

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

**INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMEDICAS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 46**



**ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR E
IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA UMF 48 DE
CD. JUÁREZ, CHIHUAHUA**

T E S I S

Tesis para optar por el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Daniela Mariana Armada Padilla

ASESOR:

Dr. Gregorio Peña Rodríguez

DICTAMEN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **802**
U MED FAMILIAR NUM 48

Registro COFEPRIS 17 CI 08 037 036

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 08 CEI 001 2018022

FECHA Miércoles, 19 de agosto de 2020

Dr. Gregorio Pena Rodríguez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación entre funcionalidad familiar e ideación suicida en adolescentes de la UMF 48 de Cd. Juárez, Chihuahua** 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-2020-802-017

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

Dr. Andrés Juárez Ahumada
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 802

Imprimir

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

**Asociación entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida en adolescentes de la
UMF 48 de Cd. Juárez, Chihuahua**

Dra. Daniela Mariana Armada Padilla

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud

Delegación Chihuahua

Vo.Bo.

Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 46

Vo.Bo.

Dra. Adriana Patricia Montaña Delgado

Profesor titular del curso de Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 46

Vo.Bo.

**Asociación entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida en adolescentes de la
UMF 48 de Cd. Juárez, Chihuahua**

Dra. Daniela Mariana Armada Padilla

ASESOR

Dr. Gregorio Peña Rodríguez

Médico especialista en medicina familiar UMF No 48

Vo.Bo.

**Asociación entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida en adolescentes de la
UMF 48 de Cd. Juárez, Chihuahua**

Dra. Daniela Mariana Armada Padilla

Dr Jorge Ignacio Camargo Nassar

Jefe del Departamento de Ciencias de la Salud

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Vo.Bo.

C.D. Salvador David Nava Martinez

Director del Instituto de Ciencias Biomédicas

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Vo.Bo.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme en llegar al punto en el que me encuentro.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos desde el inicio de mi carrera hasta este momento donde culmino el desarrollo de mi tesis con éxito para así obtener una afable titulación profesional.

DEDICATORIA

Dentro de mi recorrido por la vida me pude dar cuenta de que hay muchas cosas para las que soy buena, encontré destrezas y habilidades que jamás pensé, pero lo realmente importante es que pude descubrir que por más que disfruté trabajar sola, siempre se llegará a la meta más fácil si se realiza con ayuda y compañía adecuadas.

Dentro de desarrollo de esta tesis se presentaron muchos momentos en los que se me dificultaba continuar con el proceso, pero es allí cuando entendí que con la ayuda idónea las cosas siempre serán mejores.

Por esto mismo quiero dedicar esta tesis a mi familia, especialmente a mi mamá, quien siempre estuvo apoyándome en cada decisión que tome, esa persona que tuvo paciencia y entrega conmigo a lo largo de estos 3 años de residencia.

Índice

Resumen	90
Marco teórico	11
Introducción	11
La adolescencia: etapa de vulnerabilidad.....	11
Conducta suicida	12
Factores familiares.....	15
Planteamiento del problema	18
Justificación	19
Objetivos.....	20
Objetivo general.....	20
Objetivos específicos	20
Hipótesis.....	21
Hipótesis alterna	21
Hipótesis nula	21
Metodología	22
Diseño y tipo de estudio:.....	22
Criterios de selección.....	23
Criterios de inclusión.....	23
Criterios de exclusión.....	23
Criterios de eliminación.....	23
Operacionalización de variables	24
Variable independiente	24
Variable dependiente	24
Terceras variables	25
Análisis estadístico	26
Metodología operacional.....	27

Consideraciones éticas.....	28
Resultados.....	30
Discusión	31
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	34
Referencias bibliográficas.....	35
Anexos	38

Resumen

Título: Asociación entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida en adolescentes de la UMF 48 de Cd. Juárez, Chihuahua. **Investigador:** Dra. Daniela Mariana Armada Padilla. **Asesor:** Dr. Gregorio Peña Rodríguez. **Introducción:** A nivel mundial, la tasa de suicidio en adolescentes se ha incrementado de manera alarmante en los últimos años, por lo que es necesario establecer medidas preventivas para disminuir el riesgo suicida en los adolescentes. Hay diferentes factores que se han asociado a esto, como lo son: abuso de sustancias como drogas o alcohol, depresión, frustración, abusos físicos, violencia verbal, física y psicológica, así como la funcionalidad familiar. **Objetivo:** Determinar la asociación entre disfuncionalidad familiar y la ideación suicida en adolescentes en la UMF No. 48 de Cd. Juárez, Chihuahua. **Material y Métodos:** Diseño de investigación tipo cuantitativo, estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo. Se realizó en la UMF No. 48 de Cd. Juárez, Chihuahua; durante los meses de 1 agosto 2020 al 31 enero del 2021, a todos los adolescentes de 12 a 19 años de dicha UMF, que deseen participar. Posterior a la firma del consentimiento y asentimiento informado, se aplicó una encuesta para evaluar la funcionalidad familiar, así como otra escala para el grado de ideación suicida; además se investigaron como terceras variables: edad, sexo, estado civil y grado estudios. **Resultados:** Se analizó una muestra de 269 pacientes, donde la media de edad fue 15.6 años. Predomino el sexo femenino con un 50.2%, el 85.9% era soltero y el 53.2% cursaba la secundaria. Solo un 34.2% presento ideación suicida y en su mayoría presentaban disfunción familiar en un 63.2%. Se observó que el sexo masculino fue el que tuvo mayor riesgo de ideación suicida, así como una percepción de disfuncionalidad familiar por encima del sexo femenino. Otros factores sociodemográficos, como estado civil y escolaridad, no fueron relevantes para el desarrollo de la ideación suicida. Se estableció la asociación entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida. **Palabras clave:** adolescente, ideación suicida, funcionalidad familiar.

