



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS
**HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON M.F. No. 1
“LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”**



TÍTULO

**EVENTOS CRÍTICOS E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 12 A 17
AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON
MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE CUERNAVACA, MORELOS.**

Número de registro SIRELCIS R-2019-1701-013

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

EDWARD JAVIER REYES MILLÁN

ASESORES DE TESIS

**D. EN C. RICARDO CASTREJÓN SALGADO
DRA. NANCY ELIZABETH JUÁREZ HUICOCHEA
DRA. BLANCA IVETT FRANCO NERI**

Cuernavaca, Morelos. Junio 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CARTA DE APROBACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1701.
H GRAL REGIONAL -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 18 CI 17 007 032
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 17 CEI 004 2018121

FECHA Viernes, 13 de diciembre de 2019

Dra. NANCY ELIZABETH JUAREZ HUICOCHEA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **EVENTOS CRÍTICOS E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE CUERNAVACA, MORELOS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2019-1701-013

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

ERIKA OSORNO DENIS

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1701

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**EVENTOS CRÍTICOS E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 12 A 17
AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON
MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE CUERNAVACA, MORELOS.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

EDWARD JAVIER REYES MILLÁN

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

DRA. ANITA ROMERO RAMÍREZ

COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ

COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARÍA CRISTINA VÁZQUEZ BELLO

COORD. AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

DRA. GLADHIS RUIZ CATALÁN

COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ROSALBA MORALES JAIMES

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR

ASESORES DE TESIS

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

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

DRA. BLANCA IVETT FRANCO NERI
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
H.G.R. C/MF No. 1 CUERNAVACA, MORELOS

Cuernavaca, Morelos. Junio 2021

**EVENTOS CRÍTICOS E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 12 A 17
AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON
MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE CUERNAVACA, MORELOS.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

EDWARD JAVIER REYES MILLÁN

PRESIDENTA DEL JURADO

DRA. TRINIDAD LEÓN ZEMPOALTECA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
H.G.R. C/MF No. 1 CUERNAVACA, MORELOS

SECRETARIA DEL JURADO

DRA. JANINNE FLORES FILIO

MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
H.G.R. C/MF No. 1 CUERNAVACA, MORELOS

VOCAL DEL JURADO

D. en C. RICARDO CASTREJÓN SALGADO

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No.3 JIUTEPEC, MORELOS

VOCAL DEL JURADO

DRA. NANCY ELIZABETH JUÁREZ HUICOCHEA

MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
H.G.R. C/MF No. 1 CUERNAVACA, MORELOS

VOCAL DEL JURADO

DRA. BLANCA IVETT FRANCO NERI

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
H.G.R. C/MF No. 1 CUERNAVACA, MORELOS

ÍNDICE

| Contenido | Pág. |
|---|------|
| Introducción | 1 |
| 1. Marco teórico | 2 |
| 1.1 Definición de adolescencia | 2 |
| 1.2 Definición de suicidio, conducta suicida e ideación suicida | 3 |
| 1.3 Clasificación de la ideación suicida | 6 |
| 1.4 Epidemiología del suicidio e ideación suicida | 6 |
| 1.5 Factores de riesgo | 8 |
| 1.6 Diagnóstico y tratamiento oportuno | 10 |
| 1.7 Eventos críticos | 11 |
| 1.8 Antecedentes de los eventos críticos e ideación suicida | 12 |
| 2. Justificación | 15 |
| 3. Planteamiento del problema | 16 |
| 4. Objetivos | 17 |
| 4.1 Objetivo general | 17 |
| 4.2 Objetivos específicos | 17 |
| 5. Hipótesis | 18 |
| 6. Materiales y métodos | 19 |
| 6.1 Diseño del estudio | 19 |
| 6.2 Unidad de trabajo | 19 |
| 6.3 Tiempo | 19 |
| 6.4 Universo de trabajo | 19 |

| | |
|---|----|
| 6.5 Cálculo del tamaño de la muestra | 20 |
| 6.6 Técnica de muestreo | 21 |
| 6.7 Recolección de datos | 21 |
| 6.8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación | 22 |
| 6.9 Descripción de variables | 24 |
| 6.10 Descripción de las herramientas a utilizar | 27 |
| 6.11 Plan de análisis | 30 |
| | |
| 7. Aspectos éticos | 31 |
| | |
| 8. Recursos, financiamiento y factibilidad | 33 |
| | |
| 9. Resultados | 34 |
| | |
| 10. Discusión | 42 |
| | |
| 11. Conclusiones | 45 |
| | |
| 12. Referencias bibliográficas | 46 |
| | |
| 13. Anexos | |
| 13.1 Anexo 1. Consentimiento informado | 48 |
| 13.2 Anexo 2. Asentimiento informado | 51 |
| 13.3 Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico | 53 |
| 13.4 Anexo 4. Escala de ideación suicida de Beck | 55 |
| 13.5 Anexo 5. Escala de eventos críticos de Thomas Holmes | 57 |
| 13.6 Anexo 6. Cronograma de actividades | 59 |

EVENTOS CRÍTICOS E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE CUERNAVACA, MORELOS.

Resumen.

Antecedentes. El suicidio actualmente representa la tercera causa de muerte entre los 15 a 24 años de edad. Esto obliga a implementar acciones tempranas para detectar y tratar a tiempo las diversas conductas suicidas; gran relevancia cobra el estudio de la ideación suicida por considerarse el principal factor predictor para llegar al suicidio. **Objetivo.** Determinar la relación entre los eventos críticos y la ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1. **Materiales y métodos.** Estudio transversal, analítico, con técnica de muestreo no probabilístico a conveniencia, en 267 adolescentes de 12 a 17 años de edad. Se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck y la Escala de Eventos Críticos de Thomas Holmes, ambos validados en población mexicana. Para el análisis descriptivo se utilizó la media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Mientras que, para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para la relación de variables se utilizaron las pruebas estadísticas de Chi Cuadrada o Exacta de Fisher según correspondió. Se realizó un modelo de regresión logística para evaluar la asociación entre las variables. **Resultados.** Se estudiaron a 267 adolescentes de 12 a 17 años de edad. En donde, de los 45 (16.85%) que presentaron ideación suicida, 13 (28.88%) refirieron algún grado de crisis y 32 (71.11%) sin crisis. En comparación con 222 (83.15%) que no presentaron ideación suicida, en donde 211 (95.05%) no tuvieron crisis y 11 (4.95%) algún tipo de crisis. Ésta relación entre ideación suicida y eventos críticos fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Además, se observó que la posibilidad de presentar ideación suicida entre aquellos adolescentes con algún tipo de crisis fue 7.79 veces más en comparación con aquellos que no refirieron tener algún tipo de crisis (OR 7.79 IC95% 3.21, 18.87; $p < 0.001$). **Conclusión:** Se encontró asociación entre los eventos críticos y la ideación suicida.

Palabras clave: suicidio, ideación suicida, eventos críticos estresantes, adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes constituyen un grupo vulnerable cuando de suicidio hablamos. No sólo por encontrarse en una etapa de su desarrollo con múltiples cambios físicos, biológicos, sociales y emocionales; sino porque, además son más susceptibles al no poder sobrellevar esos cambios o los eventos vitales negativos que pudieran presentárseles.

El suicidio representa en nuestra región, una de las primeras causas de muerte entre los adolescentes, lo que por sí mismo se ha convertido en un problema de salud pública. Si bien es cierto que la mayoría de las estadísticas nos hablan de aquellos suicidios consumados, es de llamar la atención que a la fecha existen pocos datos respecto a la ideación suicida, planeación suicida o intento suicida, considerados como los eventos previos al desenlace fatal del suicidio.

Se observa entonces que el estudio de la ideación suicida, entendido como uno de los principales predictores para llegar al suicidio consumado o como el eslabón inicial de una cadena de sucesos que pudieran conducir al suicidio consumado, toma gran relevancia para identificar en etapas tempranas a los adolescentes en riesgo de suicidarse.

Hay evidencia en estudios previos, de que la existencia de eventos de vida negativos, eventos críticos o estresores que alteran la estabilidad emocional del adolescente, pueden influir en el desarrollo de ideación suicida. Siendo ese preciso momento, el ideal para lograr su identificación y realizar acciones en aras de evitar la progresión en el adolescente hacia el suicidio consumado.

Aún falta trabajo por hacer respecto al suicidio en el primer nivel de atención, sin embargo, lograr el tamizaje e identificación de los adolescentes con ideación suicida podría tener un impacto positivo en la reducción de los casos de suicidio.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Definición de adolescencia

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la etapa que sucede a la niñez y que precede a la adultez, comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Se divide en dos periodos: la adolescencia temprana, entre los 10 y 14 años; y la adolescencia tardía, entre los 15 y los 19 años. Es además considerada una de las etapas de transición que mayores cambios trae para quien la atraviesa, marcada por un acelerado crecimiento y desarrollo que sólo puede compararse con el de los lactantes. Esta fase del crecimiento trae consigo numerosos cambios biológicos, físicos y psicológicos, los cuales habrán de asimilarse de forma distinta en cada individuo según su contexto personal y del entorno (1).

Los patrones de conducta que se establecen en la adolescencia implican un gran desafío en los jóvenes para no caer en actividades de riesgo como adicciones, prácticas sexuales sin protección, embarazos no planeados, problemas con la ley, actitud de desafío a la autoridad de padres y otros adultos, etc. (1).

La adolescencia ve marcada su inicio con la pubertad, etapa en la que se sobrevienen los primeros cambios biológicos como el incremento ponderal y de estatura, aparición de caracteres sexuales secundarios, maduración de los ejes hormonales, la menarca, la autoexploración; pero no sólo eso, también se presentan cambios importantes a nivel emocional como el desarrollo de sentimientos por el sexo opuesto, sentimientos de autopercepción y aceptación, emociones sobre las relaciones interpersonales con los padres y en general con los demás. Estos cambios son asimilados en una amplia gama de formas, principalmente condicionados por la inmadurez cognoscitiva, emocional y por la falta de experiencia y vivencias que se presentan a esta temprana edad. El adolescente tiene frente a sí un vertiginoso ascenso y descenso de emociones, cambios físicos y biológicos,

todos a la vez, lo que lo hace aún más vulnerable e incapaz de dar rumbo correcto a esta etapa de su ciclo vital por sí mismo (2).

La guía de un adulto responsable a través de toda esta etapa de la adolescencia permitirá al joven transitar hacia una adultez sana y bien cimentada en sus bases físicas, biológicas, psicológicas, emocionales y de salud (2).

1.2 Definición de suicidio, conducta suicida e ideación suicida

1.2.1 Definición de suicidio

El suicidio se ha establecido como una pandemia en las últimas décadas. Cada vez más prevalente en la población joven, pero que no sólo afecta a quien lo comete, sino que se expande a su círculo más cercano teniendo un efecto de onda expansiva; éste efecto presente en el suicidio lo ha convertido ya en un problema de salud pública que ha merecido la atención de los sistemas de salud a nivel mundial (3).

La OMS define al suicidio como “el acto de matarse deliberadamente”; en un sentido más amplio lo define como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (3). Etimológicamente la palabra suicidio proveniente del latín *sui* y *occidere* que significa: matarse a uno mismo. Así mismo se considera que el suicidio es un acto prevenible, por lo que las acciones destinadas a éste fin son un indicador de evaluación para los objetivos de desarrollo sostenible (5,7).

