

96

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO  
DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. OLIVIA JIMENEZ SOLARES

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



IMSS

MEXICO, D.F.,

ENERO DE 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A MIS PADRES:**

**JOSE JIMÉNEZ PEÑA Y ESPERANZA SOLARES VARGAS**

QUIENES CON SU EJEMPLO, SU APOYO, SU COMPRENSIÓN  
Y SU CARIÑO, ME HAN IMPULSADO Y MOSTRADO QUE EL  
ESTUDIO, ES LA MEJOR HERRAMIENTA PARA TRIUNFAR EN LA  
VIDA.

**A MI HERMANA:**

**ELBA JIMÉNEZ SOLARES**

GRAN COMPAÑERA Y AMIGA, CON QUIEN HE COMPARTIDO  
DESDE MI INFANCIA, EL AMOR DE MIS PADRES  
Y LOS MAS BELLOS MOMENTOS DE MI VIDA.

**A TODOS**

**MIS MAESTROS Y AMIGOS:**

QUIENES DIA CON DIA, REFUERZAN MIS CONOCIMIENTOS,  
BRINDANDOME SU APOYO INCONDICIONAL Y SU CONFIANZA,  
CONTRIBUYENDO CON ELLO, A MI FORMACIÓN PROFESIONAL  
Y A MI SUPERACION COMO PERSONA.

**HOJA DE AUTORIZACIONES**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. MARTHA BOUSEAUEAU CARDENAS**

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No. 21

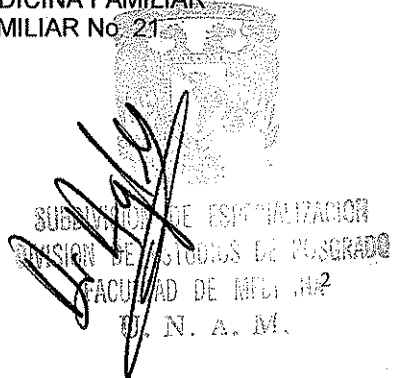
  
\_\_\_\_\_  
**DRA. MARISELA GARCÍA MENESES**

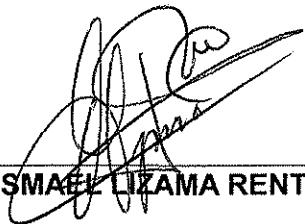
JEFA DE EDUCACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21



  
\_\_\_\_\_  
**DR. JORGE MENESES GARDUÑO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21





---

**DR. JOSÉ ISMAEL LIZAMA RENTERÍA**

ASESOR DE LA TESIS  
COORDINADOR MEDICO DE PROGRAMAS  
EN SALUD COMUNITARIA, IMSS.



---

**DRA. OLIVIA JIMÉNEZ SOLARES**

MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

El Director General de Bibliotecas me ha  
permitido difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Jiménez Solares Olivia

FECHA: 21 / Nov / 2002

FIRMA: 

## INDICE

1. Introducción	5
2. Hipótesis	12
3. Objetivos	13
4. Material y métodos	14
5. Diseño estadístico	26
6. Resultados	27
7. Conclusiones	46
8. Sugerencias	50
9. Bibliografía	53
10. Anexos	57

## 1. INTRODUCCIÓN

Suicidio proviene del latín *sui*, de sí mismo y *caedere*, matar. Privación de la vida. // auto homicidio. El suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona altamente sensible en una etapa de su vida, agravado por un contexto familiar vulnerable que es incapaz de impedirlo. El suicidio rebasa las fronteras y el tiempo, pues aparece en prácticamente todas las civilizaciones y épocas históricas, aunque genere con frecuencia sentimientos de rechazo y crítica, sin embargo, a lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad hacia este acto, sus formas y su frecuencia.<sup>1</sup>

El suicidio en los adolescentes se ha convertido en un problema de alta prioridad, en especial para el primer nivel de atención médica, debido a que a éste acuden gran número de sujetos de riesgo a solicitar apoyo; y pocos son atendidos y captados en forma adecuada.<sup>2-5</sup> El adolescente vive en un prolongado y difícil periodo de inestabilidad con intensos cambios externos e internos (por ejemplo endocrinos, de imagen corporal, de valores, ambientales, etc.) que dificultan su interacción familiar, escolar y social. Sus principales temores son a la enfermedad y a la muerte, a hacer el ridículo y a no saber el papel que debe jugar en la familia y fuera de ella, además de que deberá hacerle frente al ambiente social hostil. Todo ello lo atemoriza, lo angustia, lo deprime y con relativa frecuencia lo vuelve agresivo y rebelde;

condiciones todas que pueden inducirlo a conductas antisociales de alto riesgo, como pueden ser: el alcoholismo, la drogadicción, el intento del suicidio y el homicidio, por citar sólo algunas de las más importantes.<sup>1-3</sup>