Marco teórico

Introducción

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida ^(1,2). Dicha conducta se encuentra enmarcada dentro de un concepto más amplio denominado conductas suicidas. Según los informes epidemiológicos de la OMS cada año mueren alrededor de un millón de personas por suicidio. Se destaca que en la población de 15 a 24 años se evidenció un aumento significativo, por lo que pasó a ser la tercera causa de muerte para este grupo. Por cada suicidio se registran 20 intentos ^(1,2). En ese sentido, en años recientes hubo un incremento en las investigaciones sobre la prevalencia y los factores protectores y de riesgo asociados con el fenómeno suicida, incluyéndose dentro de estos factores el funcionamiento familiar. En contexto resulta relevante conocer la prevalencia de ideación suicida y su relación con la funcionalidad familiar, con el fin de aportar elementos que permitan la aplicación de acciones de prevención en un grupo etario que se encuentra en alto riesgo.

La adolescencia: etapa de vulnerabilidad

Según la OMS la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años. Es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad ⁽³⁾.

La adolescencia es una etapa transitoria desde las experiencias emocionales y las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez, que representan un ideal. Quienes se ubican en el rango de edad del grupo etario, se exponen a situaciones de vulnerabilidad y riesgo, por lo que es factible que adquieran hábitos que requieren intervenciones específicas de los sectores público, privado y social, para atender los déficits que se presentan a su salud; así como, el consumo de tabaco, de alcohol y de otras sustancias psicoactivas; el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el sida; la violencia física, sexual o emocional, las acciones de daño físico autoinfligido y los accidentes, son los principales retos que se deben atender desde una perspectiva de prevención y promoción de estilos de vida activa y saludable. Los problemas de salud tienden a ser muy diferentes de los que se presentan a edades más tempranas y están condicionados por una carga psicosocial elevada y un bajo tenor de

trastornos orgánicos. Asimismo, el tema de la violencia cobra especial importancia en este grupo etario, ya que, de acuerdo a la OMS los costos directos, indirectos e intangibles de la violencia, considerando las consecuencias más graves de la violencia interpersonal y autoinfligida; es decir, las muertes por homicidio y suicidio, son más frecuentes entre los hombres jóvenes y en el caso de los homicidios en su mayoría son resultado de violencia interpersonal que ocurre en espacios públicos. La violencia que ocurre en espacios privados, especialmente en los hogares, afecta a un conglomerado importante de la población, principalmente a las mujeres, niñas y niños ⁽³⁾.

Con el fin de entender la conducta de los adolescentes y ejercer influencia en ella, es importante comprender el entorno en que viven y cómo afecta dicho entorno el desarrollo, la conducta y las relaciones sociales. Estos entornos, entre ellos: la familia, los grupos de pares, la escuela, el trabajo y las actividades de ocio, están al mismo tiempo en un estado de cambio constante. Todo ello implica que las intervenciones deben tener en cuenta estas dimensiones y además incluir de forma obligada a los propios adolescentes, sin olvidar el rol que pueden tener los profesionales de la salud ⁽³⁾.

Conducta suicida

La conducta suicida es entendida como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”. Comprende la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado. La ideación suicida se entiende como la presencia de ideas o deseos suicidas; es decir, es el conjunto de pensamientos sobre el cese de la propia vida. Por su parte, el intento de suicidio incluye las tentativas o actos autolesivos y deliberados con los que se busca morir y, finalmente, el suicidio consumado es el resultado exitoso del intento de acabar con la vida. La presencia de la conducta suicida en los adolescentes es percibida como “la manifestación o resultante de la carencia de mecanismos adaptativos del sujeto al medio, generada por una situación de conflicto actual o permanente, que causa un estado de tensión emocional” ⁽⁴⁾. Se ha encontrado una relación entre el consumo de alcohol y el ambiente y funcionamiento familiar en el que se involucran aspectos tales como capacidad de adaptación, grado de participación, afectividad, autorrealización gracias al apoyo familiar y compromiso entre los miembros de la familia ⁽⁵⁾.

Cada 40 segundos una persona comete suicidio en alguna parte del mundo y cada 3 segundos una persona intenta morir. Cada suicidio tiene un serio impacto sobre al menos

otras seis personas ⁽²⁾. 75% de estos suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medianos ⁽⁴⁾. Por cada suicidio se registran 20 intentos. Alrededor de 1000000 de personas mueren anualmente ⁽⁶⁾. En México, la mortalidad a causa del suicidio se ha incrementado en los últimos cuarenta años. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, tan sólo de 1970 a 1998 el suicidio aumentó 215%. ⁽⁷⁾

Además, el suicidio que para 1970 era un problema relevante en la población de mayor edad, cambió también en México, siguiendo una tendencia internacional. Actualmente, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años en México ⁽⁸⁾. Frente a dicho panorama de aumento en la mortalidad por suicidio, se hizo necesario realizar diversos estudios sobre las manifestaciones relacionadas con él; es decir, la ideación suicida, los planes, los gestos y los intentos de suicidio, gracias a lo cual se han documentado diversos factores de riesgo que hacen susceptible a un individuo de presentar comportamiento suicida y, en ese sentido, se ha contribuido a poder predecir de manera oportuna la ocurrencia de dicho comportamiento; por ejemplo, diversas investigaciones señalan que los antecedentes de intentos previos de suicidio podrían contribuir a predecir intentos subsecuentes y la propia consumación del suicidio ⁽⁹⁾. Sin embargo, aunque se ha estimado que existen aproximadamente diez intentos por cada suicidio consumado, cada intento tiene la posibilidad de resultar en la muerte o en una lesión física a largo plazo, causando un profundo sufrimiento psicológico ⁽¹⁰⁾.

Considerando lo anterior, se reconoce que el estudio de la conducta suicida hasta nuestros días ha permitido identificar factores que contribuyen a que un sujeto, en este caso adolescente o adulto joven, presente conductas de riesgo, así como grupos de la población con tendencia suicida. Pero el estudio del suicidio no se tendría que limitar a esto; es decir, en cuanto a prevención del suicidio se refiere, estos aspectos son fundamentales, pero pensando en promoción de la salud mental es necesario estudiar individuos y grupos que no presentan estos comportamientos aun cuando los factores de riesgo puedan ser similares, pero que a diferencia de los primeros no desencadenan un comportamiento suicida ⁽¹¹⁾.