En el ámbito local, existe consenso entre la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de definir al suicidio como “la acción de matarse a sí mismo” (4,5).

1.2.2 Definición de conducta suicida

La conducta suicida involucra una amplia gama de eventos que por sí mismos buscan un resultado letal en quien la padece en mayor o menor medida. Está determinada por aspectos inicialmente cognitivos hasta llegar a los conductuales, aunque su presentación no sigue un patrón en ese orden en la mayoría de los casos (6,10).

La OMS define a la conducta suicida como “una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer el suicidio” (3). En América Latina y el Caribe, se ha adoptado la misma acepción que a nivel mundial. Sin embargo, según informes de la OPS existe una amplia oportunidad de mejora para comprender la conducta suicida en su conjunto. Pues si bien se tienen datos certeros sobre la mortalidad por suicidio, aún faltan datos sobre la conducta suicida en su amplia gama de presentación incluyendo la ideación, planeación e intento suicidas (4). En un concepto académico, el *Diagnosis Statistical Manual of Mental Disorders DSM V*, define a la conducta suicida como una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte (11).

Por lo tanto, el proceso suicida puede ser considerado como una secuencia progresiva de acciones que debutan con la ideación suicida (pensamientos sobre cómo quitarse la vida), le sigue el intento suicida (mostrando cada vez mayor intencionalidad letal) y el suicidio consumado (8).

1.2.3 Definición de ideación suicida

La ideación suicida, aunque no es un factor determinante para llegar al suicidio, es considerada como el eslabón principal de una cadena de eventos que puede concluir con la consumación del suicidio, atravesando por la planeación suicida y el

intento suicidio. Es considerado uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio, aun así, ha tenido un menor estudio con respecto al intento suicida o el suicidio consumado (10).

Consistente con lo que refiere Eguiluz quien menciona que la ideación suicida “es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado, caracterizado por pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (8).

Por consenso mundial, la OMS incluye a la ideación suicida dentro del amplio concepto de la conducta suicida (3). En el ámbito local, la OPS hace mención de igual manera, que la ideación suicida es el primer aspecto presente en la conducta suicida, seguida por el intento y finalmente la consumación del acto suicida (4).

Vargas y Saavedra definen a la ideación suicida como aquel aspecto cognitivo de la conducta suicida, que involucra un amplio campo de pensamiento que pueden presentarse como (10):

- El deseo de morir.
- La representación suicida.
- La ideación suicida sin planeamiento de la acción.
- La ideación suicida con una planificación indeterminada.
- Intensa preocupación autodestructiva.

La ideación suicida no debe abordarse ni entenderse como una enfermedad de etiología mental pura, es decir una psicopatología intrínseca; por el contrario, debe abordarse desde sus distintas aristas, es decir, entenderlo como un comportamiento determinado por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales. La ideación suicida como etapa inicial del continuo denominado suicidio (8).

1.3 Clasificación de la ideación suicida

Tomando como referencia el concepto de la OMS que define a la conducta suicida como “una diversidad de comportamientos que incluyen **pensar en el suicidio** (ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer el suicidio” (3); podemos establecer que la ideación suicida forma parte en sí misma de las conductas suicidas.

Partiendo del punto anterior y basándonos en el resultado de la conducta suicida podemos clasificarla como sigue:

- **Ideación suicida:** pensamientos intrusivos sobre la muerte propia. Pueden incluirse el deseo de morir, la representación suicida, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, la ideación suicida con un plan indeterminado, la ideación suicida con una planificación determinada (10,13).

1.4 Epidemiología del suicidio e ideación suicida

En el mundo el suicidio mostró un aumento del 60% en los últimos 45 años, siendo la tercera causa de muerte entre personas de 15 a 24 años, sólo superado por los accidentes automovilísticos y el cáncer. Por otro lado, el intento suicida es una de los primeros motivos de atención en unidades de atención psiquiatría en niños y adolescentes (4).

Según cifras de la OMS para el 2012 a nivel mundial, se tuvo registro de 804 000 muertes por suicidio; es decir, en promedio 11.4 suicidios por cada 100 000 habitantes (teniendo una prevalencia mayor en hombres 15,0 que entre mujeres 8,0). Asimismo, se observa que la tasa de suicidio es mayor en países con mayor ingreso que en los de ingresos bajos (12,7 frente a 11,2 por 100 000 habitantes, respectivamente). Se estima que para el 2020 más de un millón y medio de

personas morirán por suicidio y entre 10 y 20 veces más personas presentar un intento suicida (3).

Para la OPS, el suicidio no debe medirse únicamente por las muertes reportadas, pues como se ha mencionado, ese es solo el resultado de una cadena de eventos con un desenlace fatal. Se estima que por cada suicidio pueden ocurrir 20 intentos suicidas. Por ejemplo, en Puerto Rico, durante el 2014 se presentaron 229 reporte de muerte por suicidio, lo cual implicaría que existieron al menos 4 580 casos de intento suicida (4).

En América Latina y el Caribe se reportan alrededor de 65 000 muertes por suicidio anualmente, con una tasa de 7.3 por cada 100 000 habitantes. Las cifras arrojan que es cada vez más frecuente su prevalencia en personas jóvenes (tercera causa de muerte entre los 10 y 24 años) (4).

En México, de acuerdo al INEGI, en las últimas cuatro décadas el suicidio ha aumentado cerca del 275%, pasando de una tasa de 1,13 casos por 100 000 habitantes en 1970 a 4,12 casos por cada 100 000 habitantes en 2007. Se ha observado que, del total de casos de suicidio, el 54% ocurre entre los 15 y 34 años de edad; con un pico de casos entre los 20 y 24 años de 7.13 suicidios por 100 000 habitantes. En nuestro país, el suicidio ocupa también el tercer lugar como causa de muerte entre los 15 y 25 años, el cuarto entre 25 y 29 años y el quinto entre los 30 y 34 años. Es más frecuente en hombres siendo actualmente la relación de casi 5:1 con respecto a las mujeres. El intento suicida se presentó en 2.7% de las personas entre 18 y 65 años, mientras que en adolescentes fue del 4.3%. La mayor cantidad de intentos suicidas ocurrió entre los 12 y 35 años, presentándose con más frecuencia en las mujeres (3.6%), que en los hombres (1.8%) (4,5,12).

Para el caso de la ideación suicida, se ha observado que existe mayor prevalencia entre el grupo de 12 a 17 años de edad, disminuyendo paulatinamente según avanza la edad. La Encuesta Nacional de Adicciones en 2008 reportó que el 10.01%

de los jóvenes entre 12 y 17 años tuvo ideación suicida durante al menos los 12 meses previos a su entrevista; disminuyendo paulatinamente conforme avanzaban los grupos etarios siendo consistente con las estadísticas nacionales e internacionales (12).

1.5 Factores de riesgo

Ante el crecimiento acelerado de los casos de suicidio y de las conductas suicidas a nivel mundial, se hace imperativo buscar acciones encaminadas a su prevención y detección oportuna. Tarea que puede iniciarse al conocer los factores asociados a estos eventos letales. En los últimos años se ha impulsado la investigación de esas conductas, donde los primeros resultados muestran que no es viable analizar un fenómeno tan complejo de manera unicausal. Se acepta la idea de que existen factores genéticos, ambientales, psicológicos y sociales que de manera conjunta predisponen a una persona para generar ideación suicida (4).

Entre los factores predisponentes más determinantes para desarrollar estas conductas suicidas se encuentran (4):

- La enfermedad mental, como la depresión, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias; que dan origen a la ideación y planeación suicida.
- Conducta impulsiva en respuesta a eventos de la vida; mostrando una influencia fuerte para el paso de la planeación al intento suicida.
- Una enfermedad física grave. Lo que aumenta la posibilidad de desarrollar una enfermedad mental o influyendo directo sobre la ideación y el plan suicida.

Otra forma de clasificar a los factores que podrían contribuir a la aparición de estas conductas suicidas, en específico a la ideación e intento suicida (10):

- Individuales (10):

- Edad: pico de intentos suicidas entre los 16 y 18 años.
 - Sexo: hombres con índice de suicidios; mujeres con mayor índice de intento suicida.
 - Factores biológicos y genéticos. Se ha observado que en algunos jóvenes suicidas los niveles plasmáticos de serotonina se encuentran disminuidos.
 - Trastornos mentales: en cerca del 90% de los jóvenes que cometen suicidio se ha identificado una enfermedad psiquiátrica asociada (tales como trastornos depresivos, distimias, trastornos de ansiedad, abuso de nicotina, consumo de alcohol, trastornos de la alimentación, conductas antisociales, trastornos del sueño como insomnio y pesadillas).
 - Intento de suicidio previo.
 - Orientación sexual. Adolescentes homosexuales y bisexuales tuvieron más reporte de intento suicida.
 - Abuso sexual y físico.
- Familiares (10):
 - Conductas suicidas en miembros de la familia.
 - Salud física y mental de los miembros de la familia.
 - Características socioeconómicas de la familia. Se proponen dos características de éste aspecto familiar con impacto directo sobre la conducta suicida en adolescentes: nivel educativo del padre y preocupación sobre la situación económica de la familia.
 - Estructura familiar. Relacionado a cohabitar con los padres, vivir apartado de ellos, numero de hermanos, orden de nacimiento, etc.
 - Relaciones familiares. Buena comunicación y sentirse comprendido por los miembros de la familia.
- Sociales (10):
 - Exposición a conductas suicidas de amigos.

- Exposición a medios de comunicación.
- Acontecimientos vitales estresantes.
- Rendimiento escolar.
- Relación con pares: bullying (relacionado con un alto nivel de estrés), pérdida de un amigo, humillación reciente, conflicto con compañeros, ruptura reciente de una relación amorosa.

Es así pues que estamos ante una serie de factores facilitadores que pueden precipitar las conductas suicidas. Más aún, muchos de estos factores iniciaran por detonar la aparición de la ideación suicida lo que abrirá la puerta a la serie de fenómenos que, dependiendo del sujeto, llevaran al intento suicida con mayor o menor letalidad según sea el caso (4).

1.6 Diagnóstico y tratamiento oportuno

Desde la aparición de la ideación suicida hasta la consumación del suicidio existe una amplia gama de presentaciones clínicas que hace difícil su detección y, por tanto, su tratamiento oportuno. Además de que no necesariamente se presentan de forma secuenciada cada una de las conductas suicidas; lo que hace impredecible su curso. Sin embargo, el médico cuenta con instrumentos de evaluación que son de mucha utilidad para recabar información del paciente respecto a sus relaciones familiares, los eventos críticos por los que atraviesa el individuo y su red de apoyo más cercano como la familia, la autopercepción, aspectos sociodemográficos, entre otros., que habrán de servir como base para la identificación de los casos probables suicidas, así como para instaurar un tratamiento temprano (4).

El término diátesis hace referencia a la predisposición que tienen algunos individuos de adquirir alguna enfermedad. En el modelo estrés-diátesis se busca explicar cómo los factores estresantes cotidianos pueden influir en la aparición de conductas suicidas; lo anterior sin dejar de lado el aspecto genético que por sí mismo es un factor de riesgo importante. Estos factores estresantes, como predictores de

aparición de la conducta suicida, plantea una ventana de oportunidad para su detección oportuna (8).

1.7 Eventos críticos

Un evento crítico se define como toda aquella vivencia, experiencia o hecho suscitado en la vida de una persona y/o familia que tiene como resultado la producción de estrés o tensión y un cambio (9).