6-8

Entre los factores precipitantes para conductas suicidas en adolescentes se mencionan las crisis disciplinarias y legales, las pérdidas, la exposición al suicidio o conducta suicida de familiares o amigos, la acumulación de circunstancias vitales adversas, los problemas escolares, familiares o con la pareja; el abuso de drogas, la depresión, la conducta antisocial, los trastornos de la personalidad, los incidentes recientes de rechazo, humillación y otras crisis, y en un pequeño número de casos, lecturas sobre suicidio en periódicos o novelas.<sup>1,5,6,9-17</sup> Además de las psiquiátricas y sociales y familiares, hay estudios que sugieren causas de suicidio de tipo biológico, relacionadas con anomalías en el funcionamiento serotoninérgico, puesto que algunos suicidas presentan bajas cantidades de ácido 5-hidroxitriptofano en el fluido espinal.<sup>1,3,4,9,13,18</sup>

Se ha descrito el hecho de que los adolescentes y adultos jóvenes que realizan un comportamiento suicida, residen con frecuencia en hogares familiares monoparentales (padres separados o divorciados, fallecimiento de uno de los padres o madre soltera) o fuera del hogar familiar. Ello pone de manifiesto el efecto protector que tiene la familia biparental sobre el riesgo suicida del joven. Pero no solo hay que



destacar el hecho de residir en una familia monoparental o fuera de ella, sino también las situaciones de desequilibrio familiar, las cuales han mostrado ser uno de los factores de riesgo más frecuentes y característicos del comportamiento suicida en la adolescencia y la juventud.<sup>1,4,5,9,19,</sup>

En los Estados Unidos de Norteamérica se estima un subregistro en el número de suicidios que oscila entre el 30 y el 50%, sin llegar a un acuerdo acerca de las causas que provocan esta situación. En México el abordaje del problema ha tenido que hacerse por medio de la información sobre mortalidad, por lo que la mayoría de los trabajos sobre este tema se han basado de forma fundamental, en cuantificar los suicidios consumados. Por lo tanto uno de los primeros esfuerzos que habría que hacer en la investigación sobre este tópico, tiene que dirigirse a intentar medir el subregistro, esto permitiría avanzar en el conocimiento de la magnitud real de uno de los componentes del problema, que es la mortalidad.<sup>20</sup> Es importante señalar las diferencias en la magnitud del suicidio que se observan cuando los análisis se extienden al plano internacional. Así podemos ver que hay países como Hungría, Sri Lanka y Finlandia en los que, pese a su diferente desarrollo económico, cultura y latitud presentan cifras elevadas de suicidio, y otros que con similares características, presentan cifras bajas del mismo.<sup>1,21,22</sup>

En México la tasa de suicidios en la población de 15 a 19 años pasó de 1.49 a 2.83 por 100,000 habitantes entre 1970 y 1990, lo cual significa un incremento en este lapso del 90%. En 1990 el suicidio fue la cuarta causa de muerte para el grupo de 15 a 24 años (n =586), sólo superada por los homicidios, accidentes en vehículos automotores y por ahogamiento.<sup>7,23</sup> Si bien la tasa de suicidio es relativamente baja en comparación con otros países del área Panamericana, los resultados muestran una tendencia ascendente; ésta coincide con lo que, en general, se presenta a nivel mundial, pues poco países, entre ellos Inglaterra y Japón muestran una tendencia descendente.<sup>7,22-24</sup>

Las cifras de intento de suicidio reportadas por el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) en 1992, fueron de 1955 defunciones en suicidio consumado y de 79 casos en los intentos de suicidio. La Secretaría de Salud informó en 1993, 2022 suicidios consumados y 93 intentos de suicidio.<sup>22</sup>

Según una encuesta realizada en el Distrito Federal, 36.9% de la población encuestada, con edades entre 13 y 19 años, reportó pensamientos sobre la muerte y 17.3% reveló que pensó en matarse. Otro estudio mostró una frecuencia alta de intentos de suicidio. En el nivel medio (secundaria), 16% de los varones lo habían intentado una vez, mientras que de 12% de mujeres con intentos previos, 4% ya lo habían intentado una o dos veces. En lo que respecta al nivel medio

superior (bachillerato), de 16% de hombres con intento de suicidio previos, 4% ya lo habían intentado dos o más veces; mientras que 8% de las mujeres lo habían intentado solo una vez.<sup>1,20-22</sup> Se ha estimado que en los hombres, el suicidio consumado es cuatro veces más frecuente que en las mujeres; mientras que el intento de suicidio es por lo menos tres veces más frecuente. Las estadísticas reportadas sobre el intento de suicidio en los adolescentes varía entre 6% y 20%, según los reportes de algunos investigadores.<sup>25</sup>

Los adolescentes llevan a cabo actos suicidas con diferentes métodos. Estos incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto de altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento, así como el consumo de medicamentos ansiolíticos y neurolépticos, y en menor proporción plaguicidas, cáusticos, anticongelantes y muchos más.<sup>1,12,26,27</sup>