Existen ciertos factores personales que han sido mencionados en numerosos estudios como posibles desencadenantes de conductas suicidas en los adolescentes. Dentro de estos se incluyen aspectos tales como la edad, el género y el estado civil, y otros relacionados con los rasgos de personalidad, la orientación sexual y las enfermedades físicas y mentales preexistentes. En relación con el género la mayoría de los referentes

coinciden en que las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia mayor que los hombres; sin embargo, estos últimos consuman el suicidio en una proporción superior que ellas ⁽¹²⁾. Así mismo, el género es un aspecto que puede llegar a determinar los métodos de autoagresión empleados por los jóvenes al momento de incurrir en el intento suicida. Las mujeres hacen un mayor uso de psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos, etc.) y de fármacos de uso general (hormonas tiroideas, analgésicos, hierro, etc.), a los cuales tienen fácil acceso en sus hogares. Por su parte, los hombres reaccionan con alta inexpresividad emocional y agresividad, haciendo uso de métodos más letales como el ahorcamiento, el uso de armas de fuego y el salto de altura para conseguir con mayor certeza el suicidio. Al parecer, conductas suicidas tales como la ideación suicida no están asociadas con el género ⁽¹³⁾. Por otro lado, es posible que el bajo nivel socioeconómico y educativo, aunado al desempleo en la familia sean considerados factores de riesgo para el suicidio en los jóvenes. Así, un bajo nivel socioeconómico puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de intentos de suicidio, especialmente si la situación de escasez es prolongada. Adicionalmente, el bajo nivel socioeconómico puede dificultar el acceso a los servicios de salud, especialmente del orden mental, por lo cual, el manejo integral de diversas condiciones que llevan a conductas suicidas puede estar limitado. En un estudio realizado por González y colaboradores se pudo encontrar que los adolescentes que presentaron ideación o intento suicida poseen una relación conflictiva con el padre y/o la madre y reportaron que sus padres discuten especialmente por problemas económicos ⁽¹⁴⁾. Por lo tanto, se puede inferir que los problemas económicos dentro de una familia pueden generar situaciones de estrés y violencia intrafamiliar, lo cual conduce a ideación suicida, conductas suicidas y suicidio consumado ⁽¹⁵⁾. Los problemas de aprendizaje y el fracaso escolar también se han descrito como factores importantes para el desarrollo de conductas suicidas. En relación al nivel educativo, podría decirse que, de acuerdo con diversos autores, aún no se ha estudiado a profundidad este aspecto como factor de riesgo. No obstante, es posible que el bajo nivel educativo se relacione con las conductas suicidas en este grupo poblacional debido a que puede estar influenciado por factores como el escaso rendimiento académico y la deserción escolar, aspectos que pueden tener relación con la baja autoestima y con la discriminación, entre otros ^(16,17). Así, los problemas en el colegio son considerados como un factor de riesgo para el suicidio en los adolescentes puesto que la inadaptación social, las dificultades de comunicación entre los jóvenes y la desaprobación de asignaturas generan conflictos que difícilmente son aceptados o asimilados por este grupo etario. Así mismo, el suicidio también se puede

presentar con mayor frecuencia en los preuniversitarios, o los recién graduados de secundaria durante el periodo de transición por el cual atraviesan ^(18, 19).

Se ha determinado también que los adolescentes con conductas suicidas presentan ciertos rasgos de personalidad característicos tales como emotividad, poca estabilidad emocional, inseguridad, aprehensión, angustia, ansiedad y frustración, los cuales, en cierta medida, están relacionados con desequilibrios hormonales propios de la edad y no necesariamente con un desequilibrio de la personalidad ⁽²⁰⁾.

Es importante aclarar que, dentro de las conductas suicidas, la ideación suicida es la más frecuente en niños y adolescentes de ambos géneros, y esta no necesariamente se asocia con la presencia de rasgos o trastornos psicopatológicos. Esto se diferencia de los intentos de suicidio, que son menos frecuentes, pero que sí se asocian con mayor frecuencia a trastornos psicopatológicos, como trastornos de conducta disocial, depresión, trastorno bipolar y otros. Es posible que se presenten algunas manifestaciones, resultado de la presencia de estas psicopatologías, tales como actitudes de escape, de venganza, altruismo, búsqueda de riesgo, tendencia a percibirse como perdedor, baja tolerancia a la frustración, dificultad para resolver conflictos, desesperanza, abandono y conductas auto lesivas. Uno de los factores de riesgo más importantes para la consumación de un suicidio es el intento suicida previo, el cual a su vez puede estar directamente ligado a la presencia de psicopatologías en los jóvenes ^(4,21).

Por otra parte, la conducta auto lesiva y la ideación suicida constituyen síntomas de riesgo de suicidio en la adolescencia, definiendo la conducta auto lesiva como la realización socialmente inaceptable y repetitiva de cortes, golpes y otras formas de autoagresión que causan lesiones físicas leves o moderadas. El comportamiento auto lesivo se encuentra tanto en población general como psiquiátrica y hay autores que proponen que se considere un síndrome por sí mismo. Aunque el comportamiento auto lesivo es conceptualmente distinto del suicidio diversos estudios muestran una relación muy estrecha entre ambos, siendo las conductas auto lesivas un claro factor de riesgo para las tentativas suicidas ⁽⁴⁾.

Factores familiares

Dentro de los factores familiares asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes, se ha investigado la dinámica del funcionamiento familiar como un aspecto determinante. Así, la presencia de comunicación familiar conflictiva, la pobre cercanía

afectiva, los altos niveles de control parental, la inestabilidad en la estructura familiar, la historia familiar de conducta suicida y la presencia de violencia intrafamiliar, son factores que contribuyen a limitar la activa y adecuada participación social del adolescente y que dificultan la satisfacción de sus necesidades más básicas ^(13, 22). De igual forma, se han descrito factores como la negligencia y la crianza en hogares monoparentales como otros posibles potenciadores del intento suicida en los jóvenes. En relación con la violencia intrafamiliar, se puede decir que la presencia de violencia doméstica bien sea física, verbal o sexual, puede ser un grave condicionante de conductas suicidas ⁽⁴⁾.

Es posible también que el maltrato verbal, proveniente especialmente de los cuidadores o progenitores, ya sea en forma de ofensas, descalificaciones, generación de culpa o de críticas hirientes, incida directamente en la presencia de baja autoestima de los jóvenes, lo cual puede derivar a su vez en conductas autodestructivas. En este sentido, se ha señalado que la presencia de vínculos conflictivos entre padres e hijos, así como de baja adaptación de la dinámica familiar ante los cambios que se dan durante la adolescencia, conllevan un mayor riesgo para la aparición de ideación e intento suicida. De acuerdo con Toro y colaboradores para los adolescentes que perciben disfunción familiar en su hogar, evidenciada en relaciones conflictivas y poco cálidas, el riesgo de suicidio sería dos veces con relación al de los adolescentes que consideran a su familia funcional ^(4,23).