Estos eventos críticos pueden ser clasificados según su aparición en:

- Del desarrollo, normativas o esperadas.
- Accidentales, no normativas o no esperadas.

Las crisis del desarrollo o normativas como su nombre lo indica, son parte inherente al ser humano en su evolución natural. Es decir, al pasar de ser niño, a adolescente y adulto se presentarán situaciones predecibles y esperadas, que habrán de experimentar la mayoría de las personas y familias. La capacidad de comprender y asimilar estos eventos determinará el grado de estrés que provocarán en quienes los atraviesan. Algunos de estos eventos son: matrimonio, embarazo, nacimiento, inicio escolar, adolescencia, graduación escolar, empezar a trabajar, retiro, viudez, entre otros (9).

Las crisis accidentales o no normativas, son todos aquellos eventos que se suscitan de manera espontánea e impredecible en la vida de una persona o familia y que dan como resultado un desequilibrio emocional en quien los presenta, así como conflicto en su resolución de manera efectiva. Algunos ejemplos de estos eventos críticos son: embarazo no planeado, enfermedades de transmisión sexual, accidentes o lesiones en algún miembro de la familia, muerte de un ser cercano, problemas escolares, divorcio de los padres, por mencionar algunos (9).

Existen diversas formas de abordar el tema de los eventos críticos, contamos con diversos instrumentos que permitirán de manera temprana evaluar como los eventos tanto normativos como no normativos están impactando en la salud mental de quien los padece (16). No obstante, se tiene que considerar que los eventos críticos son parte de la vida y que, en mayor o menor medida, dependerá del sujeto mismo y de su capacidad para afrontar estos eventos, con toma de decisiones adecuadas, quien podrá resolver de mejor manera ese conflicto.

1.8 Antecedentes entre eventos críticos e ideación suicida.

Pérez-Amezcuca et al. (2010, México) realizaron un estudio para identificar los factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la república mexicana. Estudio transversal, en edades entre 14 y 19 años. Para este estudio se empleó la escala de Okasha para ideación suicida, así como un cuestionario sociodemográfico. Los resultados obtenidos muestran que el 47% de los estudiantes reportaron ideación suicida. El síntoma que mayormente fue mencionado, con un 39% de los participantes fue “haber vivido situaciones en que se ha deseado dejar de existir”. Para el estado de Morelos, éste estudio mostró una prevalencia de ideación suicida del 52% y de intento suicida del 8%. Al evaluar algunos eventos críticos, descritos por el autor como factores asociados a ideación suicida, se encontró que el haber tenido relaciones sexuales aumenta en 28% la posibilidad de ideación suicida en mujeres comparado con las que no han iniciado vida sexual. Los estudiantes con mala comunicación con sus padres tienen 30% más posibilidad de presentar ideación suicida. Aquellos que atravesaron por abuso sexual tienen 92% más posibilidad de presentar ideación; quienes tienen bajo apoyo familiar 69%, ansiedad 28% y poco reconocimiento escolar 36% más posibilidad. Las adicciones por su parte mostraron las siguientes posibilidades de aumentar la ideación suicida, alcohol 60%, tabaco 30% y otras drogas 22% (17).

Córdoba Osnaya, et al. (2007, México) tuvieron como propósito evaluar la ideación suicida en jóvenes universitarios y su asociación con diversos aspectos

psicosociodemográficos. Mediante un estudio transversal, descriptivo y observacional, se evaluaron a 521 estudiantes entre los 17 a 29 años. Se aplicaron dos instrumentos de evaluación: una ficha psicosociodemográfica y la escala de ideación suicida de Beck, encontrando que un 59.9% de los estudiantes presentaron ideación suicida. La autoestima se mostró como una variable de protección, mientras que, el estrés psicosocial y sus consecuencias emocionales se mostró como un predictor de riesgo. Dentro de los aspectos psicosociodemográficos que guardaron relación significativa con la ideación suicida se encontraron: cuando el joven no trabaja, haber vivido su infancia o adolescencia sólo con la madre o un familiar, el consumir cigarro, café, alcohol o drogas, percibir que su vida ha sido trastornada por uno o más elementos, sentir que las personas con las que verdaderamente cuenta no son de la familia, cuando el dinero no cubre todas sus necesidades, el haber recibido atención psicológica, referir pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismos, percibir su futuro como difícil e incierto (18).

Pérez Chan M. (2015, México) buscó identificar la relación entre ideación e intento suicida y la familia multiproblemática en adolescentes. Mediante un estudio observacional, transversal y analítico se evaluó a una población de 201 adolescentes, obtenida mediante un procedimiento de muestreo no probabilístico y por conveniencia, las edades fueron de 10 a 19 años. Se aplicó la escala de ideación suicida de Beck y una escala de evaluación familiar. Encontrando una prevalencia de ideación suicida del 18.4%. Entre las razones que más se refirieron para pensar en el intento suicida fueron el de escapar, acabar, salir de problemas con una frecuencia de 37.8%. En cuanto a las familias de los adolescentes se observó una incidencia de 22.4% para las consideradas como multiproblemáticas, las dimensiones con más probabilidad de presentar ideación suicida fue la farmacodependencia y la conducta alcohólica. Además, se observó que los adolescentes con familias multiproblemáticas tienen 157 veces más probabilidad de presentar ideación suicida en comparación con aquellas familias no multiproblemáticas (19).

Hernández Cervantes Q. y cols., (2006, México) evaluaron el riesgo suicida y el estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. Mediante un estudio observacional, transversal y analítico; entre 13 a 18 años. Se llevó a cabo la aplicación de dos instrumentos: el Cuestionario de Sucesos de Vida y el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS). Su conclusión fue que encontraron una relación entre el riesgo suicida y los estresores. Entre los estresores que mayor correlación tuvieron con el riesgo suicida son: haber tenido una desilusión amorosa, no dormir lo suficiente, haber quedado embarazada, no tener dinero, haber tenido cambios negativos en su forma de ser, el ser lastimado o abusado por alguien más, sentir rechazo por algún maestro, haber pensado en matarse y deprimirse fácilmente (20).

2. JUSTIFICACIÓN

Se sabe que el suicidio en jóvenes constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Datos de la OMS, lo posiciona como la segunda causa de muerte violenta entre jóvenes de 15 a 29 años de edad; mientras que en América Latina se ubica dentro de las tres primeras causas de muerte en el grupo de los 10 a 25 años. En México se estima que 4 de cada 10 muertes en jóvenes de entre 15 a 29 años es por suicidio. El estudio de la ideación suicida cobra cada vez mayor importancia debido a que se considera uno de los principales predictores para llegar al suicidio consumado, así como la etapa inicial para llegar al suicidio consumado. La ideación suicida se considera como un evento multicausal, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

Por otra parte, se conoce que la adolescencia por sí sola, representa una etapa compleja y llena de dificultades. Aunado a eso, es en ésta transición de la niñez a la adultez donde se enfrentan grandes cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales; mismos que, dependiendo de la adaptabilidad o labilidad de quien la cursa, tendrá un impacto positivo o negativo en su camino hacia la madurez. Típicamente el adolescente tiene que lidiar con situaciones que lo colocan ante mucho estrés, tales como problemas psicosociales, relaciones interpersonales, vida sexual, mayor responsabilidad social y académica, desarrollo de un sentido de identidad, necesidad de autonomía, urgencia de madurez emocional, rechazo a la autoridad de los padres, entre otros. Estos eventos críticos pueden provocar en él, síntomas depresivos o conductas suicidas por la incapacidad de enfrentar estos cambios biopsicosociales propios de esta etapa de la vida.

Ante tal problemática es necesario mantener programas de orientación a población vulnerable y de detección temprana de las conductas suicidas como la ideación suicida; que por sí misma se puede describir como el eslabón inicial de la cadena de acontecimientos que pasa por la planeación, el intento suicida y termina con el suicidio consumado. Es por ello que resulta importante el estudio de esta conducta suicida en su etapa inicial y su relación con eventos críticos por lo que atraviesa el adolescente que nos de pautas para el desarrollo de estrategias de prevención.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio a nivel mundial ha mostrado una tendencia ascendente alcanzando dimensiones de epidemia mundial. Sin que México sea la excepción mostrando una tendencia similar. Sin embargo, es de llamar la atención que, en la última década, la mayor concentración de casos de suicidio se ha presentado en personas de 15 a 29 años de edad, siendo la tercera causa de muerte en ese grupo etario.

Existen varios factores que pueden contribuir a cometer suicidio; sin embargo, debemos mencionar como el principal factor de riesgo a la ideación suicida. A su vez la ideación suicida puede ser desencadenada por múltiples causas, a saber: eventos vitales estresantes, factores biológicos, psicológicos y sociales. No es de extrañar entonces que justo los adolescentes, por su falta de habilidad para manejar el estrés y sus emociones, sean los más vulnerables para desarrollar ideación suicida, pudiendo evolucionar a planeación, intento suicida y suicidio consumado.

A pesar de lo relevante y trascendente que resulta el estudio de la ideación suicida y su relación con los eventos críticos en adolescentes, es poca la información que se tiene al respecto. Mucha de ella proviene de estudios cualitativos, en los cuales no es posible establecer la magnitud de la problemática actual de lo que pasa en los adolescentes con ideación suicida y los eventos críticos.

Por lo anterior, para el presente estudio nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre los eventos críticos y la ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, usuarios de la consulta externa de medicina familiar?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general.

- Determinar la relación entre los eventos críticos y la ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, usuarios de la consulta externa de medicina familiar.

4.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar a los sujetos participantes de acuerdo con sus aspectos sociodemográficos y clínicos.
- Conocer la frecuencia de los eventos críticos en los adolescentes adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, a través de la escala de eventos críticos de Thomas Holmes.
- Conocer la frecuencia de ideación suicida en los adolescentes adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, a través de la escala de ideación suicida de Beck.

5. HIPÓTESIS

Con base en la literatura consultada, se espera encontrar que existe relación entre los eventos críticos y la ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, usuarios de la consulta externa de medicina familiar

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Tipo y diseño.

Es un estudio observacional, transversal y analítico.

6.2 Unidad de trabajo.

Consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, de Cuernavaca, Morelos.

6.3 Tiempo.

De marzo 2019 a junio 2021.

6.4 Universo de trabajo.

Adolescentes con edades entre los 12 a 17 años, adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, usuarios de la consulta externa de medicina familiar; que aceptaron participar en nuestro estudio, previa firma de autorización del consentimiento informado por el padre/madre o tutor, así como del asentimiento informado por parte del adolescente.

6.5 Cálculo de tamaño de la muestra.

El cálculo de tamaño de muestra se realizó tomando como referencia la bibliografía consultada, en donde Pérez-Amezcuca y cols, reportaron para el estado de Morelos una prevalencia de ideación suicida del 52% en adolescentes. Para lo cual se utilizó la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para una proporción y población infinita:

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

Z_{α^2} = Nivel de seguridad del estudio (95%) = 1.96²

p. Probabilidad de que ocurra el evento de interés: prevalencia de ideación suicida de 52% = 0.52

q. Probabilidad de que no ocurra el evento (1 – p): 1 - 0.52 = 0.48

d. Precisión o margen de error = 6%

Tamaño de muestra estimado: 267 adolescentes

Cabe mencionar, que en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, se contaba con el censo total de adolescentes adscritos a la consulta externa en un rango de edad de 10 a 19 años (como lo marca en su programa integrado de salud del adolescente y en concordancia con la edad de la adolescencia según la OMS). Sin embargo, en éste estudio se analizó únicamente el subgrupo de adolescentes con edad entre 12 a 17 años, con la finalidad de comparar resultados con los principales estudios descritos en México en materia de suicidio: ENCODAT 2016, ENSANUT-MC 2016 y del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Por lo anterior y, al no contar con el censo exclusivo de adolescentes con edad entre 12 a 17 años, se decidió emplear la fórmula para una proporción y población infinita.

