y WEISSMAN

De los siguientes enunciados **TACHA** el que describa cómo te sientes, es difícil decidir, elige la que más se acerque a tu sentir, no dejes ninguna en blanco.

1. Mi Deseo de vivir es:	De moderado a fuerte	Débil	Ninguno
2. Mi Deseo de morir es:	Ningún deseo	Débil deseo	Deseo de moderado a fuerte
3. Mis Razones para vivir contra las de morir :	Las de vivir superan a las de morir	Aproximadamente igual	Las de morir superan a las de vivir
4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio	Ningún deseo	Débil deseo	Deseo de moderado a fuerte
5. Deseo de suicidio pasivo:	Evitaría tomar las medidas necesarias para salvar o conservar la vida	Tomaría precauciones para salvarse	Dejaría la vida o la muerte al azar
6. Dimensión temporal: duración de la ideación o deseo suicida.	Breve ,durante periodos pasajeros	Durante Periodos más prolongados	Continua o casi continua
7. Dimensión temporal: frecuencia del suicidio:	Rara	Ocasional	Intermitente Persistente o continua
8. Actitud hacia la ideación o deseo:	De rechazo	Ambivalente, indiferente	De aceptación
9. Control sobre la acción suicida:	Tiene conciencia de control	Inseguro de control	no tiene conciencia de control
10. Impedimentos para un intento activo (por ejemplo, familia,	no lo intentaría debido a un impedimento	alguna preocupación acerca de los impedimentos	mínimas o ninguna preocupación acerca de los impedimentos

religión, irreversibilidad):			
11. Motivo del intento proyectado	No considerada	Combinación de la primera y la tercera	Huir, acabar, solucionar problemas
12. Método: especificidad y planificación del intento proyectado.	No considerada	Considerada, pero detalles no ultimados	Considerada, con detalles ultimados o bien formulados
13. Método: disponibilidad y oportunidad del intento proyectado.	Método no disponible oportunidad	Método que requeriría tiempo/esfuerzo ; oportunidad no fácilmente disponible	Método y oportunidad aprovechable Futura oportunidad o Disponibilidad del método anticipado
14. Sentido de la capacidad para llevar a cabo el intento:	No animado , demasiado débil, temeroso, incompetente	Inseguro del valor y la competencia	Seguro de la competencia y el valor
15. Expectativa/anticipación del intento actual:	No	Incierta, no segura	Si
16. Preparación actual del intento proyectado:	Ninguna	Parcial(por ejemplo empezando a reunir píldoras)	Completa (píldoras conseguidas ,pistola cargada)
17. Nota suicida:	ninguna	iniciada pero no completada	completa
18. Actos finales en anticipación a la muerte (por ejemplo, seguro, testamento):	Ninguna	Pensada o hechas algunas disposiciones	Hechos planes definidos o arreglos completos
19. Engaño/ocultamiento del suicidio proyectado:	Ideas reveladas abiertamente	Refrenado	Dispuesto a engañar , ocultar o mentir.

ESCALA DE ESTRÉS DE HOLMES Y RAHE

Tacha SI o NO la que más describa tu situación en cada enunciado, no dejes ninguno sin contestar.

	EVENTO	SI	NO	VALOR
1	Muerte de la pareja , padre o novio(a)			100
2	Divorcio (propio de los padres)			65
3	Pubertad			65
4	Embarazo (o causar embarazo)			65
5	Separación de la Pareja o terminación del noviazgo			60
6	Período en prisión			60
7	Muerte de un familiar cercano			60
8	Ruptura de compromiso marital			55
9	Compromiso de matrimonio			50
10	Heridas o enfermedades personales			45
11	Matrimonio			45
12	Entrar a universidad o siguiente nivel escolar (de pregrado a posgrado)			45
13	Cambio de independencia o responsabilidad			45
14	Uso de drogas o alcohol			45
15	Perder trabajo o ser expulsado de la escuela			45
16	Cambio en el uso de drogas o alcohol			45
17	Reconciliación con la pareja , familia o novio(a)			40
18	Problema en la escuela o académico			40
19	Problema serio de salud personal o de algún miembro de la familia			40
20	Trabajar y estudiar al mismo tiempo			35
21	Trabajar más de 40hrs a la semana			35
22	Cambio de carrera			35
23	Cambio en la frecuencia de salidas sociales con miembros del sexo contrario			35
24	Problemas de ajuste sexual			35
25	Nuevo miembro de la familia (nace un hermano o hijo propio o algún padre vuelve a casarse)			35
26	Cambio en las responsabilidades del trabajo actividades de la familia			35
27	Cambio en el estado financiero			30
28	Muerte de un amigo cercano(no miembro de la familia)			30
29	Cambio del tipo de trabajo o actividades			30