El manejo que padres y otros familiares den a las diferentes situaciones influye en la presencia de psicopatologías en los adolescentes sobre lo cual incide también la utilización de métodos correctivos inadecuados, que, en lugar de modificar la conducta inapropiada, pueden reforzarla o hacer que creen comportamientos rebeldes hacia la autoridad de los padres ⁽⁴⁾. Entre los conflictos que se producen durante la crianza, las frecuentes agresiones por parte de sus tutores, con el consecuente efecto de miedo y sentimiento contradictorio, son factores potencialmente psicopatógenos, que pueden generar ideación e intento suicida, debido a la impulsividad propia de los afectados ⁽²⁴⁾. El comportamiento autodestructivo se convierte entonces en un medio de comunicación de sentimientos, frustraciones o necesidades que el adolescente no logra expresar de otra manera. La carencia de calidez familiar, la falta de comunicación con los padres y las continuas discordias familiares hacen que existan pocas posibilidades para el aprendizaje de adecuados métodos de resolución de problemas. Lo mencionado anteriormente es coherente con lo expresado por otros autores que sostienen que los adolescentes con conductas suicidas carecen de apoyo emocional por parte de sus familias ⁽²⁴⁾. Por otro

lado, se ha encontrado que un factor de riesgo para la aparición de conductas suicidas en adolescentes es la presencia de familias monoparentales, especialmente aquellas con ausencia de figura paterna. Así mismo, algunos estudios muestran asociación entre el intento suicida y las alteraciones en la dinámica de la pareja. Probablemente, no sea la estructura familiar, sino la calidad de las relaciones familiares el factor de riesgo que influye en la conducta suicida del niño y adolescente temprano ⁽²⁵⁾.

Planteamiento del problema

La adolescencia es un periodo de cambios psicológicos importantes. Es una etapa de gran vulnerabilidad y en la cual los adolescentes pueden llegar a ser frágiles emocionalmente y sumamente influenciables. A nivel mundial las tasas de conductas suicidas durante la adolescencia han incrementado en los últimos años, por lo que se ha vuelto un problema de salud pública. Es importante crear consciencia de estos cambios y de los factores que influyen en la conducta suicida, además de lograr el entendimiento y apoyo familiar para de prevenir en medida posible, que las tasas de ideación suicida sigan aumentando. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida en adolescentes de la UMF 48 de Cd Juárez, Chihuahua?

Justificación

El presente trabajo de investigación se realizó debido al aumento en la incidencia de intentos suicidas en los adolescentes a nivel mundial, considerándolo un problema de salud pública con gran relevancia social y médica. Se basó en saber la funcionalidad familiar de los adolescentes y si esto repercute en su deseo suicida. Creer que esta es la única solución que los adolescentes encuentran a sus problemas, es algo que preocupa a la sociedad, ya que la inmadurez de los jóvenes en esta etapa de su vida es muy susceptible a cambios de temperamentos. Por medio de este trabajo se pretende crear consciencia de la importancia de incluir en el estudio global del paciente la clase de funcionalidad familiar que se tiene, para de esta manera disminuir los factores de riesgo familiares que llevan al adolescente a tomar tan drástica decisión.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la asociación entre disfuncionalidad familiar y la ideación suicida en adolescentes de la UMF No. 48 de Cd. Juárez, Chihuahua.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de ideación suicida
- Identificar la funcionalidad familiar en adolescentes
- Describir las características sociodemográficas de los adolescentes participantes
- Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y la ideación suicida en relación a las características sociodemográficas

Hipótesis

Hipótesis alterna

Existe una asociación entre la disfuncionalidad familiar y la ideación suicida en los adolescentes de la UMF No. 48 de Cd. Juárez, Chihuahua.

Hipótesis nula

No existe una asociación entre la disfuncionalidad familiar y la ideación suicida en los adolescentes de la UMF No. 48 de Cd. Juárez, Chihuahua.

Metodología

a. Diseño y tipo de estudio

- Estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo.

b. Lugar y universo

- UMF No. 48 de Cd. Juárez, Chihuahua
- Adolescentes entre 12 y 19 años, derechohabientes del IMSS.

c. Periodo

- 1 agosto 2020 al 31 enero 2021

d. Tipo y tamaño de la muestra

- No aleatorizado, consecutivo por conveniencia
- Tamaño mínimo de la muestra: 269 pacientes

-

- Tamaño de la muestra: Fórmula para poblaciones infinitas

$$N = (z\alpha)^2(p)(q) = (1.96)^2(0.30)(0.70) = (3.84)(0.20)(0.80) = 245.76$$

d^2

$(0.05)^2$

0.0025

$$z\alpha: 1.96 \quad p=0.20 \quad q=0.80 \quad d=0.05$$

Tamaño mínimo de la muestra 245 pacientes, agregando un 10 % para prever pérdidas, por lo que el tamaño de la muestra fue de 269 pacientes.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Adolescentes del sexo femenino y masculino entre 12 y 19 años
- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social
- Adolescentes sanos
- Adolescentes que acepten y firmen el consentimiento informado personalmente
- Que accedan a participar

Criterios de exclusión

- Adolescentes con alguna enfermedad física crónica
- Adolescentes con diagnósticos establecidos de enfermedades psicológicas o psiquiátricas
- Quienes no deseen participar en el estudio
- Quienes no firmen el consentimiento informado
- No ser derechohabiente del IMSS

Criterios de eliminación

- Quienes no completen los cuestionarios correctamente

Operacionalización de variables

Variable independiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
Funcionalidad familiar	Es una herramienta trascendental en la construcción de guías, políticas y formulación de objetivos para los cuidados de la salud	Se obtuvo mediante el cuestionario de APGAR familiar	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Funcional 2. Disfunción leve 3. Disfunción moderada 4. Disfunción severa

Variable dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
Ideación suicida	Presencia de ideas o deseos suicidas, es decir, es el conjunto de pensamientos sobre el cese de la propia vida.	Se obtuvo mediante el cuestionario de ideación suicida de Beck	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con ideación suicida 2. Sin ideación suicida

Terceras variables

Variable	Concepto	Tipo	Escala	Indicador
Sexo	Características genotípicas y fenotípicas de cada individuo. Definición operacional: Se obtuvo mediante encuesta	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Edad	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la fecha de la entrevista. Definición operacional: se obtuvo mediante encuesta	Cuantitativa	Intervalo	Número de años
Escolaridad	Grado de estudios en el que se encuentra el paciente al momento del estudio Definición operacional: El grado de escolaridad referida por el paciente.	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura
Estado civil	Situación personal en que se encuentra una persona física en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. Definición operacional: estado civil referido por el paciente, el cual se obtuvo mediante encuesta.	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado

Análisis estadístico

Se realizaron pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medio de medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplieron el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplieron este supuesto se empleó la mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizó la descripción por medio de proporciones.