6.6 Técnica de muestreo.

No probabilístico, por conveniencia.

6.7 Recolección de datos.

Se realizó en la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, de lunes a viernes y en ambos turnos: matutino y vespertino. Se abordó a todos los adolescentes que estaban presentes en las áreas de espera, que se encontraban en el grupo de edad para nuestro estudio y que cumplían los criterios de inclusión propuestos. Previa orientación y explicación del estudio, a quienes decidieron participar se les solicitó firma del padre o tutor del consentimiento informado (anexo 1), así como firma del asentimiento informado (anexo 2) por parte del adolescente. *Diagrama 1.*

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron: un cuestionario sociodemográfico (anexo 3), la escala de eventos críticos de Thomas Holmes (anexo 4) y la escala de ideación suicida de Beck (anexo 5). Dichos instrumentos son auto aplicables, por lo que en todo momento fue el adolescente el encargado de plasmar sus propias respuestas, sin injerencia de los padres o el aplicador, reduciendo de esta forma la posibilidad de sesgo en nuestro estudio. Cabe aclarar, que se buscó una zona específica para la aplicación de las encuestas a fin de brindar total privacidad, comodidad y confidencialidad del sujeto participante, los padres se mantuvieron a una distancia idónea para permitir la total libertad de respuesta del adolescente y el aplicador únicamente respondió a las dudas que surgieron sobre el llenado de los cuestionarios sin influir en las respuestas del entrevistado.

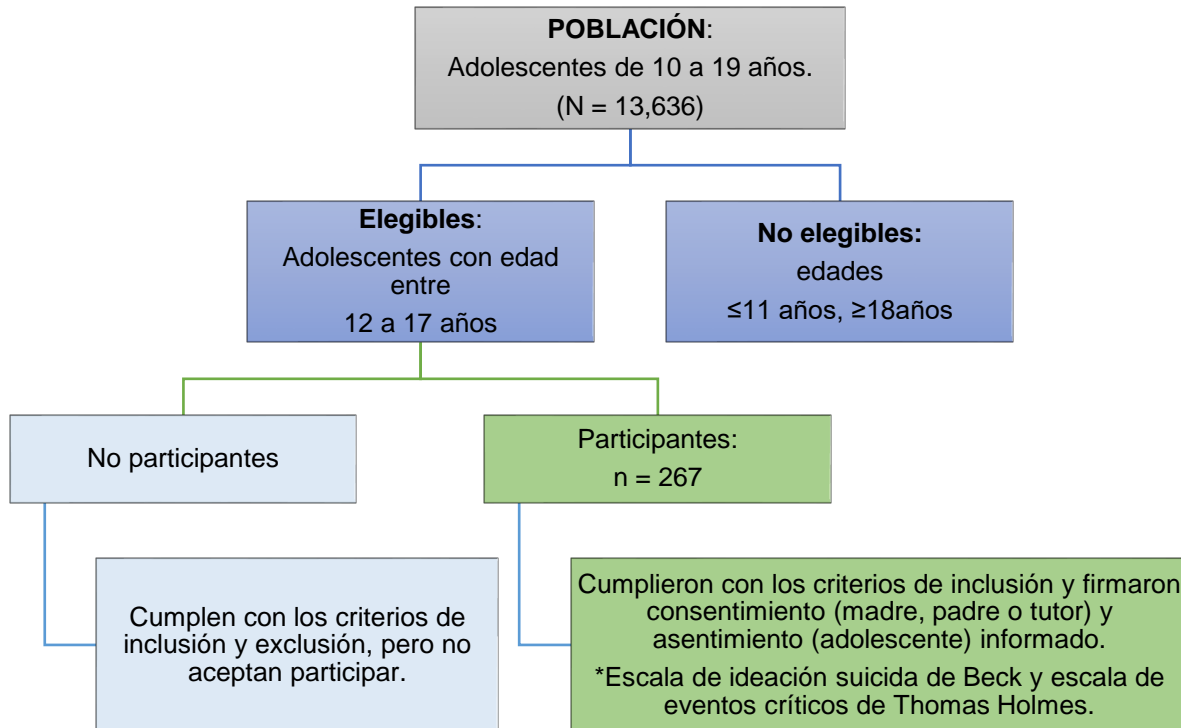


Diagrama 1. Procedimiento para la obtención de la muestra del estudio.

6.8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

6.8.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes de 12 a 17 años de edad, adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar, ambos turnos.
- Adolescentes de 12 a 17 años de edad que aceptaron participar en la investigación, previa firma del consentimiento informado por parte del padre/madre o tutor y del asentimiento informado por parte del adolescente.

6.8.2 Criterios de exclusión

- Adolescentes diagnosticados previamente con trastornos psiquiátricos.
- Adolescentes con alguna enfermedad neurológica conocida.

6.8.3 Criterios de eliminación

- Adolescentes que respondieron sus cuestionarios de forma incorrecta o incompleta.

6.9 Descripción de las variables.

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición | Codificación |
|------------------|---|---|------------------|---|---|
| Ideación suicida | <p>Según Eguiluz (1995) la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.</p> <p>De acuerdo a la OMS la ideación suicida es el factor predictor principal para llegar al suicidio.</p> | <p>Escala de ideación suicida de Beck, consta de 19 reactivos. Estos reactivos miden la actitud hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio y realización del intento proyectado. Cada reactivo se registra en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se suman para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38.</p> <p>Si la puntuación de los reactivos (4) "Deseo de intentar suicidarse" y (5) "Intento pasivo de suicidarse", es "0", se considera sin ideación suicida; por el contrario, si es mayor a "0" se considera con ideación suicida.</p> | Dependiente | Cuantitativa discreta que se recategorizó hacia cualitativa nominal dicotómica. | 0: sin ideación 1: con ideación |
| Eventos críticos | Cualquier circunstancia o experiencia en la vida de una persona y/o familia que genera un estrés o tensión y un cambio. | <p>Escala de eventos críticos de Thomas Holmes. Consta de 43 ítems, con un valor asignado que va de los 11 a 100 puntos para cada uno. La suma de los eventos se califica de 0-149 no hay crisis, 150-199 Crisis leve, 200 a 299 Crisis moderada y más de 300 Crisis severa.</p> | Independiente | Cuantitativa discreta que se recategorizó hacia cualitativa ordinal. | 0: sin crisis 1: crisis leve 2: crisis moderada 3: crisis severa |

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición | Codificación |
|--------------|---|-------------------------------|------------------|--------------------------------|--|
| Sexo | Distinción entre hombre o mujer de acuerdo a su condición fisiológica. | Cuestionario sociodemográfico | Covariable | Cualitativa nominal dicotómica | 0: masculino 1: femenino |
| Edad (años) | Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona a la actualidad. | Cuestionario sociodemográfico | Covariable | Cuantitativa continua | Años |
| Escolaridad | Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. | Cuestionario sociodemográfico | Covariable | Cualitativa ordinal | 0: analfabeta 1: primaria 2: secundaria 3: nivel medio 4: otro |
| Estado civil | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto | Cuestionario sociodemográfico | Covariable | Cualitativa nominal | 0: soltero 1: casado 2: unión libre 3: otro |
| Religión | Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración que son propias de un grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad. | Cuestionario sociodemográfico | Covariable | Cualitativa nominal | 0: ninguno 1: católico 2: testigo de Jehová 3: cristiano 4: otro |

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Escala de medición | Codificación |
|--------------------|--|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|--|
| Consumo de tabaco | Hábito de fumar cigarrillos por la dependencia que la nicotina ha generado en el consumidor. | Cuestionario sociodemográfico | Covariable | Cualitativa nominal | 0: no 1: si |
| Consumo de alcohol | Habito de consumir bebidas embriagantes en cualquier modalidad, con o sin dependencia física de éstas. | Cuestionario sociodemográfico | Covariable | Cualitativa nominal | 0: no 1: si |
| Ocupación | Sinónimo de actividad, labor o trabajo. | Cuestionario sociodemográfico | Covariable | Cualitativa nominal | 0: estudiante 1: empleado 2: ambos |
| Hijos | Descendiente directo de un animal o de una persona, los cuales pueden ser biológicos o fruto de la adopción. | Cuestionario sociodemográfico | Covariable | Cualitativa nominal | 0: no 1: si |

6.10 Instrumentos de evaluación para eventos críticos e ideación suicida.

Existe un interés cada vez mayor de la comunidad científica en estudiar al suicidio como un proceso de diversas acciones que se inicia con la ideación suicida. Jiménez y González Forteza destacan que en México entre los años 1982 y 2003 el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente publicó 56 trabajos de investigación sobre suicidio, de los cuales el 30% se concentró en la ideación suicida (8).

De lo anterior se desprende la importancia de encontrar instrumentos de evaluación que nos arrojen datos fidedignos del impacto de los eventos críticos en la vida del individuo, así como el desarrollo de ideación suicida en quienes ven trastocado su umbral de estrés (8).

6.10.1 Escala de ideación suicida de Beck

La escala de ideación suicida de Beck, fue definido por su autor como “aquella que permitiría evaluar los deseos y planes para cometer suicidio sin haber realizado un intento de suicidio recientemente”. De esta manera se observa que el objetivo de este constructo es predecir cuáles individuos están en alto riesgo de cometer intento suicida o suicidio consumado (15).

Por otro lado, se debe mencionar que esta escala busca explorar la ideación suicida desde distintos ángulos, como son: la recurrencia consciente de pensamientos suicidas, pensamientos o deseos de autodestructividad, expresión abierta a otros del deseo de suicidarse (14).

En 1979, Beck, Kovacs y Weissman realizaron esta escala incluyendo originalmente 21 reactivos con la finalidad de medir la ideación suicida. Estos reactivos se organizaban en 5 grupos o factores:

- I. Características de las actitudes hacia la vida/muerte.
Reactivos 1 al 5.
- II. Características de los pensamientos/deseos de suicidio.
Reactivos 6 al 11.
- III. Características del intento.
Reactivos 12 al 15.
- IV. Actualización del intento.
Reactivos 16 al 19.

La quinta sección consta de 2 ítems (20 y 21) que buscan antecedentes sobre intentos previos de suicidio. Estos ítems son únicamente descriptivos y no se suman al conteo de la puntuación total de la escala (15).

Los 19 reactivos aplicados tienen una escala de valor de 3 puntos, que van del 0 al 2. Los valores obtenidos en cada reactivo se suman de manera global, de este modo el valor total teórico de la escala está entre los 0 a 38 puntos. En caso de que los ítems 4 (“deseo de intentar suicidarse”) y 5 (“intento pasivo de suicidarse”) obtengan un valor de cero, se omiten los siguientes ítems, suspendiéndose la entrevista y se codifica entonces como “no aplicable, es decir, no presenta ideación suicida; si esto no ocurriera la escala se aplica en su totalidad (14).