### **Planteamiento del problema**

El suicidio es la modalidad más extrema de la violencia, es la violencia contra sí y se puede producir en cualquier persona, independientemente de su edad, nivel socioeconómico, educación y orientación filosófica o religiosa. La prevención del suicidio es una función importante y está encuadrada en el campo de la salud pública,

por lo que en ella desempeñan sus funciones, el equipo médico multidisciplinario y las fuerzas activas de la comunidad. Para realizar esta tarea con calidad y eficiencia es necesario el aprendizaje de conocimientos básicos sobre el suicidio y de habilidades para su detección y enfrentamiento.<sup>4,20,27,28</sup> En base a lo antes expuesto, es importante que el Médico Familiar identifique los factores de riesgo para el suicidio entre la población adolescente adscrita a su Unidad de Medicina Familiar (UMF), toda vez que al hacer lo anterior, estará en posibilidad de instaurar medidas preventivas y oportunas, así como otorgar una atención de calidad y realizar el seguimiento adecuado de la modificación de los factores de riesgo detectados.

Tomando en cuenta que durante la última década ha habido un incremento sustantivo de este fenómeno entre la población adolescente en el Distrito Federal, aunado a que una buena proporción de la población derechohabiente de la UMF No. 21, está conformada por adolescentes, surge la necesidad de realizar la presente investigación, misma que pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

**¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al intento de suicidio entre la población adolescente adscrita a la UMF No. 21 del IMSS?**

Los resultados que se obtengan de la presente investigación, permitirán hacer propuestas para el desarrollo de indicadores que le faciliten al Médico Familiar, la identificación oportuna de los adolescentes con riesgo para efectuar el intento de suicidio.

## **2. HIPÓTESIS**

Las variables universales, conductuales, de la personalidad, familiares y psicosociales presentes en la población adolescente derechohabiente del IMSS con intento de suicidio, son diferentes a las observadas en la población adolescente en general.

La ocurrencia del intento de suicidio en la población adolescente derechohabiente del IMSS, acorde a las diferentes etapas para el estudio de la adolescencia, puede ser mayor que la observada en la población adolescente general.

Los métodos que utiliza la población adolescente derechohabiente para el intento de suicidio, pueden ser diferentes a los que utiliza la población adolescente general.

### **3. OBJETIVOS**

#### ***OBJETIVO GENERAL:***

Conocer los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en los adolescentes derechohabientes de la UMF #21

#### ***OBJETIVOS ESPECIFICOS:***

Analizar el peso de las variables universales (edad, género, escolaridad, estado civil, religión y ocupación), conductuales (consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de sustancias tóxicas), de la personalidad (carácter), familiares (antecedentes de suicidio en la familia, hijo único, estado civil de los padres y comunicación familiar) y psicosociales (depresión y otros estados emocionales), como factores de riesgo asociados al intento de suicidio en los adolescentes derechohabientes adscritos a la UMF No. 21 del IMSS.

Determinar la ocurrencia del intento de suicidio de acuerdo a las diversas etapas en las que se clasifica la adolescencia.

Conocer los métodos que utiliza la población adolescente derechohabiente en el intento de suicidio.

#### 4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo transversal, prospectivo, observacional y descriptivo, efectuándose del 1º de enero al 30 de noviembre de 2000 en población adolescente (10 a 20 años cumplidos) adscrita a la UMF No. 21, Delegación 4 Sureste del Distrito Federal, que acudió a la misma unidad durante ese periodo; se aplicó, previa información del objetivo de la investigación y autorización del consentimiento informado verbal, una cédula personal. Para la estructuración de la cédula, se tomaron en cuenta algunos aspectos del cuestionario diseñado y validado por Casas y Reyes<sup>27</sup>, realizándose las adecuaciones pertinentes para fines del estudio.

Los participantes se encuestaron en las salas de espera de los 32 consultorios de Medicina Familiar (ambos turnos), de medicina preventiva, urgencias y trabajo social, así como en aulas destinadas al módulo del adolescente. La cédula se estructuró de la siguiente forma: datos generales (edad, sexo, escolaridad, estado civil, religión, ocupación), adicciones (consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de sustancias tóxicas), personalidad del adolescente (tipo de carácter), antecedentes familiares (de suicidio en la familia, hijo único, estado civil de los padres, comunicación del adolescente con la familia), problemas psicosociales (trastornos del sueño, ideas suicidas, antecedentes de intento de suicidio del adolescente, alteraciones del



estado de ánimo ("depresión", pesimismo, desilusión, aflicción o tormento); aislamiento social, así como la existencia o no de alguna persona con quien el adolescente pudiera confiar y analizar sus problemas.

Para la fase piloto se aplicaron 10 cédulas a igual número de adolescentes y se efectuaron las modificaciones pertinentes; posteriormente se realizó el cálculo del tamaño mínimo de la muestra a estudiar. Tomando en cuenta que la población total de adolescentes reportada a junio de 1999 en la UMF No. 21, fue de 13,130 y además de que la prevalencia reportada en estudios previos sobre intento de suicidio oscila entre 6% y 20%, se consideró pertinente obtener un promedio de las mismas, lo cual resultó el 13%.