30	Cambio en el número de discusiones con la pareja , padres o amigos		30
31	Dormir menos de 8hrs al día		25
32	Problemas con la familia política o familia de la novia (o)(suegros)		25
33	Logro sobresaliente personal (premios, reconocimientos, etc.)		25
34	La pareja o padres comienzan o dejan de trabajar		20
35	Comienzo o fin del ciclo escolar		20
36	Cambio en condiciones de vida (visitas , remodelación etc.)		20
37	Cambios en hábitos personales (empezar o dejar una dieta, fumar, etc)		20
38	Alergias crónicas		20
39	Problemas con el jefe(a) o alto mando		20
40	Cambio de horas de trabajo		15
41	Cambio de residencia		15
42	Cambio a una nueva escuela (no por graduación) o institución educativa		10
43	Periodo premenstrual		15
44	Cambio de actividad religiosa		15
45	Deuda personal o de la familia		10
46	Cambio en la frecuencia de reuniones familiares		10
47	vacaciones		10
48	Vacaciones de navidad		10
49	Violación menor de la ley		5

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE PIERS-HARRIS

Instrucciones: Ahora lee las siguientes frases. Si la frase describe más o menos como te sientes la mayoría de las veces, me contestas **SI**. Si no eres como la frase dice, me contestas **NO**. No dejes ninguna sin contestar.

1	Mis compañeros de clase me toman o tomaban el pelo	SI	NO
2	Soy una persona feliz	SI	NO
3	Me cuesta tener amigos	SI	NO
4	A menudo estoy triste	SI	NO
5	Soy inteligente	SI	NO
6	Soy tímido	SI	NO
7	Me pongo nervioso cuando la maestra me llama	SI	NO
8	Me gusta cómo me veo	SI	NO
9	Me pongo o me ponía mal cuando tengo o tenía exámenes en la escuela	SI	NO
10	Cuando sea grande seré una persona importante en lo que quiera ser	SI	NO
11	Caigo mal a mis compañeros	SI	NO
12	Me porto o me portaba muy bien en la escuela	SI	NO