En México se utilizó esta escala en un estudio con 1094 pacientes adultos en un hospital general encontrando una consistencia interna del 0.93 y arrojando como factores de riesgo el ser mujer, estar divorciado o separado, consumir alcohol y presentar desesperanza (14).

Díaz y González Forteza en 2010 evaluaron la validez interna de las características psicométricas de la escala de Beck en estudiantes mexicanos encontrando un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84 (14).

Córdova Osnaya en 2012 reportó en su estudio sobre confiabilidad y validez de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos un coeficiente alfa de Cronbach de 0.83 (15).

6.10.2 Escala de eventos críticos de Thomas Holmes

Este instrumento creado por Holmes y Rahe (1967), consta de 43 eventos vitales que, de acuerdo a la experiencia de sus autores, son acontecimientos estresantes que se relacionan con la propensión de un individuo a contraer una enfermedad o incluso agravar una preexistente y ante los cuales se requiere un reajuste en la vida de quien los padece (16).

A cada evento le corresponde un puntaje asignado que va de los 11 a los 100 puntos, a los se les conoce como Unidades de Cambio de Vida (LCU, por sus siglas en inglés), mismos que al final de la aplicación de la escala son sumados. La suma de estos puntajes nos indica la magnitud del estrés vital que experimenta el entrevistado: 0-149LCU no hay crisis, 150-199LCU crisis leve, 200 a 299 LCU crisis moderada y más de 300LCU crisis severa (16).

Bruner en 1994, realizó un estudio con el objetivo de validar ésta escala en población mexicana, obteniendo como resultado un alfa de Cronbach de 0.93. Acuña y colaboradores (2012), publicaron una revisión sobre la validación de la escala de eventos críticos de Holmes hecha 16 años atrás en México; encontrando resultados similares al estudio inicial. (16).

6.11 Plan de análisis.

6.11.1 Análisis estadístico

Una vez recabados los datos, se procedió a realizar captura de la información obtenida en tablas de Microsoft Excel 2016. La base de datos se exportó al programa estadístico Stata versión 14.0; mediante el cual se realizó la limpieza de ésta.

6.11.2 Análisis descriptivo

Para el análisis descriptivo se utilizó la media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Mientras que para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes.

6.11.3 Análisis bivariado

Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada o exacta de Fisher, según correspondió, de acuerdo a las frecuencias esperadas menores de 5 en cada celda, para la relación de variables categóricas. Se tomó un valor de significancia estadística de $p < 0.05$.

6.11.4 Análisis de asociación

Se realizó un modelo de regresión logística para evaluar la asociación entre las variables.

7. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de tesis se realizó apegado a los lineamientos internacionales para la realización de investigación clínica en seres humanos. A continuación, se enuncian los principios que nos guiaron:

Informe Belmont. En 1979, la Comisión Nacional para la Protección de Seres Humanos en Investigación Biomédica y del Comportamiento de los Estados Unidos, urgió la necesidad de establecer las pautas para resolver los problemas que se presentaban en las investigaciones con seres humanos. En este afán, estableció tres principios bioéticos básicos:

- Respeto a las personas. Hace mención a que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y en el caso de las personas con autonomía disminuida, puedan gozar de protección.
- Beneficencia. Aludiendo al concepto del vocablo se presenta como indicativo de actos de bondad o caridad que van más allá de lo estrictamente obligatorio. La beneficencia debe cumplir dos principios básicos: 1) no hacer daño y 2) aumentar los beneficios y disminuir al máximo los posibles daños.
- Justicia. Equidad en la distribución, es decir, todos deben obtener lo que a cada quien le toca.

Declaración de Helsinki. Adoptada en 1964, es un conjunto de principios éticos promulgada por la Asociación Médica Mundial con la finalidad de servir como guía para aquellos que realización experimentación con seres humanos. Tiene como principios básicos:

- Respeto por el individuo
- Derecho a la autodeterminación
- Derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado).

- Priorizar el bienestar del sujeto por sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad.

Bases legales. En referencia al artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud, a la presente investigación se le considera sin riesgo; lo anterior debido a que no se realizará ninguna intervención o modificación por parte del investigador en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos participantes. Este estudio únicamente emplea técnicas y métodos de investigación documental, a saber: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos, sin llegar a violentar su identidad ni otros datos sensibles del individuo.

Es importante mencionar, que los investigadores entregarán a los participantes en un sobre sellado a los padres el resultado de las escalas realizadas a sus hijos; con la salvedad de que aquellos en que se identifique que cursaron (en los últimos 12 meses) con ideación suicida o con algún grado de crisis vital, se les gestionará una cita a la brevedad con su médico familiar para que éste realice una valoración integral y correlación clínica, así como determine el tratamiento y referencias a segundo nivel en caso necesario.

8. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

8.1 Recursos humanos.

- Investigadores

8.2 Recursos materiales.

- Cuestionarios (hojas con escalas y cuestionario sociodemográfico).
- Copias fotostáticas.
- Laptop Toshiba Satellite, Intel Core i5.
- Paquete de Office 2016 (Word, Excel, Power point)
- Programa estadístico Stata v14.
- Artículos de oficina (bolígrafos, lápices, gomas, sacapuntas, hojas, impresora, tablas porta documentos, clips)

8.3 Recursos físicos.

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

8.4 Recursos financieros.

- Fueron proporcionados por los investigadores.

9. RESULTADOS

El presente trabajo tuvo como grupo de estudio a 267 adolescentes, con edades entre los 12 a 17 años, derechohabientes del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos; y que se encontraban en la sala de espera de la unidad de medicina familiar. A continuación, se describen los datos obtenidos.

En la tabla 1 se muestra la distribución de las variables sociodemográficas de los adolescentes estudiados, en donde destaca que el grupo que predominó, respecto a la variable sexo, fue el de mujeres con 138 (51.69%) adolescentes; la edad más frecuente fue 13 años en 98 (36.70%) participantes, con una \pm DE 1.49 años. De los 267 adolescentes, se observó que 216 (80.90%) cursaba el nivel secundaria; 115 (43.07%) tenía una calificación máxima de 7 a 8 en su último año y, con mayor frecuencia, que se dedicaban únicamente a estudiar en 253 (94.76%) casos. Respecto a la religión, predominó la católica con 114 (42.70%) menciones.

Tabla 1. Caracterización de los adolescentes participantes del estudio según sus condiciones sociodemográficas (n=267).

| Variable | Categoría | Frecuencia n = 267 | Porcentaje % |
|----------|-------------------|-----------------------|-----------------|
| Sexo | Masculino | 129 | 48.31 |
| | Femenino | 138 | 51.69 |
| Edad | 12 | 60 | 22.47 |
| | 13 | 98 | 36.70 |
| | 14 | 51 | 19.10 |
| | 15 | 16 | 5.99 |
| | 16 | 20 | 7.49 |
| | 17 | 22 | 8.24 |
| | Promedio \pm DE | 13.64 \pm 1.49 | |

Continúa en siguiente página

Tabla 1 (continuación).

| Variable | Categoría | Frecuencia n = 267 | Porcentaje % |
|--|----------------------|-----------------------|-----------------|
| Escolaridad | Ninguna | 1 | 0.37 |
| | Primaria | 3 | 1.12 |
| | Secundaria | 216 | 80.90 |
| | Nivel medio superior | 47 | 17.60 |
| Calificación del último año escolar | < 7 | 43 | 16.10 |
| | 7 a 8 | 115 | 43.07 |
| | 9 | 89 | 33.33 |
| | 10 | 20 | 7.49 |
| Ocupación | Solo estudia | 253 | 94.76 |
| | Solo trabaja | 2 | 0.75 |
| | Ambas | 12 | 4.49 |
| Religión | Ninguna | 89 | 33.33 |
| | Católico | 114 | 42.70 |
| | Testigo de Jehová | 10 | 3.75 |
| | Cristiano | 51 | 19.10 |
| | Otro | 3 | 1.12 |

Fuente: cuestionario sociodemográfico.

En la siguiente tabla se describen las relaciones interpersonales y la presencia de toxicomanías en los 267 adolescentes estudiados. Se encontró que los adolescentes refirieron ser solteros en 260 (97.38%) casos, siendo la respuesta más frecuente. Además, 13 (4.87%) participantes reportaron tener vida sexual activa y en 3 (1.12%) casos se refirió tener al menos un hijo. Por otro lado, en lo referente a las toxicomanías, se observó con mayor frecuencia que los adolescentes manifestaron no consumir ninguna sustancia o droga. Sin embargo, se encontró que, del total de adolescentes, en 10 (3.75%) casos había consumo de cigarros, en 2 (0.75%) consumo de alcohol y en 5 (1.86%) existía consumo de drogas ilegales (ver tabla 2).

Tabla 2. Caracterización de los adolescentes participantes del estudio según sus relaciones interpersonales y el consumo de tabaco, drogas y alcohol (n=267).

| Variable | Categoría | Frecuencia n = 267 | Porcentaje % |
|--------------------------------|-------------|-----------------------|-----------------|
| Estado civil | Soltero | 260 | 97.38 |
| | Casado | 2 | 0.75 |
| | Unión libre | 5 | 1.87 |
| Tiene hijos | No | 264 | 98.88 |
| | Si | 3 | 1.12 |
| Tiene vida sexual | No | 254 | 95.13 |
| | Si | 13 | 4.87 |
| Consumo de cigarrros | No | 257 | 96.25 |
| | Si | 10 | 3.75 |
| Consumo de bebidas alcohólicas | No | 265 | 99.25 |
| | Si | 2 | 0.75 |
| Consumo de drogas | No | 262 | 98.13 |
| | Marihuana | 3 | 1.12 |
| | Cocaína | 1 | 0.37 |
| | Inhalados | 1 | 0.37 |

Fuente: cuestionario sociodemográfico.

Respecto al entorno familiar de los adolescentes (ver tabla 3), se encontró que 179 (67%) refirieron vivir con ambos padres. Además, predominó el grupo que refirió que el padre de familia practica algún oficio con 96 (35.96%) menciones. También se observó que en 122 (45.69%) casos ambos padres trabajan, a pesar de que en 111 (41.57%) el principal proveedor es el papá. Finalmente, respecto a la persona que acude a los deberes y juntas escolares, predominó la mamá con 171 (64.04%) menciones.