La comparación de las variables cuantitativas continuas se empleó en caso de cumplir los supuestos de normalidad y para la comparación de proporciones se empleó la prueba de Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher.

Se calculó proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la XMH para la determinación de asociación entre las variable dependiente e independiente. Se calculó el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $\alpha = 0.05$. Se calculó los factores de riesgo mediante la Razón de Momios de Prevalencia (RPM) y sus intervalos de confianza al 95%.

Metodología operacional

El estudio utilizó un cuestionario compuesto por 3 partes, la primera consta de los datos sociodemográficos de los participantes, la segunda parte evaluó la funcionalidad familiar y la tercera valoró la ideación suicida. El cuestionario se aplicó mediante la técnica directa de recolección de datos por parte del investigador.

Los cuestionarios utilizados como instrumentos fueron: escala de ideación suicida de Beck, el cual consta de 20 preguntas divididas en 4 apartados los cuales consideran características de las actitudes ante la vida, características de los deseos y pensamientos, características del intento y la actualización del intento; la puntuación oscila entre 0 y 40, entre mayor puntuación mayor riesgo. Además se utilizó el APGAR familiar, fueron 2 cuestionarios APGAR diferentes, uno enfocado a mayores de 18 años para evaluar la funcionalidad familiar el cual evalúa 5 elementos: adaptabilidad, participación, gradiente de recursos, afectividad y recursos, cada ítem puede tener una puntuación de 0 a 4, la interpretación será de acuerdo al puntaje de 17- 20 puntos normal, 16-13 disfunción leve, 12 a 10 disfunción moderada y menor o igual a 9 puntos disfunción severa y el segundo cuestionario familiar para niños, en el cual las preguntas se puntúa de 0 a 2, obteniendo una calificación de 0 a 10 y la interpretación será de 7 – 10 puntos normal, de 4-6 disfunción moderada y de 0 a 3 disfunción grave.

Ambos cuestionarios cuentan con validación en población latina con un alfa de Crombach de 0.785 para el APGAR familiar y 0.85 para el cuestionario de ideación suicida de Beck.

Estos cuestionarios se aplicaron a 269 adolescentes hombres y mujeres entre 12 y 19 años de edad derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 48 de ambos turnos, en el periodo de 1 de agosto de 2020 al 31 de enero de 2021. No se presentaron perdidas.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a las normas éticas y reglamentos institucionales como la Ley General de Salud en Materia de Investigación, de la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores, las Buenas Prácticas Clínicas, las Normas de la ICH. Registro por el CLIES o CNIC.

De acuerdo con el título quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 12 de Julio del 2018, esta investigación contribuyó al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que, aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrolló conforme a las siguientes bases:

I Se adaptó a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.

II Es el método más idóneo para la investigación en este tema.

III Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.

IV Se contó con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.

V La investigación se realizó por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La información obtenida fue protegida. Esta investigación se clasificó como riesgo mínimo, ya que la información se obtuvo de manera directa mediante la aplicación de 2 cuestionarios.

Por lo anterior se solicitó un consentimiento para realizar el estudio. El investigador responsable se comprometió a que dicho consentimiento fue obtenido de acuerdo con las “Políticas que guían el proceso de consentimiento bajo información en estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos”, y se comprometió también a obtener dos originales de la Carta de Consentimiento Informado debidamente llenadas y firmadas, asegurando que uno de estos originales sea entregado al paciente, familiar o representante legal y otro resguardado por el investigador durante al menos cinco años, una vez terminado el estudio de investigación.

Resultados

Se analizó una población con una muestra de 269 pacientes, de los cuales 135 fueron del sexo femenino (50.2%) y 134 masculinos (49.8 %). Las edades fueron entre los 12 a 19 años, presentando una media de 15.6, mediana y moda de 15 años (ver tabla 1). Su estado civil fue: soltero 231 (85.9%), casado 22 (8.2%) y unión libre 16 (5.9%). Dentro de la escolaridad se encontró 8 (3%) participantes cursando primaria, 143 (53.2%) secundaria, 96 (35.7%) bachillerato y 22 (8.2%) superior.

Se encontró que 92 (34.2%) pacientes tuvieron ideación suicida y 177 (65.8%) no tuvieron ideación suicida (ver gráfica 1). Dentro de la variable de disfunción familiar, 99 (36.8%) fueron funcionales y 170 (63.2%) presentaron disfunción familiar, de los cuales 58 (21.6%) fueron leve, 99 (36.8%) moderada y 13 (4.8%) severa (ver tabla 2).

Análisis bivariado

El análisis bivariado descriptivo inicial, se refiere a presencia de relación entre las variables de interés y las sociodemográficas. Se destaca que la ideación suicida se presenta en el 34% de los participantes siendo está relacionada con mayor frecuencia en el género masculino con 44% de los casos; además, se observa con rangos similares en participantes solteros y aquellos que viven en pareja (casados o en unión libre), siendo mínima la diferencia: solteros de 33.8% y en aquellos en convivencia en pareja con 36.8%. Destaca que el grado escolar medio superior y superior es el que presenta mayor frecuencia de ideación suicida con un 39%, contrario a aquellos con nivel básico de 30.5% (tabla 3). Por otro lado, la disfunción familiar se presenta en el 63.2% de los participantes. La distribución de la misma se presenta con 81.3% en el género masculino y 45.2% del femenino. Se presenta en rango similar en participantes que viven en pareja como en aquellos solteros siendo 60% y 63% respectivamente para cada grupo; y, al igual que en la ideación suicida, la disfunción familiar se presenta con mayor frecuencia en el grupo escolar medio y medio superior con el 69.5%, a diferencia del nivel básico que determina el 58.3% (tabla 4).