13	Cuando algo sale mal, generalmente es por mi culpa	SI	NO
14	Causo problemas a mi familia	SI	NO
15	Soy físicamente fuerte	SI	NO
16	Tengo buenas ideas	SI	NO
17	soy alguien importante en mi casa	SI	NO
18	En general, hago las cosas como yo quiero	SI	NO
19	Soy bueno en actividades manuales	SI	NO
20	Me doy por vencido fácilmente	SI	NO
21	Era o soy bueno en mi trabajo escolar	SI	NO
22	Hago muchas cosas mal	SI	NO
23	Puedo dibujar bien	SI	NO
24	Soy bueno en música	SI	NO
25	Me porto mal en casa	SI	NO
26	Era o soy lento para terminar mis tareas en la escuela	SI	NO
27	Soy alguien importante en casa	SI	NO
28	Soy nervioso	SI	NO
29	Tengo lindos ojos	SI	NO
30	Puedo dar buenas lecciones cuando pasaba o paso al frente.	SI	NO
31	En la escuela, me la paso pensando en otras cosas y no pongo atención	SI	NO
32	Molesto a mis hermanos	SI	NO
33	A mis amigos les gustan mis ideas	SI	NO
34	A menudo me meto en dificultades	SI	NO
35	Soy obediente en casa	SI	NO
36	Tengo suerte	SI	NO
37	Soy bastante intranquilo	SI	NO
38	Mis padres me exigen mucho	SI	NO
39	Me gusta ser como soy	SI	NO
40	Me siento dejado de lado	SI	NO
41	Tengo lindo pelo	SI	NO
42	A menudo me ofrezco para hacer trabajos como voluntario en la Escuela	SI	NO
43	Me gustaría ser diferente	SI	NO
44	Duermo bien de noche	SI	NO
45	Odio ir a la escuela	SI	NO
46	Soy uno de los últimos para ser elegido en los juegos	SI	NO
47	Me enfermo muy seguido	SI	NO
48	A menudo molesto a los demás	SI	NO
49	Mis compañeros de clase piensan que tengo buenas ideas	SI	NO
50	Soy poco feliz	SI	NO
51	Tengo muchos amigos	SI	NO
52	Soy alegre	SI	NO
53	Soy algo tonto-a	SI	NO
54	Luzco bien	SI	NO
55	Hago las cosas con muchas ganas	SI	NO
56	Me peleo con frecuencia	SI	NO
57	Me llevo bien con los varones	SI	NO
58	La gente opina mal de mi	SI	NO
59	Mi familia está desilusionada de mi	SI	NO
60	Tengo una cara agradable	SI	NO
61	Cuando trato de hacer algo, todo parece salir mal	SI	NO
62	Estoy incómodo en casa	SI	NO
63	Soy muy bueno en juegos y deportes	SI	NO
64	Soy torpe	SI	NO
65	Me gusta más mirar que jugar(en recreos o club)	SI	NO
66	Me olvido lo que aprendo	SI	NO
67	Todos se llevan bien conmigo	SI	NO
68	Me enoja fácilmente	SI	NO

69	Me llevo bien con las chicas	SI	NO
70	Leo muy bien	SI	NO
71	Trabajo mejor solo que en grupo	SI	NO
72	Siento un gran cariño por mis hermanos	SI	NO
73	Tengo buen cuerpo	SI	NO
74	A menudo siento miedo	SI	NO
75	Estoy siempre tirando y rompiendo cosas	SI	NO
76	Pueden confiar en mi	SI	NO
77	Me siento inferior a otros chicos	SI	NO
78	Tengo malos pensamientos	SI	NO
79	Lloro fácilmente	SI	NO
80	Soy una buena persona	SI	NO

INSTRUMENTO MAGDALENA ESPINOSA Y GÓMEZ.

Hola , ~~TACHA~~ el número que describa la manera como te sientes, aunque te sea un poco difícil decidir, no dejes ninguna sin contestar.

Totalmente de acuerdo (5)
De acuerdo (4))
Ni de cuerdo ni en desacuerdo (3)
En desacuerdo (2)
Totalmente en desacuerdo (1)

		Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
1	En mi familia nos evitamos unos a otros	1	2	3	4	5
2	En la casa son responsables de las labores del hogar	1	2	3	4	5
3	Mis padres se deprimen	1	2	3	4	5
4	Mis padres me regañan	1	2	3	4	5
5	Mis padres tienen desacuerdos	1	2	3	4	5
6	Algún miembro de mi familia fuma marihuana	1	2	3	4	5
7	Mi madre no acepta mi parecer	1	2	3	4	5
8	Me prohíben salir para hacer trabajos de la escuela	1	2	3	4	5
9	En mi casa, mi padre impone su criterio	1	2	3	4	5
10	En casa se agrede a los hijos	1	2	3	4	5
11	En casa suele haber faltas de respeto entre mis padres y los hijos	1	2	3	4	5
12	En casa, si no cumplo hay castigos	1	2	3	4	5
13	Nos burlamos unos de otros en mi familia	1	2	3	4	5
14	Si alguien bebe , en casa hay problemas	1	2	3	4	5
15	Cuando se enojan , mis padres se desquitan con los hijos	1	2	3	4	5