De acuerdo a la fórmula que establecen Kish y Leslie, para obtener el tamaño de muestra, se requiere calcular además el peor resultado esperado, por lo que se planteó un variabilidad de 2 puntos porcentuales y con apoyo del paquete estadístico EPI INFO, se realizó un cálculo de muestras para población finita, basándose en la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño muestral} = n / (1 - (n / \text{población}))$$

$$n = Z * Z(P(1-P)) / (D * D)$$

Donde:

N= Población total en estudio

Z = coeficiente de confianza

D= Error estándar dispuesto a aceptar.

P= probabilidad que se posea la característica

n = Tamaño mínimo de muestra

así:

N= 13,130

Z= 1.96 (P/ un nivel de confianza del 95%)

D= 0.05

P= 0.13

Q= 0.87

Peor resultado =16%

Entonces: n = 466 (tamaño mínimo de muestra)

Al tomar en cuenta las características de la encuesta y el tema que se abordó, se consideró pertinente agregar un 30% por tasa de no participación, lo cual dio como resultado un tamaño de muestra = 606 sujetos.

*Criterios de inclusión:* adolescentes de ambos sexos, derechohabientes de la UMF No. 21, con edades de 10 a 20 años cumplidos, que acudieron a la unidad durante los meses de abril a julio de 2000 y que otorgaron su consentimiento informado verbal para participar en el estudio.

*Criterios de eliminación:* adolescentes que no contestaron adecuadamente el cuestionario.

### **Consideraciones éticas aplicables al estudio.**

Por el tipo de estudio efectuado, no fue necesario el consentimiento informado por escrito, no obstante se consideró pertinente solicitarle a cada uno de los adolescentes y en algunos casos a los padres de éstos, su consentimiento verbal, acorde lo señalado por la Convención de Helsinki y su posterior ratificación de Tokio. Se llevó a cabo al término de la entrevista, una sesión informativa a cada uno de los participantes en el proyecto, en la que se hizo énfasis sobre la importancia del estudio y la confidencialidad de la información, sin establecerse ningún compromiso con ellos.

## **DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES:**

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Intento de suicidio en adolescentes

### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

**Universales:** Edad, género, escolaridad, estado civil, religión, ocupación.

**Conductuales:** Consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de sustancias tóxicas.

**De la personalidad:** Carácter del adolescente.

**Familiares:** Antecedentes de suicidio en la familia, hijo único, estado civil de los padres, comunicación familiar.

**Psicosociales:** Trastornos del sueño, ideas suicidas, antecedentes de intento de suicidio, alteraciones del estado de ánimo (depresión, pesimismo, desilusión, aflicción o tormento), aislamiento social, existencia de alguna persona confidente.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### Variable dependiente

<b>Intento de Suicidio</b>	
Definición conceptual	Acto voluntario de una persona para quitarse la vida, sin llegar a consumarlo
Definición operacional	Se preguntó: 1. ¿alguna vez ha intentado quitarse la vida?, en caso de respuesta afirmativa, 2. ¿con qué instrumento lo realizó?, 3. ¿cuál fue la causa que lo motivó? y 4. ¿estaba bajo el efecto de alguna droga o sustancia tóxica?
Escala de medición	1: Si-No 2. Fármacos o sustancias tóxicas, arma de fuego, arma blanca, ahorcamiento, accidente de tránsito u otros. 3. Conflictos familiares, problemas escolares, sociales o económicos, conflictos con la pareja y otros.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

### Variables independientes

#### UNIVERSALES

<b>Edad</b>	
Definición conceptual	Tiempo en años de vida transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista
Definición operacional	Se pidió que registrara en el cuestionario, su edad en años cumplidos, en el espacio correspondiente
Escala de medición	Para su análisis se formaron grupos de edad de acuerdo a las etapas de la adolescencia (temprana 10-14, intermedia 15-17 y tardía 18-20)
Tipo de variable:	Cualitativa ordinal

<b>Sexo o género</b>	
Definición conceptual	Condición orgánica que distingue a un hombre de una mujer
Definición operacional	Se solicitó que marcara en el cuestionario, el recuadro que correspondiera
Escala de medición	Masculino o femenino
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Escolaridad</b>	
Definición conceptual	Conjunto de años cursados por una persona en una institución educativa
Definición operacional	Se le indicó que escribiera en el espacio correspondiente del cuestionario, el total de años cursados en los diferentes niveles del sector educativo
Escala de medición	Para su análisis se formaron grupos acorde a los establecidos en el sistema educativo nacional: 1 a 6 años (primaria), 7-9 (secundaria), 10-12 (preparatoria), 13-15 (hasta tercer año de licenciatura)
Tipo de variable:	Cualitativa ordinal Cuantitativa continua