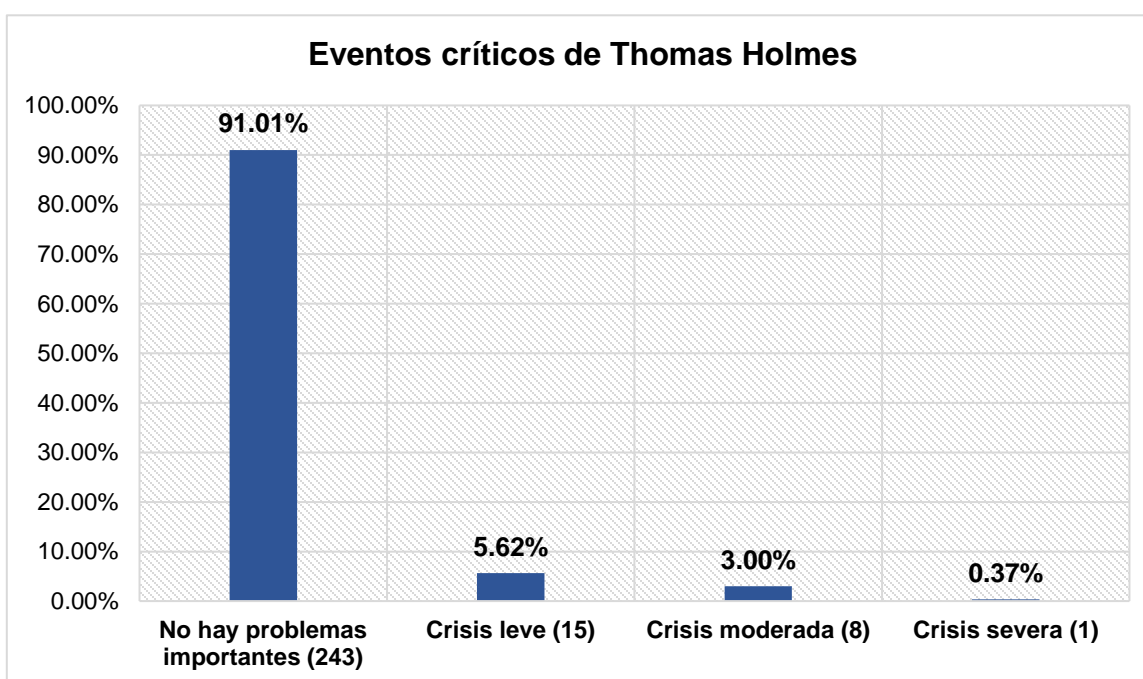
Tabla 3. Caracterización de los adolescentes participantes de acuerdo con su entorno socioeconómico y familiar (n=267).

| Variable | Categoría | Frecuencia n = 267 | Porcentaje % |
|--|---------------|-----------------------|-----------------|
| Persona con la que vive | Papá | 7 | 3 |
| | Mamá | 65 | 24 |
| | Ambos padres | 179 | 67 |
| | Abuelos | 10 | 4 |
| | Otro familiar | 6 | 2 |
| Ocupación del padre de familia | Obrero | 25 | 9.36 |
| | Empleado | 66 | 24.72 |
| | Profesionista | 16 | 5.99 |
| | Oficio | 96 | 35.96 |
| | Otro | 64 | 23.97 |
| El jefe de familia | Papá | 65 | 24.34 |
| | Mamá | 71 | 26.59 |
| | Ambos | 118 | 44.19 |
| | Otros | 13 | 4.87 |
| Miembros de la familia que trabajan | Papá | 67 | 25.09 |
| | Mamá | 55 | 20.60 |
| | Ambos | 122 | 45.69 |
| | Otros | 23 | 8.61 |
| Principal proveedor económico | Papá | 111 | 41.57 |
| | Mamá | 49 | 18.35 |
| | Ambos | 86 | 32.21 |
| | Otros | 21 | 7.87 |
| Persona que da los permisos para salir | Papá | 32 | 11.99 |
| | Mamá | 95 | 35.58 |
| | Ambos | 125 | 46.82 |
| | Otros | 15 | 5.62 |
| Persona que acude a los deberes y juntas escolares | Papá | 21 | 7.87 |
| | Mamá | 171 | 64.04 |
| | Ambos | 56 | 20.97 |
| | Otros | 19 | 7.12 |

Fuente: cuestionario sociodemográfico.

En el gráfico 1 se observan los resultados obtenidos tras la aplicación de la escala de eventos críticos de Thomas Holmes. Se encontró que, de los 267 adolescentes estudiados, 243 (91.01%) no presentó crisis, siendo éste el grupo que predominó; en tanto que 24 (8.99%) sí mostró algún grado de crisis, distribuidos de la siguiente manera: 15 (5.62%) adolescentes con crisis leve, 8 (3.00%) adolescentes con crisis moderada y únicamente 1 (0.37%) adolescente con crisis severa.

Gráfico 1. Frecuencia de eventos críticos en los adolescentes del estudio de acuerdo con la escala de Thomas Holmes (n=267).

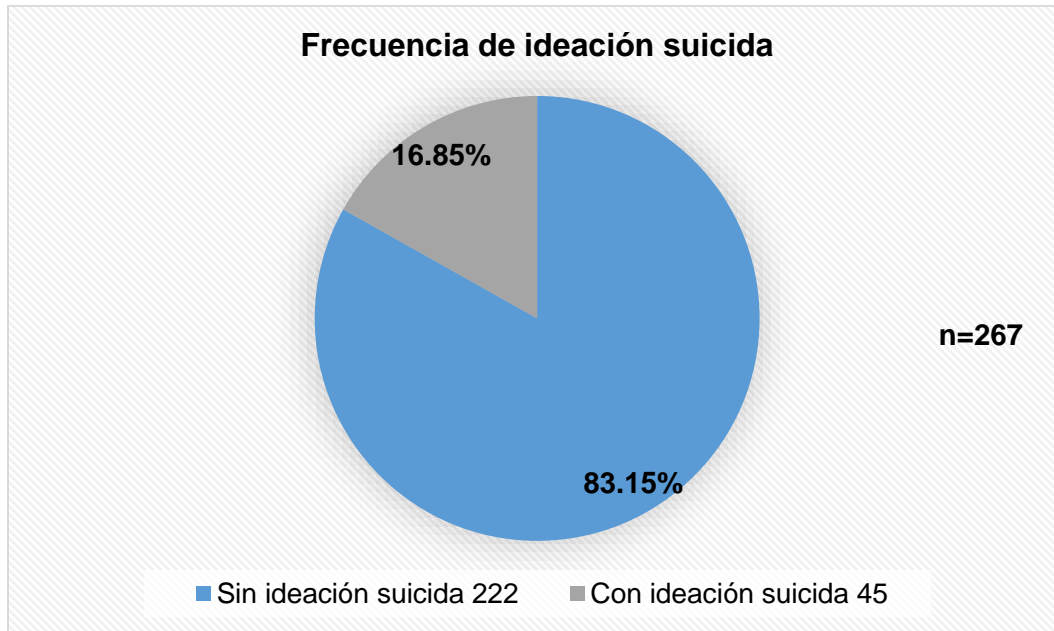


| Variable | Frecuencia | Porcentaje % |
|------------|------------|--------------|
| Sin crisis | 243 | 91.01 |
| Con crisis | 24 | 8.99 |

Fuente: Escala de eventos críticos de Thomas Holmes.

Para conocer la frecuencia de ideación suicida en los adolescentes, se aplicó la Escala de ideación suicida de Beck, encontrando que, de los 267 participantes del estudio, 45 (16.85%) presentó ideación suicida. Ver el gráfico 2.

Gráfico 2. Frecuencia de ideación suicida en adolescentes adscritos al H.G.R. con M.F. No. 1 (n=267).



Fuente: Escala de ideación suicida de Beck

Al evaluar las variables eventos críticos e ideación suicida, se encontró que de los 243 adolescentes que no presentaron algún tipo de crisis, 211 (86.83%) no desarrolló ideación suicida. Por otro lado, de los 24 adolescentes que reportaron algún tipo de crisis, 13 (54.17%) si presentó ideación suicida (ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución de las variables eventos críticos e ideación suicida en los adolescentes participantes del estudio (n=267).

| | Sin ideación | Con ideación |
|-------------------|--------------|--------------|
| Sin crisis | 211(86.83%) | 32 (13.17%) |
| Con crisis | 11 (45.83%) | 13 (54.17%) |

Exacta de Fisher $p < 0.001$

Fuente: Escala de eventos críticos de Thomas Holmes y Escala de ideación suicida de Beck.

Al realizar el análisis de las variables ideación suicida y eventos críticos, se encontró que, de los 45 adolescentes que presentaron ideación suicida, 32 (71.11%) no presentó algún tipo de crisis, 10 (22.22%) presentó crisis leve, 2 (4.44%) presentó crisis moderada y 1 (2.22%) presentó crisis severa; con un valor $p < 0.001$ con un resultado estadísticamente significativo a través de la prueba exacta de Fisher. Ver tabla 5.

Tabla 5. Relación entre ideación suicida y la presencia de eventos críticos de Thomas Holmes (n=267).

| Eventos críticos (grado de crisis) | Sin ideación suicida 222 (83.15%) | Con ideación suicida 45 (16.85%) |
|---|--|---|
| Sin crisis | 211 (95.05%) | 32 (71.11%) |
| Crisis leve | 5 (2.25%) | 10 (22.22%) |
| Crisis moderada | 6 (2.70%) | 2 (4.44%) |
| Crisis severa | 0 (0.00%) | 1 (2.22%) |

Exacta de Fisher $p < 0.001$

Fuente: Escala de eventos críticos de Thomas Holmes y Escala de ideación suicida de Beck.

En el modelo crudo, al estimar la asociación entre las variables ideación suicida y eventos críticos, se observó que la posibilidad de presentar ideación suicida entre aquellos adolescentes con algún tipo de crisis (eventos críticos) fue 7.79 veces más en comparación con aquellos adolescentes que no refirieron tener algún tipo de crisis. Esta asociación fue estadísticamente significativa (OR 7.79 IC 95% 3.21, 18.87; $p < 0.001$), ver tabla 6.

Tabla 6. Estimación de la asociación entre ideación suicida y eventos críticos (n=267).

| Variable | Odds ratio | Valor p | [95% intervalo de confianza] |
|-----------------|-------------------|----------------|-------------------------------------|
| Sin crisis | Ref. | - | - |
| Con crisis | 7.792614 | 0.000 | 3.21, 18.87 |

Fuente: Escala de eventos críticos de Thomas Holmes y Escala de ideación suicida de Beck.

10. DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó la relación entre los eventos críticos y la ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, usuarios de la consulta externa de medicina familiar. Se identificó que, en aquellos adolescentes con algún grado de crisis, tras la evaluación de la Escala de eventos críticos de Thomas Holmes, el 54.17% también presentó ideación suicida, lo cual muestra que la presencia de eventos estresores puede conducir a conductas como la ideación suicida. Éste resultado tiene similitud con lo encontrado en investigaciones como la de Pérez-Amezcuca et al, quien describió para el estado de Morelos, una prevalencia de ideación suicida del 52%, reportando como factores asociados a ésta algunos eventos estresores que trastocan la vida del adolescente, como son: vida sexual activa, mala comunicación con los padres, abuso sexual, poco reconocimiento escolar, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (17). Así mismo, el estudio realizado por Córdoba-Osnaya et al, encontró que el 59.9% de los adolescentes presentó ideación suicida, siendo el estrés psicosocial y sus consecuencias emocionales el principal predictor de riesgo (18). Ambos estudios mostraron cifras similares respecto a la prevalencia de ideación suicida en adolescentes, además de coincidir en que los factores que más se relacionan con ella, son los eventos críticos, el estrés psicosocial y en general aquellos eventos que tienen un impacto emocional negativo en el adolescente.

También se caracterizó a los adolescentes participantes, de acuerdo con sus aspectos sociodemográficos y clínicos. Se encontró que el sexo que predominó fue el femenino en 51.69% de los adolescentes, la edad promedio fue de 13 años, el 80.9% de los adolescentes reportó ser estudiante de nivel secundaria, la mayoría con estado civil soltero en el 97.38% de los casos. Lo anterior se puede contrastar con el trabajo realizado por Pérez-Amezcuca et al, quien encontró predominio del sexo femenino con el 55% y edad de 14 años con el 60%, lo cual implicaría una mayor frecuencia de ideación suicida en mujeres.