16	Mis hermanos (nas) se salen con la suya	1	2	3	4	5
17	Mis padres se agreden verbalmente	1	2	3	4	5
18	Podemos llevar a nuestros amigos a la casa	1	2	3	4	5
19	Antes de oírnos ,nuestros padres nos pegan	1	2	3	4	5
20	En casa la comunicación en agresiva	1	2	3	4	5
21	Algún miembro de mi familia toma barbitúricos	1	2	3	4	5
22	En casa no me dejan ir a fiestas	1	2	3	4	5
23	Mis padres muestran sus diferencias frente a nosotros	1	2	3	4	5
24	En mi familia hay agresiones verbales	1	2	3	4	5
25	Mi padre está desempleado	1	2	3	4	5
26	Cuando quiero un permiso , mis padres se echan la bolita	1	2	3	4	5
27	En mi familia comemos juntos	1	2	3	4	5
28	En mi casa los hombres ayudan al quehacer	1	2	3	4	5
29	Mis padres aceptan opiniones	1	2	3	4	5
30	Mis padres me prohíben tener novio(a)	1	2	3	4	5
31	Mi padre cela a mi madre	1	2	3	4	5
32	En casa se dan faltas de respeto entre mis padres	1	2	3	4	5
33	Asistimos juntos a la iglesia el domingo	1	2	3	4	5
34	Se hacen gastos innecesarios (alcohol) o en cosas no básicas.	1	2	3	4	5
35	Algún miembro de mi familia toma pastillas para dormir	1	2	3	4	5
36	En casa nos turnamos todos para lavar los trastes	1	2	3	4	5
37	Mi padre me ignora	1	2	3	4	5
38	Hay preferencia de mis padres por algunos de sus hijos	1	2	3	4	5
39	Con mis padres es imposible hablar	1	2	3	4	5
40	En mi familia nos ignoramos unos a otros	1	2	3	4	5
41	Los permisos se piden a mi padre	1	2	3	4	5
42	Celebramos los cumpleaños en mi familia	1	2	3	4	5
43	En mi casa no alcanza el dinero para pagarnos la escuela	1	2	3	4	5
44	Las reglas son iguales para hombres y mujeres	1	2	3	4	5
45	En mi familia, la comunicación es indirecta	1	2	3	4	5
46	En casa hay faltas de respeto entre los hermanos	1	2	3	4	5
47	En casa falta dinero para lo necesario	1	2	3	4	5
48	Mi padre quita autoridad a mi madre	1	2	3	4	5
49	Hay desinterés en mis padres para mis estudios	1	2	3	4	5
50	En mi familia son irrespetuosos con los secretos	1	2	3	4	5
51	En casa estamos en desacuerdo	1	2	3	4	5
52	En mi casa no convivimos	1	2	3	4	5
53	Mi familia está integrada	1	2	3	4	5
54	Con mi mama puedo hablar	1	2	3	4	5
55	Mis padres se quejan de lo que cuesta mantenerme	1	2	3	4	5
56	Mis padres se celan entre ellos	1	2	3	4	5
57	Mis padres permanecen mucho tiempo distanciados	1	2	3	4	5
58	En casa, los permisos se piden a mi nombre	1	2	3	4	5
59	Mis padres se contradicen	1	2	3	4	5
60	Mis padres me impiden salir con amigos	1	2	3	4	5
61	En mi familia me siento respetado (cuento con un lugar entre ellos)	1	2	3	4	5
62	En casa se molestan conmigo si bebo	1	2	3	4	5
63	Mis padres evitan conflictos ante nosotros	1	2	3	4	5
64	Mis padres hacen comparaciones entre los hijos	1	2	3	4	5
65	Respondemos mal a nuestros padres o mayores	1	2	3	4	5
66	Entre los miembros de mi familia hay comunicación	1	2	3	4	5
67	Mis padres no se dan apoyo personal mutuo	1	2	3	4	5
68	En mi familia podemos hablar de todo	1	2	3	4	5
69	A todos los hijos , mis padres los ayudan por igual	1	2	3	4	5