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la ideación suicida (χ^2 de 11.46, $p= 0.001$). También en la disfunción familiar se determinó una relación con la ideación suicida (χ^2 37.802, $p=.000$). A diferencia de la relación entre la ideación suicida con el estado civil donde no se encontró relación entre ambas variables (χ^2 0.137, $p= 0.711$). Con relación en la escolaridad tampoco se encontró relación significativa (χ^2

2.13, $p= 0.144$). De forma similar, en la relación entre disfunción familiar, estado civil y escolaridad no se determinó relación entre ellas ($\chi^2 0.136$, $p= 0.713$). Para el estado civil y escolaridad tampoco hubo una relación significativa ($\chi^2 1.79$, $p= .408$) (ver tabla 5).

Se realizó el cálculo de riesgo con OR, siendo de 2.43 para el sexo masculino y 8.79 para la disfunción familiar (ver tabla 6).

Discusión

Los hallazgos de este estudio nos permiten determinar la relación entre la disfuncionalidad familiar y la ideación suicida. Encontrando que esta se presenta con mayor frecuencia en aquellos participantes que viven con disfunción familiar en cualquier grado, lo cual concuerda con el estudio realizado en la Ciudad de México. Pérez, Rivera, Atienzo, de Castro, Leyva, y Chávez, concluyeron que el 69% presentaba ideación suicida con algún grado de disfuncionalidad familiar ⁽²⁶⁾.

Por otra parte, nuestro estudio encontró mayor prevalencia de ideación suicida en el sexo masculino, lo cual contrasta con el estudio realizado en China por You y colaboradores. En dicho estudio, la prevalencia de la ideación suicida fue significativamente mayor en los estudiantes de sexo femenino que en los de sexo masculino ⁽²⁷⁾. Sin embargo, debemos considerar las diferencias culturales y poblacionales de ambos países.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio referente a la relación entre el estado civil y la ideación suicida determinaron que son independientes entre sí. En contraparte a lo observado en el estudio de Siabato, E., y Salamanca realizado en universitarios, donde se encontró la relación significativa en cuanto al estado civil y la ideación suicida, siendo la unión libre y el estado civil donde se presentó un mayor nivel de ideación ⁽²⁸⁾. Sin embargo, cabe señalar las diferencias en el rango de edad de nuestra población, debido a que se exploró en grupos de menor edad.

Respecto a las variables escolaridad e ideación suicida no se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p= 0.144$). Respecto al estado civil, se encontró una mayor prevalencia de disfunción familiar en los participantes solteros en un 63.3% ($p= 0.713$), sin una significancia estadística. Los participantes con escolaridad de nivel medio y superior presentaron una prevalencia mayor dentro de disfunción familiar en un 69.5% sin ser estadísticamente significativo, lo que concuerda con diversos estudios como Fuentes y colaboradores, Carvajal y Caro, Cabra y colaboradores y Vargas y Saavedra. ^(29,30,31,32)

Se establece una relación entre la disfunción familiar y la ideación suicida entre los participantes destacando que a mayor disfunción mayor frecuencia de ideación suicida, siendo congruente en lo reportado en otros estudios como Fuentes et al., 2009, Carvajal & Caro, 2011, Cabra et al., 2010 y Vargas & Saavedra, donde los adolescentes que

perciben disfuncionalidad familiar grave son más propensos a presentar ideación suicida.
(29,30,31,32)

Por último, se observó que el sexo masculino tiene 2.43 veces más probabilidades de tener ideación suicida, así como la disfuncionalidad familiar aumentó un 8.79 veces el riesgo comparado con familias funcionales.

Conclusión

La presencia de ideación suicida se presenta con una relación inversa con la funcionalidad familiar, lo que nos dice que a mayor funcionalidad familiar menor ideación suicida. Podemos establecer la funcionalidad familiar como un factor protector contra la ideación suicida; por tanto, debemos promover la determinación de esta de forma sistemática en las atenciones de medicina familiar. Se establece la asociación entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida.

Recomendaciones

Es necesario continuar con investigaciones sobre esta temática dada la importancia y el impacto que el suicidio y la ideación suicida como predictor, representan para la población adolescente. Esto puede llevarse a cabo con los recursos que se tienen en las clínicas de primer nivel de atención, teniendo contacto con las familias y sus integrantes.

Dentro de las estrategias se deberá de aplicar: Cuestionarios de depresión, cuestionarios sobre funcionalidad familiar y dar promoción sobre el tema de ideación suicida, con el fin de identificar de manera temprana conductas de riesgo.

Por lo que un diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención de síntomas depresivos en los adolescentes así como la funcionalidad de sus familias puede prevenir la aparición y presencia de ideación suicida o incluso la muerte del adolescente.

Referencias bibliográficas

1. Bustamante Mercedes. Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records [Internet]. [Online].; 2017. Available from: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/358954155007>.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. 2000..
3. Santisteban D. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. Holguín, cuba: Policlínica Mario Gutiérrez Ardaya, Atención Integral al Niño; 2014.
4. Serrano-Ruiz Claudia Patricia. Risk Factors Associated with the Appearance of Suicidal Behaviors in Adolescents. medunab. 2017 noviembre; 20(2).
5. Rojas Ira G. Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006. Revista de neuropsiquiatría. 2014 Nov; 4(77).
6. DOF. Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de. México: sector salud; 2015.
7. Organization World Health. Preventing suicide: a global imperative. [Online].; 2014. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention.
8. Quitl Meléndez María Mónica Anastacia. Ideación suicida y su relación con el funcionamiento familiar y diferenciación familiar en jóvenes universitarios tlaxcaltecas. Acta Universitaria. 2015 julio; 25.
9. Vázquez-Vega* Daniela. La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. Acta universitaria. 2015 julio; 25.
10. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2016 enero; 3(1).
11. Burgos Graciela Verónica. Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina. In ; 2017; Santiago de estero, Argentina. p. 2802–2810.
12. Forero S, Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2016 julio; 15(1).