<b>Estado civil</b>	
Definición conceptual	Condición que guarda una persona en relación con la sociedad
Definición operacional	Se solicitó a cada uno de los adolescentes que señalaran el estado civil que tenían al momento de la entrevista
Escala de medición	Soltero, casado, unión libre, otro
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Religión</b>	
Definición conceptual	Conjunto de creencias, mitos o dogmas acerca de la divinidad y prácticas rituales para darle culto.
Definición operacional	Se pidió que indicara el tipo de religión que profesaba
Escala de medición	Católica, protestante, testigo de Jehová, evangelista, ateo, otro.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Ocupación</b>	
Definición conceptual	Empleo u oficio que ejerce una persona y que puede requerir o no de estudios técnicos
Definición operacional	Se solicitó que señalara la actividad a la que se dedicaba
Escala de medición	Estudiante, empleado, obrero, comerciante, estudiante / empleado, estudiante / obrero, hogar.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

## CONDUCTUALES

<b>Consumo de alcohol</b>	
Definición conceptual	Ingesta de bebidas que contengan alcohol.
Definición operacional	Se preguntó si tomaba bebidas que contenían alcohol
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Consumo de tabaco</b>	
Definición conceptual	Consumo de productos de tabaco o derivados del mismo
Definición operacional	Se interrogó si fumaba tabaco
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Consumo de sustancias tóxicas</b>	
Definición conceptual	Sustancia o preparado medicamentoso que administrado por cualquier vía, pueda tener efectos estimulantes, depresivos, narcóticos o alucinógenos y que pueden producir un hábito.
Definición operacional	Se preguntó si hacía uso de este tipo de sustancias
Escala de medición	Sí o no.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

## DE LA PERSONALIDAD

<b>Carácter</b>	
Definición conceptual	Modo de ser, peculiar y privativo de cada persona
Definición operacional	Se solicitó que indicara como consideraba su carácter
Escala de medición	impulsivo (sí o no), agresivo (sí o no), hostil (sí o no)
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

## FAMILIARES

<b>Antecedentes de suicidio en la familia</b>	
Definición conceptual	Presencia de intento de suicidio en los familiares de primer grado
Definición operacional	Se preguntó si algún familiar cercano había intentado quitarse la vida
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Hijo único</b>	
Definición conceptual	Presencia de un solo hijo vivo en la familia
Definición operacional	Se pidió que indicara si era hijo único en la familia
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Estado civil de los padres</b>	
Definición conceptual	Condición que guarda una persona en relación con la sociedad
Definición operacional	Se solicitó que señalara el estado civil que ostentaban sus padres
Escala de medición	Casado, unión libre, divorciado o separado.
Tipo de variable:	Cualitativa nominal



<b>Comunicación con la familia</b>	
Definición conceptual	Transmisión de mensajes entre dos o más integrantes de la familia.
Definición operacional	Se preguntó como consideraba que era la comunicación con su familia
Escala de medición	Buena, regular, mala
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

## PSICOSOCIALES

<b>Atormentado</b>	
Definición conceptual	Dícese de la persona que tiene tormentos, aflicción, o dolor
Definición operacional	Se le pidió que respondiera a la pregunta: ¿te has sentido atormentado con frecuencia en estos últimos 6 meses?
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Trastornos en el sueño</b>	
Definición conceptual	Trastornos o cambios en el patrón normal del sueño de cada persona, como dificultad para dormir, dormir demasiado o a distintas horas del día.
Definición operacional	Se preguntó si había tenido alteraciones en el sueño en los últimos 6 meses
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Idea suicida</b>	
Definición conceptual	Plan o disposición que ordena en la fantasía para quitarse la vida o provocarse una autolesión
Definición operacional	Se le preguntó si frecuentemente pensaba en quitarse la vida
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Desilusión</b>	
Definición conceptual	Desengaño, desencanto, que ha perdido la ilusión
Definición operacional	Se le interrogó si se sentía desilusionado con su vida actual
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Agresión</b>	
Definición conceptual	Acometer o atacar
Definición operacional	Se le preguntó si había soportado muchas agresiones psicológicas o físicas de las otras personas, sin responderles con igual intensidad
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Depresión</b>	
Definición conceptual	Decaimiento o abatimiento del estado de ánimo
Definición operacional	Se solicitó que señalara si se había sentido deprimido más de una vez en el último año
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Persona confidente</b>	
Definición conceptual	Persona a la que se le confían los secretos o se le encarga la ejecución de cosas reservadas con seguridad.
Definición operacional	Se preguntó si contaba con una persona con la cual analizaba sus problemas íntimos, sus conflictos y preocupaciones, al menos una vez al mes
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Aislamiento social</b>	
Definición conceptual	Que se aleja o se separa de la sociedad
Definición operacional	Se preguntó si se aislaba con frecuencia de los demás en los últimos 6 meses.
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Pesimismo</b>	
Definición conceptual	Propensión a ver y juzgar las cosas bajo el aspecto más desfavorable
Definición operacional	Se le interrogó si se consideraba pesimista
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

<b>Impotencia ante la vida</b>	
Definición conceptual	Incapacidad para hacer una cosa
Definición operacional	Se le pidió que señalara si se sentía o no impotente para cambiar su situación de vida actual
Escala de medición	Sí o no
Tipo de variable:	Cualitativa nominal

## 5. DISEÑO ESTADÍSTICO

En la presente investigación se consideró como unidad de análisis a cada uno de los adolescentes, en base a que los objetivos de un estudio de prevalencia o transversal, son identificar la frecuencia y distribución de la enfermedad o evento de salud y de los factores asociados.