70	Entre mis padres no hay comunicación	1	2	3	4	5
71	En casa hay cosas de las que no se puede hablar	1	2	3	4	5
72	En mi casa se acostumbra a beber alcohol	1	2	3	4	5
73	Mi madre prefiere a mis hermanos(as) que a mí	1	2	3	4	5
74	Nos burlamos unos de otros en mi familia	1	2	3	4	5
75	Mis hermanos no me respetan	1	2	3	4	5
76	En mi casa es mi madre la que castiga	1	2	3	4	5
77	En casa los castigos los impone mi padre	1	2	3	4	5
78	En mi casa no se dicen las cosas claramente	1	2	3	4	5
79	El tabaco crea problemas en la familia	1	2	3	4	5
80	En mi familia son superficiales en las conversaciones	1	2	3	4	5
81	No recibo dinero para gastar lo necesario	1	2	3	4	5
82	En mi familia se acostumbra a fumar tabaco	1	2	3	4	5
83	En casa nadie saca la basura	1	2	3	4	5
84	En mi casa es difícil obtener permisos	1	2	3	4	5
85	Siento que en mi casa no me hacen caso, que me relegan	1	2	3	4	5
86	En casa, las tareas las repartimos entre todos	1	2	3	4	5
87	En casa falta lo necesario	1	2	3	4	5
88	Se dan críticas hirientes en la familia	1	2	3	4	5
89	Cuando lo necesito, mi padre me escucha	1	2	3	4	5
90	En casa se enojan si no acepto sus creencias	1	2	3	4	5
91	Hay confianza entre mis padres	1	2	3	4	5
92	Mis padres preferirían que no estudiara	1	2	3	4	5
93	En mi familia importa lo que yo pienso	1	2	3	4	5
94	En mi familia desayunamos juntos	1	2	3	4	5
95	Quien bebe en la familia no llega a la casa	1	2	3	4	5
96	En mi casa los hombres ayudan al quehacer	1	2	3	4	5
97	En mi familia no hay variedad de temas para hablar	1	2	3	4	5
98	La organización familiar se altera si alguien bebe	1	2	3	4	5
99	En casa nos gustan las mismas diversiones	1	2	3	4	5
100	Mis padres discuten	1	2	3	4	5
101	Cuando alguien bebe en casa, nos agrede a los demás	1	2	3	4	5
102	Al hablar en la familia nos insultamos	1	2	3	4	5
103	Vemos juntos la televisión	1	2	3	4	5
104	No nos damos los recados telefónicos	1	2	3	4	5
105	Puedo expresarme fácilmente con mi padre	1	2	3	4	5
106	Mis padres son injustos al castigar	1	2	3	4	5
107	En casa se hace lo que mi madre dice	1	2	3	4	5
108	Quien bebe en casa incita los demás a hacerlo	1	2	3	4	5
109	Mis padres se pelean, se gritan	1	2	3	4	5
110	Mi padre se enoja con mi madre cuando él bebe	1	2	3	4	5
111	Mis hermanos varones beben	1	2	3	4	5
112	Mis padres se expresan su afecto	1	2	3	4	5
113	En mi familia cenamos juntos	1	2	3	4	5
114	Mi madre se molesta con mi padre si el bebe	1	2	3	4	5
115	En casa, tengo que pedir permiso a mis dos padres	1	2	3	4	5
116	No se destina tiempo para la familia	1	2	3	4	5
117	Algún miembro de la familia toma antidepresivos	1	2	3	4	5
118	En casa la conducta el que bebe afecta a la familia	1	2	3	4	5
119	En mi familia no hay disposición para entender a los otros	1	2	3	4	5
120	Mis padres me culpan por sus problemas	1	2	3	4	5
121	Alguien de mi familia consume droga	1	2	3	4	5