En la mayoría de los casos se negó el consumo de tabaco (96.25%), de bebidas alcohólicas (99.25%) o alguna droga (98.13%). Del total de adolescentes, 179 (67%) refirió vivir con ambos padres, seguido de 65 (24%) que indicó vivir únicamente con la madre. En cuanto al entorno socioeconómico familiar se observó que la principal ocupación del padre de familia fue algún oficio (35.96%) y como principal proveedor económico fue el padre (41.57%). Los datos anteriores pueden compararse con los obtenidos por Pérez-Chan quien encontró una incidencia de 22.4% de ideación suicida para aquellos adolescentes cuyas familias fueron clasificadas como multiproblemáticas, con un entorno nocivo, con falta de comunicación con los padres, insuficiencia de recursos, baja cohesión familiar y conducta alcohólica entre sus miembros (19).

Se describió la frecuencia de los eventos críticos en los adolescentes adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, a través de la escala de eventos críticos de Thomas Holmes. Se encontró que el 8.99% de los adolescentes refirió haber presentado algún evento crítico en los meses previos a su entrevista, siendo clasificados con crisis leve (5.62%), crisis moderada (3.00%) o crisis severa (0.37%). Lo anterior contrasta con lo que reportó la investigación de Pérez-Amezcu, donde el 39% de los adolescentes estudiados refirieron “haber vivido situaciones en que se ha deseado dejar de existir”. Ésta diferencia pudiera ser explicada por los distintos instrumentos de medición usados en cada estudio; en el nuestro, consistió en la evaluación de eventos críticos estresantes en los últimos 12 meses (17).

Al evaluar la frecuencia de ideación suicida en los adolescentes adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, a través de la escala de ideación suicida de Beck, se obtuvo que el 16.85% presentó ideación suicida, mientras que el 83.15% no tuvieron ideación suicida. Lo anterior contrasta con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016) que reportó una prevalencia de ideación suicida del 2.3%. Sin embargo, el reporte de ésta última

incluye a población de 12 a 65 años, mientras que el presente estudio solo a adolescentes de 12 a 17 años (21).

Limitaciones del estudio

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

Fortalezas del estudio

- Uso de instrumentos para recolección de datos validados en población mexicana.
- Se realizó cálculo de tamaño de muestra.

11. CONCLUSIONES

El estudio realizado, permitió determinar la relación entre los eventos críticos y la ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, usuarios de la consulta externa de medicina familiar, obteniéndose significancia estadística de $p < 0.001$ entre las variables de estudio. Se encontró, que de los 45 adolescentes que presentaron ideación suicida, el 28.88% refirió atravesar por eventos críticos y mostró algún grado de crisis ($p < 0.001$).

Además, al estimar la asociación entre las variables de estudio, se observó que la posibilidad de presentar ideación suicida entre aquellos adolescentes con algún tipo de crisis fue 7.79 veces más en comparación con aquellos adolescentes que no refirieron tener algún tipo de crisis.

En nuestro estudio, la prevalencia de ideación suicida en adolescentes que presentaron algún evento vital negativo fue de 54.17%, cifra similar a la obtenida en otras investigaciones realizadas con adolescentes mexicanos.

Dada la significancia estadística obtenida, se puede concluir que existe relación entre las variables eventos críticos e ideación suicida. Es decir, que aquellos adolescentes que atraviesan por algún evento crítico y desarrollan algún nivel de crisis tendrán más posibilidad de presentar ideación suicida.

Esperamos que el presente estudio permita sentar precedente, para poder realizar un tamizaje en la consulta de primer nivel e identificar aquellos adolescentes con algún factor de riesgo para desarrollar ideación suicida.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo. [Internet] 2014;1:20. Available from: www.who.int/adolescent/second-decade.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). La adolescencia, una época de oportunidades. Vol. 1, Madrid, Editorial: Estado Mundial de la infancia. 2011. 1 a 148.
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, un imperativo global. [Internet] 2014. 94p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1
4. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. [Internet]. 2016. 98p. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (7 de septiembre). Datos nacionales. 2018:1-8
6. Ministerio de salud y protección social. Boletín de salud mental, conducta suicida. 2017;1-25.
7. Hernández-Palazuelos. Conductas Suicidas. Hipoc Rev Med 2011;2(27-2)10-14.
8. Sánchez J, Villarreal M, Musitu G. Ideación suicida. El suicidio desde una perspectiva psicosocial. Salud Mental 2006;29(5)66-74.
9. Martínez-Lazcano F, Garza Elizondo T. Eventos críticos. Facultad de Medicina de Nuevo León. 1997;1(89-96)166-173.
10. Vargas H, Saavedra J. Factors associated with suicidal behavior in adolescents. Rev Neuropsiquiatría. 2012;75(1):19-28.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. [Internet] 2016; 5:29. Available from: [https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update 2016.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update%202016.pdf)
12. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Publica de México 2010;52(4):292-304.

13. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 2012;1-191.
14. Macip SG, Martínez AD, Forteza CG, et al. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2000;23(2):21-30.
15. Córdova-Osnaya M, Rosales-Pérez JC. Confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. *Alternativas en psicología*. 2012;16(26):16-25.
16. Acuña L, González DA, Bruner C. The Social Readjustment Rating Scale of Holmes and Rahe in Mexico: a rescaling after 16 years. *Revista Mexicana de Psicología*. 2012;29(1):16-32.
17. Pérez-Amezcu B, Rivera-Rivera L, Atienzo E, et al. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*. 2010;52(4):324-333.
18. Córdova-Osnaya M, Rosales-Murillo MP, Caballero-Ávila R, et al. Suicidal Ideation Amongst University Students: its Association with Diverse Psychosociodemographic Factors. *Psicología Iberoamericana*. 2007;15(2):17-21.
19. Pérez-Chan M. Familia multiproblemática como factor en el desarrollo de la ideación e intento suicida en adolescentes. *Salud en Tabasco*. 2015;21(2-3):45-54.
20. Hernández-Cervantes Q, Gómez-Maqueo EL. Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 2006;23(1):45-52.
21. Guilherme-Borges, Orozco R, Villatoro J, et al. Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. *Salud Pública Mex*. 2019;61:6-15

13. ANEXOS

- ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

| | |
|---|--|
|  | <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p> |
| CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN | |
| Nombre del estudio: | Eventos críticos e ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años de edad, adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos. |
| Patrocinador externo (si aplica): | No aplica |
| Lugar y fecha: | Cuernavaca, Morelos a _____ del mes de _____ del año |
| Número de registro: | SIRELCIS R-2019-1701-013 |
| Justificación y objetivo del estudio: | <p>La ideación suicida como etapa inicial del suicidio, debe considerarse como un evento multicausal, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales; asimismo, debe ponerse especial atención en los adolescentes al ser éste un grupo de alto riesgo por su inhabilidad para enfrentar los eventos estresantes propios de esta etapa crítica del desarrollo.</p> <p>El presente estudio tiene como objetivo conocer la relación de ideación suicida en los adolescentes que atraviesan por algún evento crítico estresante, a fin de brindar un panorama de la problemática en esta unidad hospitalaria, que sirva como punto de partida para la implementación de programas de detección oportuna y tratamiento temprano</p> |
| Procedimientos: | <p>Queremos pedirle su autorización para que su hijo(a) participe en éste estudio. El (ella) fue seleccionado (a), al igual que otros adolescentes para ser encuestados. Si usted acepta que su hijo (a) colabore con nosotros se le aplicarán tres instrumentos de evaluación: 1) Con la finalidad de obtener datos generales y conocer el entorno del adolescente participante se aplicará un cuestionario sociodemográfico; 2) el instrumento de ideación suicida de Beck permitirá medir el grado de ideación suicida y 3) la escala de eventos críticos de Thomas Holmes permitirá conocer cuáles son las situaciones estresantes con mayor presencia en adolescentes como su hijo. Estos cuestionarios serán aplicados en un sitio específico de la consulta externa de Medicina Familiar de este hospital (HGR c/MF No. 1), buscando ante todo la comodidad, privacidad y confidencialidad de los participantes.</p> <p>En caso de aceptar que su hijo (a) participe en este estudio deseamos expresarle lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Las respuestas de su hijo son confidenciales, nadie podrá identificar ni a su hijo (a) ni a usted.- La participación de su hijo es absolutamente voluntaria.- Su hijo (a) puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento.- En caso de que usted haya otorgado su consentimiento para que su hijo (a) participe en nuestro estudio, pero él o ella no desea hacerlo, no es obligatoria su participación. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - No le serán dadas a conocer las respuestas que proporcione su hijo (a). - Para que su hijo (a) se sienta con plena libertad y confianza de responder las preguntas, la entrevista se realizará en las mayores condiciones de privacidad, por lo que usted como padre/madre o tutor no podrá estar presente. |
| Posibles riesgos y molestias: | Dada la naturaleza sensible de algunas preguntas, es posible que su hijo (a) pueda sentirse incomodo (a). Si éste fuera el caso, su hijo (a) tendrá la absoluta libertad de comentarlo con el entrevistador y no responder a cualquier pregunta e incluso suspender la entrevista si así lo decide. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | En el caso de aquellos participantes en quien se detecte algún grado de ideación suicida, se realizarán las gestiones necesarias para su valoración prioritaria inicial por su médico familiar y en su caso su referencia a segundo nivel de atención en la consulta de psiquiatría. Todo previo contacto con usted padre/madre o tutor. También queremos hacerle saber, que la participación de su hijo (a) será de gran utilidad para generar conocimiento sobre cómo mejorar y/o crear estrategias de prevención del suicidio en adolescentes. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Solo se informara al adolescente participante acerca de su resultado en un sobre sellado y en caso de requerir envío a segundo nivel para su atención por psiquiatría, se le informará a usted padre/madre o tutor. |
| Participación o retiro: | La participación de su hijo (a) será de forma voluntaria y en caso de querer abandonar el estudio lo podrá hacer en cualquier momento, así como expresar sus dudas de los cuestionarios aplicados. La permanencia o abandono en estas entrevistas, no condiciona de ninguna manera la atención médica o servicios dentro del IMSS, ni para su hijo (a) ni para usted. |
| Privacidad y confidencialidad: | Se mantendrá en todo momento respeto al participante. Sus datos personales y de identificación se mantendrán en secreto. Tras la publicación de los resultados obtenidos se privilegiará la confidencialidad de la información acorde a los lineamientos éticos vigentes. Únicamente el encuestador y el personal que trabaja en el estudio conocerán la información. No se proporcionará ésta información, ni de usted ni de su hijo (a), a ninguna institución o persona ajena. Su hijo (a) será identificado (a) mediante un número de folio y no por su nombre. |
| En caso de colección de material biológico (si aplica): | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p> |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): | Siempre que el participante así lo desee. |
| Beneficios al término del estudio: | Detección de algún factor de riesgo prevenible, así como en caso de requerirlo manejo integral y apoyo a través de segundo nivel de atención. |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |

Investigador Responsable: Dra. Nancy Juárez Huicochea. Médico no Familiar, Psiquiatra Adscrita al Hospital Gral. Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos, Correo electrónico: nancyej81@hotmail.com Cel. 7773041623

Colaboradores: Dr. Ricardo Castrejón Salgado, Médico Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.3 Jiutepec, Morelos, Correo electrónico: carisal13@hotmail.com Cel. 7771972111
Residente de Medicina Familiar Dr. Edward Javier Reyes Millán, residente del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos, correo electrónico: reyes_medic@hotmail.com Cel. 7771291070

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 Plan de Ayala No. 1201, Colonia Flores Magón, Cuernavaca, Morelos. CP 62450. Teléfono (777) 3 15 50 00, Correo electrónico: comitedeetica17018HGR1@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

- **ANEXO 2. CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO.**



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



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

Cuernavaca Morelos a _____ de _____ del año _____.