Para comprobar posibles asociaciones entre dos variables, se utilizó la tabla de contingencia de 2 x 2 (tetracórica), de donde se pudo obtener la Razón de Momios, así mismo se utilizaron intervalos de confianza al 95%, valor de p y la Ji cuadrada.

Se diseñó una base de datos con el apoyo del paquete estadístico EPI-INFO6; en el mismo paquete se realizó el análisis univariado y bivariado de las diferentes variables. Para las variables cuantitativas se obtuvieron además, media, valores máximo y mínimo. Para variables de tipo cualitativo se calcularon frecuencias y porcentajes. Como medidas de impacto potencial se calculó la fracción etiológica poblacional y en expuestos.

## 6. RESULTADOS

### ANÁLISIS UNIVARIADO

Se aplicaron 608 cuestionarios a igual número de adolescentes en los que se formularon 36 reactivos, con respuestas opcionales. De acuerdo a la *edad*, se encontró una media de 14.78 años, con una desviación estándar (DE)  $\pm 3.207$ ; con un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 20 años. Se estructuraron grupos de edad de acuerdo a las etapas de la adolescencia, correspondiendo el mayor porcentaje (48.9%) a la temprana (10 a 14 años). **CUADRO 1.** Según *género*, predominó el femenino en relación al masculino (64.3 vs.35.7%).

#### CUADRO 1

El promedio de *escolaridad* del grupo de estudio fue de 8.2 años (DE  $\pm 2.5$ ), con valores mínimo y máximo de 1 y 15 años respectivamente. Acorde a lo estipulado por el Sistema Nacional de Educación, los adolescentes que participaron en mayor proporción fueron los que se encontraban en el nivel medio (44.2%). **CUADRO 1**

El *estado civil* que predominó fue soltero, siendo su frecuencia de 536 correspondiente a 88.2%. En cuanto a la *religión*, 549 (90.3%) de los adolescentes refirieron ser católicos. **CUADRO 1**

En relación a la *ocupación*, predominó la de estudiante con una frecuencia de 470 (77.3%). Sin embargo llama la atención que el 3.8% de los adolescentes entrevistados presentaron la categoría de estudiante/empleado. **CUADRO 1**

**CUADRO 1. Variables universales**

Variable	Frecuencia
<b>Edad</b> (promedio en años): 14.78	
Adolescencia temprana (10 a 14 años)	297(48.9%)
Adolescencia intermedia (15 a 17 años)	158 (26%)
Adolescencia tardía (18 a 20 años)	153 (25.2%)
<b>Género:</b>	
Masculino	217 (35.7%)
Femenino	391 (64.3%)
<b>Escolaridad</b> (promedio en años) 8.22	
1-6 años (primaria)	167 (27.4%)
7-9 años (secundaria)	269 (44.2%)
10-12 años (preparatoria o equivalente)	148 (24.3%)
13-15 años (hasta 3º licenciatura)	24 (3.9%)
<b>Estado civil:</b>	
Soltero	536 (88.2%)
Casado	41 (6.7%)
Unión libre	30 (4.9%)
Otro	1 (0.2%)
<b>Religión:</b>	
Católica	549 (90.3%)
Protestante	5 (0.8%)
Testigo de Jehová	8 (1.3%)
Evangelista	16 (2.6%)
Ateo	9 (1.5%)
Otra	21 (3.5%)
<b>Ocupación:</b>	
Estudiante	470 (77.3%)
Empleado	66 (10.9%)
Obrero	12 (2%)
Comerciante	1 (0.2%)
Estudiante/empleado	23 (3.8%)
Estudiante/obrero	2 (0.3%)
Hogar	34 (5.6%)

Fuente: cuestionarios aplicados a adolescentes derechohabientes de la UMF 21.IMSS,2000.

En lo que respecta a las *adicciones*, 73 adolescentes señalaron consumir alcohol, lo cual representó el 12% del total de la población, en segundo término se ubicó el consumo de tabaco con una frecuencia de 70 (11.5%) y en tercer lugar el consumo de drogas o sustancias tóxicas (1.8%). **CUADRO 2**

**CUADRO 2. Variables conductuales**

Variable	Frecuencia	% población total	% del total de adicciones
Consumo de Alcohol	073	12.0	47.40
Consumo de Tabaco	070	11.5	45.45
Drogas o sust. tóxicas	011	01.8	07.14
Total	154	25.3	100

Fuente: cuestionarios aplicados a adolescentes derechohabientes de la UMF 21.IMSS,2000.

En cuanto al *carácter* de los adolescentes, es importante señalar que varios de los entrevistados mencionaron presentar más de un tipo: el 53% refirió tener carácter impulsivo, un 30.4% agresivo y el 29.9% hostil. **CUADRO 3**

**CUADRO 3. Variables de la personalidad**

Variable	Frecuencia	% población total	% del total de tipo de carácter
<b>Carácter:</b>			
Impulsivo	322	53.0	46.7
Agresivo	185	30.4	26.8
Hostil	182	29.9	26.4
Total	689	113.3	100

Fuente: cuestionarios aplicados a adolescentes derechohabientes de la UMF 21.IMSS,2000.