13. Paveza Paula. Familial risk factors for suicide among adolescents with depression. Rev Méd Chile. 2009; 137.
14. Suarez Miguel A.. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz. Cuba 2014 junio; 20(1).
15. Gómez Clavelina Francisco Javier. A New Proposal of an Intepretation Scale for Family apgar. 2010.
16. Shain Benjamin MP. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. pediatrics. 2016 julio; 138(1).
17. Smilkstein M. Gabriel The Family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians. THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE. 1978; 6(6).
18. Franco Silvia. Childhood maltreatand risk of suicide attempt: a nationally representative study. journal clin psychiatry. 2015 julio; 76(7).
19. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. Frontiers in Psychiatry. 2018 octubre; 9.
20. Vélez-Restrepo Claudia. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. Rev. Fac. Med. 2015 marzo; 63(3).
21. Medicosfamilires.com. [Online].; 2019 [cited 2019 agosto 15. Available from: <http://www.medicosfamiliares.com/familia/aplicacion-y-uso-del-apgar-familiar.html>.
22. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Suicide in Children and Teens. [Online].; 2019 [cited 2019 agosto 15. Available from: https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Teen-Suicide-010.aspx.
23. Kaslow NJ. American Psychological Association. [Online].; 2014 [cited 2019 agosto 15. Available from: <https://www.apa.org/about/governance/president/suicidal-behavior-adolescents.pdf>.
24. Sánchez-Sosa Juan Carlos, Villarreal-González María Elena. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. Intervención Psicosocial. 2010; 19(3).
25. Pacheco Bernardo, Peralta Paula. La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. Revista de Ciencias Médicas. 2015; 40(1).

26. Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., de Castro, F., Leyva, A. y Chávez, R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México* 2010, 52(4).
- 27 You Z, Chen M, Yang S, Zhou Z, Qin P. Childhood adversity, recent life stressors and suicidal behavior in Chinese college students. *PLoS ONE*. 2014; 9:866-72
- 28 Siabato, E., & Salamanca, Y. Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 2015; 9(1).
- 29 Cabra, O., Infante, D. & Sossa, F. El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas* 2010; 13 (2).
- 30 Carvajal, G. & Caro, C. Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá. *Revista Colombia Médica*, 2011; 42 (2).
- 31 Fuentes, M., González, A., Castaño, J., Hurtado, C., Ocampo, P., Páez, M. Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina*, 2009; 9 (2).

Anexo 1 Carta de consentimiento informado



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

Numero de registro R 2020802017

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Asociación entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida en adolescentes de la UMF 48 de Cd. Juárez, Chihuahua
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Cd Juárez, Chihuahua.
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la funcionalidad familiar de los adolescentes y si esto repercute en su deseo suicida
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Diagnóstico oportuno para su atención por especialista
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	Su participación o retiro no repercutirá en la atención medica
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá confidencial la identidad del participante

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Daniela Mariana Armada Padilla

Colaboradores:

Dr. Gregorio Peña Rodríguez

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comitéeticainv.imss@gmail.com

Daniela Mariana Armada Padilla

Nombre y firma del participante

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 consentimiento informado padres o tutores



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

Numero de registro R 2020802017

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)

Nombre del estudio:	Asociación entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida en adolescentes de la UMF 48 de Cd. Juárez, Chihuahua
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	cd. JJuárez, Chihuahua
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la funcionalidad familiar de los adolescentes y si esto repercute en su deseo suicida
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Diagnóstico oportuno para su atención por especialista
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	Su participación o retiro no repercutirá en su atención medica
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá confidencial la identidad del participante

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Daniela Mariana Armada Padilla

Colaboradores:

Dr. Gregorio Peña Rodríguez

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comitéeticainv.imss@gmail.com

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Daniela Mariana Armada Padilla

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: 2810-009-014

Anexo 3. Carta de asentimiento para menores de edad



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Numero de registro R 2020802017**

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: _ Asociación entre disfuncionalidad familiar e ideación suicida en adolescentes de la UMF 48 de Cd. Juárez, Chihuahua.

- Objetivo del estudio y procedimientos_ saber la funcionalidad familiar de los adolescentes y si esto repercute en su deseo suicida, por medio de la aplicación de un cuestionario.

Hola, mi nombre es Daniela Mariana Armada Padilla y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de _el riesgo de suicidio en adolescentes_ y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en __responder un cuestionario breve__

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular,

tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Daniela Mariana Armada Padilla

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

Anexo 4. Instrumentos aplicados

APGAR FAMILIAR - ADULTOS

Función	Nunca (0 Puntos)	Casi Nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa, c) el dinero					
PUNTAJE PARCIAL					
PUNTAJE TOTAL					

APGAR FAMILIAR. INFANTIL

FUNCIÓN	Casi nunca (0 puntos)	Algunas veces (1 puntos)	Casi siempre (2 puntos)
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera en la que mi familia habla y comparte sus problemas conmigo.			
Me gusta cómo mi familia me permite hacer las cosas nuevas que quiero hacer.			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy feliz, triste, enfadado/a...			
Me gusta cómo mi familia y yo compartimos tiempo juntos.			

APÉNDICE 3 Escala de Ideación suicida de Beck: EBIS**EBIS**

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un **círculo** el número de la frase de cada grupo que **mejor** lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

I CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

- | | |
|---|---|
| <p>1. Su deseo de vivir es:</p> <p>0. Moderado a fuerte</p> <p>1. Mediano o poco (débil).</p> <p>2. No tengo deseo (Inexistente).</p> | <p>4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:</p> <p>0. Ninguno (inexistente).</p> <p>1. Poco (Débil).</p> <p>2. Moderado a fuerte.</p> |
| <p>2. Su deseo de morir es:</p> <p>0. No tengo deseos de morir.</p> <p>1. Pocos deseos de morir</p> <p>2. Moderado a fuerte.</p> | <p>5. Realizar un intento de suicidio pasivo:</p> <p>0. Tomaría precauciones para salvar su vida.</p> <p>1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.</p> <p>2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.</p> |
| <p>3. Sus razones para Vivir/Morir son:</p> <p>0. Vivir supera a morir.</p> <p>1. Equilibrado (es igual).</p> <p>2. Morir supera vivir.</p> | |

Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es "0" –Deje de contestar el cuestionario -

II CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

- | | |
|--|--|
| <p>6. Su duración de Pensamientos/Deseos son:</p> <p>0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.</p> <p>1. Temporadas o periodos largos.</p> <p>2. Duran un tiempo largo o continuo.</p> | <p>10. Sus Razones o motivos que detienen la tentativa suicida. (familia, religión, irreversibilidad o fallar):</p> <p>0. No lo intentaría porque algo lo detiene.</p> <p>1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.</p> <p>2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.</p> |
| <p>7. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos son:</p> <p>0. Rara vez; ocasionalmente (baja)</p> <p>1. Frecuentemente pienso/deseo</p> <p>2. Casi todo el tiempo pienso/deseo</p> | <p>11. Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:</p> <p>0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.</p> <p>1. Combinación de 0 — 2.</p> <p>2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.</p> |
| <p>8. Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:</p> <p>0. Rechazo los pensamientos/deseos</p> <p>1. Ambivalente; indiferente.</p> <p>2. Aceptación de pensamientos/deseos</p> | |
| <p>9. Su Control sobre la acción/deseo de suicidio:</p> <p>0. Tiene capacidad de control</p> <p>1. Inseguridad de capacidad de control</p> <p>2. No tiene capacidad de control</p> | <p>Indicar cuáles son estos factores que detienen la tentativa.....</p> |

III CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método: Especificidad/Oportunidad de pensar el intento:
0. Sin considerar método o plan
 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
 2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.
13. El método: Disponibilidad/Oportunidad de pensar el intento:
0. Método no disponible; no oportunidad.
 1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
 2. Método y oportunidad disponible.
 - 2^a Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.
14. La Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento:
0. No tiene el valor, o capacidad. (debilidad o asustado).
 1. No está seguro de tener valor o capacidad.
 2. Está seguro de tener valor.
15. La expectativa de anticipación de un intento real:
- 0 No
 1. Sin seguridad, sin claridad.
 2. Si.

IV ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. La preparación real de realizarlo:
0. Ninguna preparación
 1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
 2. Completa (preparativos terminados)
17. La Nota Suicida:
0. No ha escrito nota o carta (ninguna)
 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
 2. Nota o carta escrita (terminada)
18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos, o pagos, regalos):
0. No
 1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
 2. Planes realizados y arreglos finales
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida
0. Revela las ideas abiertamente.
 1. Evita o revela las ideas con reserva.
 2. Encubre, oculta o engaña y miente.
20. Intento de suicidio anteriores
0. No ha intentado
 1. Uno
 2. Más de uno

Anexo 5. Hoja de recolección de datos

Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ideación suicida	Funcionalidad familiar

Anexo 6. Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes de la UMF 48

Sexo	n.	%
Femenino	135	50.2
Masculino	134	49.8
Edad	n.	%
12 a 14	93	34.5
15 a 17	97	36
18 y 19	79	29.4
Estado civil	n.	%
Soltero	231	85.9
Casado	22	8.2
Unión libre	16	5.9
Escolaridad	n.	%
Primaria	8	3
Secundaria	143	53.2
Bachillerato	96	35.7
Superior	22	8.2

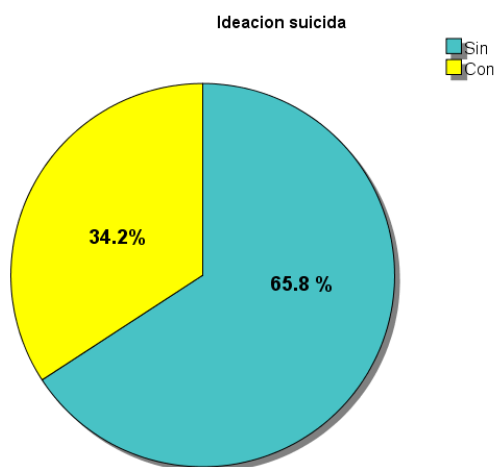
n: Número de participantes, % porcentaje Fuente: Encuesta aplicada

Tabla 2. Grado de disfunción familiar en adolescentes de la UMF 48

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	99	36.8
Disfunción		
Leve	58	21.6
Moderada	99	36.8
Severa	13	4.8
Total	269	100

Fuente: instrumento aplicado APGAR familiar

Grafica 1. Porcentaje de Ideación suicida en adolescentes de la UMF 48



Fuente: Escala aplicada de ideación suicida de BECK

Tabla 3. Ideación suicida relacionada con características sociodemográficas y disfuncionalidad familiar en adolescentes de la UMF 48

	Sin ideación suicida	Con ideación suicida
Sexo		
Femenino	102 (75.6%)	33 (24.4%)
Masculino	75 (56%)	59 (44%)
Estado civil		
Soltero	153 (66.2%)	78 (33.8%)
Con pareja	24 (63.2%)	14 (36.8%)
Escolaridad		
Nivel básico	105 (69.5%)	46 (30.5%)
Medio/ Superior	72 (61%)	46 (39%)
Disfuncionalidad		
Leve	33 (56.9%)	25 (43.1%)
Moderada	51 (51.5%)	48 (48.5%)
Severa	4 (30.8%)	9 (69.2%)

Fuente:Elaboración propia datos SPSS

Tabla 4. Disfunción Familiar relacionada con características sociodemográficas en adolescentes de la UMF 48

	Sin disfunción familiar	Con disfunción familiar
Sexo		
Femenino	74 (54.8%)	61 (45.2%)
Masculino	25 (18.7%)	109 (81.3%)
Estado civil		
Soltero	84 (36.4%)	147(63.6%)
Con pareja	15 (39.5%)	23 (60.5%)
Escolaridad		
Nivel básico	63 (41.7%)	88 (58.3%)
Medio/ Superior	36 (30.5%)	82 (69.5%)

Fuente: Elaboración propia datos SPSS

Tabla 5. Asociación entre variables

Variables		Chi ²	Df	Significación Asintótica
Ideación suicida	Sexo	11.463	1	0.001
Ideación suicida	Funcionalidad familiar	40.43	1	.000
Disfuncionalidad familiar	Sexo	37.802	1	.000
Grado de disfunción familiar	Sexo	99.190	2	.000

Tabla 6. Análisis de riesgo

	OR	Mínimo	Máximo
Sexo masculino	2.43	1.4456	4.0889
Disfuncionalidad familiar	8.79	4.0383	17.031

Fuente: Elaboración propia datos SPSS