Te invito a participar de forma voluntaria en el estudio de investigación titulado:

**EVENTOS CRÍTICOS E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 12 A 17
AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON
MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE CUERNAVACA, MORELOS.**

El cual tiene como objetivo describir la relación de la ideación suicida y los eventos críticos estresantes por los que atraviesan los adolescentes de 12 a 17 años, usuarios de la consulta externa de Medicina Familiar de este hospital, HGR c/MF No. 1.

Como muchos otros adolescentes fuiste seleccionado(a) para participar en este proyecto de investigación en el cual, si aceptas colaborar, te pediremos que respondas tres cuestionarios: uno de ellos con preguntas generales sobre tu persona; el segundo es una escala para identificar la ideación suicida y el tercero es un cuestionario sobre los eventos críticos estresantes. Los cuestionarios aplicados tendrán una duración aproximada de respuesta de 30 minutos.

Se te proporcionarán los cuestionarios y tendrás la libertad de elegir la respuesta que tu consideres mejor y nadie, incluidos tus padres o tutor, podrá identificar o leer tus respuestas. Te pediremos, con la autorización de tu padre/madre o tutor que contestes estos cuestionarios en un lugar donde te sientas cómodo y que sea apropiado para realizar la entrevista, que reúna las mayores condiciones de privacidad, en el cual te sientas tranquilo y en confianza para responder a las preguntas. Tu padre/madre o tutor estará pendiente de ti en todo momento.

Beneficios potenciales: de identificar algún problema que requiera atención inmediata se generará una consulta prioritaria con tu médico familiar para que en forma conjunta se te brinde una atención oportuna y rápida.

Riesgo o incomodidades asociadas al estudio. Dada la naturaleza sensible de algunas preguntas (ideación suicida, eventos críticos), es posible que te sientas incomodo(a), si este fuera el caso tienes la libertad de hacerlo saber al entrevistador. Tendrás derecho de no responder a cualquier pregunta que te incomode o incluso suspender la entrevista en el momento que así lo decidas.

Participación voluntaria y retiro. Tu participación en este estudio es totalmente voluntaria. Aun cuando tu padre/madre o tutor haya autorizado tu participación, si tú no deseas hacerlo, no estás obligado.

Confidencialidad. Tus respuestas son confidenciales, ninguna persona podrá identificarte ni leer lo que escribas en ellas, solo el encuestador y demás investigadores asociados al proyecto conocerán la información. La información que tú nos proporcionas es anónima, solo podrás ser identificado mediante un folio y no serás reconocido(a) en ninguna publicación o reporte que genere la investigación.

En caso de dudas que tengas con el estudio podrás dirigirte con:

Dra. Nancy Juárez Huicochea. Psiquiatra Adscrita al Hospital Gral. Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos, Correo electrónico: nancyej81@hotmail.com Cel. 7773041623

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

Residente de Medicina Familiar Dr. Edward Javier Reyes Millán, residente del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos, correo electrónico: reyes_medic@hotmail.com Cel. 7771291070

También puedes dirigirte a la Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Plan de Ayala No. 1201, Colonia Flores Magón, Cuernavaca, Morelos. CP 62450. Teléfono (777) 3 15 50 00, Correo electrónico: comitedeetica17018HGR1@gmail.com

Acepto participar. _____

Nombre completo del adolescente.

• ANEXO 3. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.



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



FOLIO: _____

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Nombre Completo: | | |
| Número de Seguro Social: | | |
| Adscripción: HGR c/MF No. 1 | Turno: Matutino Vespertino | Consultorio: |
| Dirección: | | Número Telefónico: |
| Padre/Tutor o familiar responsable: | | |

| | | |
|--|---|--|
| 1. Sexo: M F | 2. Edad en años: | 3. Escolaridad: 0: Ninguna 1: Primaria 2: Secundaria 3: Nivel Medio 4: Otro Especifique: |
| 4. Último Promedio escolar: 0: < 7 1: 7-8 2: 9 3: 10 | 5. Ocupación: 0: Estudiante 1: Empleado 2: Ambas | |
| 6. ¿Tienes relaciones sexuales?: 0: Si 1: No | 7. Estado Civil: 0: Soltero 1: Casado 2: Unión Libre 3: Otro Especifique: | |
| 8. ¿Tienes Hijos?: 0: No 1: Si Cuántos: | 9. Religión: 0: Ninguna 1: Católica 2: Testigo de Jehová 3: Cristiana 4: Otro Especifique: | |
| 10. Tabaquismo: 0: No 1: Si En caso de ser si, ¿Cuántos cigarrillos al mes?: | 11. Consumo de Alcohol: 0: No 1: Si | |
| 12. Otras Drogas: 0: No 1: Marihuana 2: Cocaína 3: Inhalado 4: Otro Especifique: | 13. ¿Cursas alguna enfermedad con la que tomes algún medicamento?: 0: Ninguna 3: Enfermedades del Corazón 1: Asma 4: Otra Especifique: 2: Diabetes | |

• ANEXO 3. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO (continuación).



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



FOLIO: _____

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Nombre Completo: | | |
| Número de Seguro Social: | | |
| Adscripción: HGR c/MF No. 1 | Turno: Matutino Vespertino | Consultorio: |
| Dirección: | | Número Telefónico: |
| Padre/Tutor o familiar responsable: | | |

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

- **ANEXO 4. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK**

NOMBRE:

FECHA:

FOLIO:

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

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

• ANEXO 4. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (continuación).

NOMBRE:

FECHA:

FOLIO:

| | |
|---|--|
| <p>11.- Razones para pensar/desear el intento suicida 0.- Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza 1.- Combinación de 0 y 2 2.- Escapar, acabar, salir de problemas</p> | <p>16.- Preparación real 0.- Ninguna 1- Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos 2.- Completa</p> |
| <p>12.- Método: especificidad/oportunidad de pensar en el intento suicida 0.- Sin considerar 1.- Considerado, pero sin elaborar los detalles 2.- Detalles elaborados/bien formulados</p> | <p>17.- Nota suicida 0.- Ninguna 1.- Sólo pensada, iniciada, sin terminar 2.- Escrita, terminada</p> |
| <p>13.- Método, disponibilidad/oportunidad de pensar el intento 0.- Método no disponible, no oportunidad 1.- Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente 2.- Método y oportunidad disponible 2a.- Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método</p> | <p>18.- Acciones finales para preparar la muerte (testamentos, arreglos, regalos) 0.- No 1.- Sólo pensados, arreglos parciales 2.- Terminados</p> |
| <p>14.- Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento 0.- Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente 1.- No está seguro de tener valor 2.- Está seguro de tener valor</p> | <p>19.- Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida 0.- Revela las ideas abiertamente 1.- Revela las ideas con reserva 2.- Encubre, engaña, miente</p> |
| <p>15.- Expectativa/anticipación de un intento real 0.- No 1.- Sin seguridad, sin claridad 2.- Sí</p> | |

- **ANEXO 5. ESCALA DE EVENTOS CRITICOS DE THOMAS HOLMES.**

NOMBRE:

FECHA:

FOLIO:

INSTRUCCIONES: ésta escala investiga 43 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés en la vida de una persona. Seleccione cada una de las situaciones con las que se sienta identificado (a) y que hayan ocurrido en su vida durante el último año. Al final se realizará la sumatoria obteniendo un puntaje a evaluar.

| | |
|--|-----|
| 1. Muerte del conyugue | 100 |
| 2. Divorcio | 73 |
| 3. Separación matrimonial | 65 |
| 4. Privación de la libertad | 63 |
| 5. Muerte de un familiar cercano | 63 |
| 6. Lesión o enfermedad personal grave | 53 |
| 7. Matrimonio | 50 |
| 8. Pérdida del empleo | 47 |
| 9. Reconciliación | 45 |
| 10. Jubilación | 45 |
| 11. Enfermedad de un familiar cercano | 44 |
| 12. Embarazo | 40 |
| 13. Problemas sexuales | 39 |
| 14. Nacimiento de un hijo | 39 |
| 15. Cambios importantes en el trabajo | 39 |
| 16. Cambios importantes a nivel económico | 38 |
| 17. Muerte de un amigo muy querido | 37 |
| 18. Cambio de empleo | 36 |
| 19. Discusiones con la pareja | 35 |
| 20. Hipoteca mayor | 31 |
| 21. Juicio por una hipoteca o préstamo | 30 |
| 22. Cambio de responsabilidad en el trabajo | 29 |
| 23. Uno de los hijos abandona el hogar | 29 |
| 24. Dificultades con los parientes políticos | 29 |
| 25. Logro personal notable | 28 |

| | |
|--|----|
| 26. La esposa comienza o deja de trabajar | 26 |
| 27. Se inicia o termina la escuela | 26 |
| 28. Cambios en las condiciones de vida | 25 |
| 29. Cambio de hábitos personales | 24 |
| 30. Problemas con el jefe | 23 |
| 31. Cambio de horario o condiciones de trabajo | 20 |
| 32. Cambio de residencia | 20 |
| 33. Cambio de escuela | 20 |
| 34. Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones | 19 |
| 35. Cambio en las actividades religiosas | 19 |
| 36. Cambio en las actividades sociales | 18 |
| 37. Hipoteca o préstamo menor | 17 |
| 38. Cambio en los hábitos de sueño | 16 |
| 39. Cambio en el número de reuniones familiares | 15 |
| 40. Cambios en los hábitos alimentarios | 15 |
| 41. Vacaciones | 15 |
| 42. Navidad | 12 |
| 43. Violaciones menores a la ley | 11 |

Puntaje: _____

La unidad de puntuación se denomina “unidad de cambio vital” (UCV). La persona está en riesgo de experimentar trastornos psicossomáticos si la suma es de 150 o más unidades en un solo año.

Calificación de la escala sobre eventos críticos de Holmes.

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

• ANEXO 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Actividades | Marzo a mayo 2019 | Junio a agosto 2019 | Septiembre a octubre 2019 | Noviembre a diciembre 2019 | Enero a marzo 2020 | Junio a agosto 2020 | Septiembre a noviembre 2020 | Diciembre 2020 a junio 2021 |
|--|-------------------|---------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Búsqueda de bibliografía | REALIZADO | REALIZADO | REALIZADO | | | | | |
| Elaboración del protocolo | REALIZADO | REALIZADO | REALIZADO | | | | | |
| Presentación del protocolo a los comités de ética e investigación para su autorización | | | | POR REALIZAR | | | | |
| Recolección de datos | | | | | POR REALIZAR | | | |
| Análisis y escritura de resultados | | | | | | POR REALIZAR | | |
| Discusión | | | | | | | POR REALIZAR | |
| Conclusión del estudio | | | | | | | | POR REALIZAR |
| Envío a revisores | | | | | | | | POR REALIZAR |
| Correcciones finales | | | | | | | | POR REALIZAR |
| Defensa de tesis | | | | | | | | POR REALIZAR |

REALIZADO 

POR REALIZAR 