Un 8.6% de los adolescentes entrevistados refirieron ser *hijos únicos* en la familia. En cuanto al *estado civil de los padres* de los adolescentes se encontró que el 77.1% refirió que sus padres se encontraban casados o en unión libre. **CUADRO 4**

El *tipo de comunicación* de los adolescentes con la familia se encontró buena en el 61.2 % y el *intento de suicidio en los familiares* cercanos a ellos se presentó en el 7.6%. **CUADRO 4**

**CUADRO 4. Variables de la familia**

Variable	Frecuencia
<b>Hijos únicos en la familia</b>	52 (8.6%)
<b>Estado civil de los padres:</b>	
Casados/unión libre	469 (77.1%)
Divorciados/separados	139 (22.9%)
<b>Tipo de comunicación con la familia:</b>	
Buena	372 (61.2%)
Regular	218 (35.9%)
Mala	18 (3%)
<b>Intento de suicidio en la familia</b>	46 (7.6%)

Fuente: cuestionarios aplicados a adolescentes derechohabientes de la UMF 21. IMSS, 2000.

Se realizaron varias preguntas para conocer el *estado emocional* de los adolescentes durante los últimos 6 a 12 meses de su vida; 162 (26.6%) de ellos refirieron sentirse atormentados; 96 (15.8%) manifestaron trastornos del sueño; 56 (9.2%) señalaron tener ideas, fantasías o sueños suicidas; 23 (3.8%) expresaron planeación suicida; 93 (15.3%) señalaron sentimientos de minusvalía; 75 (12.3%) manifestaron desilusión; 343 (56.4%) refirieron sentirse deprimidos; 102 (16.8%) manifestaron aislamiento social; 114 (18.8%) señalaron



pesimismo y 171 (28.1%) expresaron impotencia para cambiar su situación de vida actual. **CUADRO 5**

**CUADRO 5. Variables psicosociales**

Variable	Frecuencia
Atormentado	162 (26.6%)
Trastornos del sueño	96 (15.8%)
Ideas suicidas	56 (9.2%)
Planeación suicida	23 (3.8%)
Minusvalía	93 (15.3%)
Desilusión	75 (12.3%)
Depresión	343 (56.4%)
Aislamiento social	102 (16.8%)
Pesimismo	114 (18.8%)
Impotencia ante la vida	171 (28.1%)

Fuente: cuestionarios aplicados a adolescentes derechohabientes de la UMF 21.IMSS,2000.

Se les solicitó a los *adolescentes* señalaran si *habían expresado deseos de hacerse daño* en alguna conversación, en alguna discusión y/o en alguna confesión, y si cada una de ellas si había sido en la familia, en la escuela y/o en el trabajo, encontrándose los siguientes hallazgos: el 6.6% expresaron hacerse daño en alguna conversación, en una discusión el 6.7% y el 3.8% en alguna confesión. **CUADRO 6**

**CUADRO 6. Adolescentes que han expresado deseos de hacerse daño**

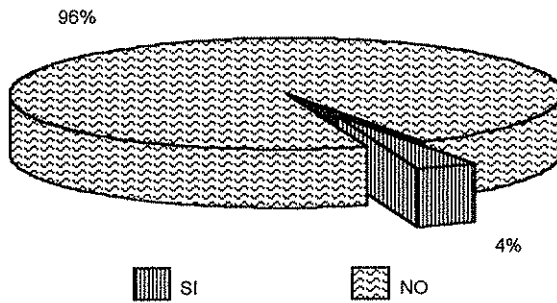
	Frecuencia	Familia	Escuela	Trabajo
Conversación	40 (6.6%)	27(67.5%)	9 (22.5%)	4 (10%)
Discusión	41 (6.7%)	33 (80.5%)	6 (14.6%)	2 (4.9%)
Confesión	23 (3.8%)	16 (69.6%)	3 (13%)	4 (17.4%)

Fuente: cuestionarios aplicados a adolescentes derechohabientes de la UMF 21 .IMSS,2000.

El *intento de suicidio* en el grupo de estudio se presentó en 4 de cada 100 adolescentes entrevistados. **GRÁFICA 1**

**INTENTO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21, IMSS. 2000**

n = 608



**GRÁFICA 1**

Los *instrumentos utilizados* para realizarlos fueron fármacos o sustancias tóxicas en primer lugar (36.3%), en segundo lugar arma blanca (27.3%) y en tercer lugar accidente de tránsito (13.6%).

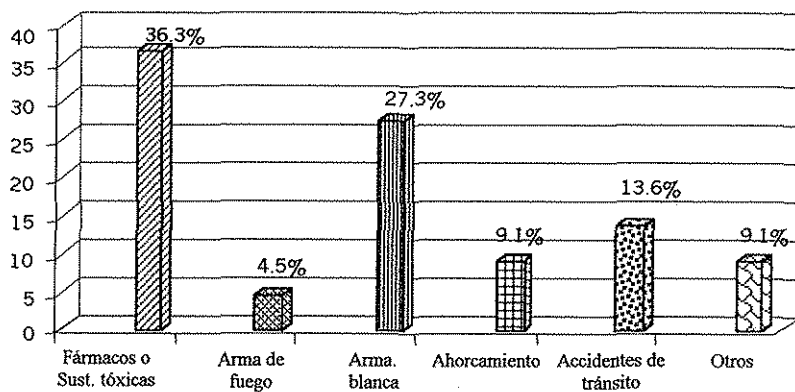
**GRÁFICA 2**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL INTENTO DE SUICIDIO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21, IMSS. 2000

n = 608



GRÁFICA 2

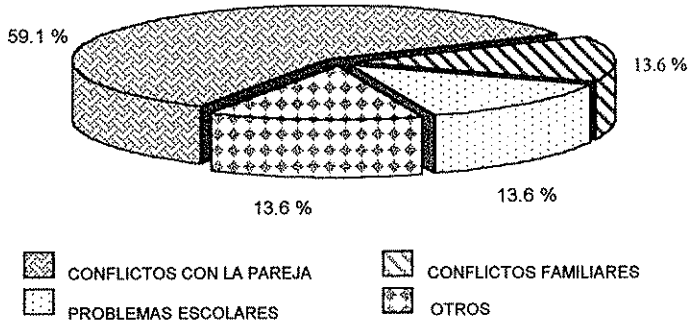
Entre las causas que motivaron el intento de suicidio en la población adolescente estudiada se encuentra en primer lugar los conflictos familiares (59.1%); posteriormente los conflictos con la pareja, los conflictos escolares y otro tipo de conflictos que ocupan el segundo lugar (13.6%) cada uno de ellos. **GRÁFICA 3**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CAUSAS QUE MOTIVARON EL INTENTO DE SUICIDIO

U. M. F. No. 21, IMSS. 2000

n = 608



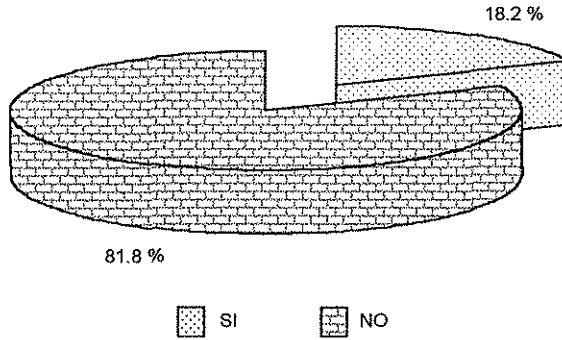
GRÁFICA 3

Los adolescentes que se encontraban bajo el efecto de alguna droga durante el intento de suicidio fueron 4, representando el 18.2% del total de la población. **GRÁFICA 4**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ADOLESCENTES QUE SE ENCONTRABAN BAJO EL EFECTO DE ALGUNA DROGA DURANTE EL INTENTO DE SUICIDIO**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21, IMSS.2000**

n = 608



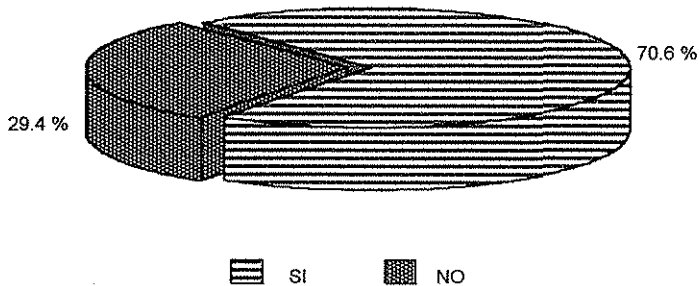
GRÁFICA 4

Los adolescentes que señalaron tener una persona con quien analizar sus problemas fueron 429, esto equivale al 70.6% del total de la población adolescente estudiada. **GRÁFICA 5**

**ADOLESCENTES QUE CUENTAN CON UNA PERSONA CON QUIEN ANALIZAR SUS PROBLEMAS**

U. M. F. No. 21, IMSS. 2000

n = 608



GRÁFICA 5

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANÁLISIS BIVARIADO

Para comprobar la fuerza de asociación entre algunas de las variables incluidas en el estudio, se realizó el cruce de las siguientes variables:

### a) Intento de suicidio vs etapas de la adolescencia.

Se observó que los adolescentes de 15 a 17 años tienen casi dos veces más riesgo de presentar un intento de suicidio, en comparación con los de 10 a 14 años. Los de 18 a 20 años, tienen casi un 50% más de probabilidad de efectuar un intento de suicidio, al compararlos con el grupo básico (10 a 14 años). **CUADRO 7**

**CUADRO 7. Intento de suicidio de acuerdo a etapas de la adolescencia**

ETAPAS	R.M.*
ADOLESCENCIA TEMPRANA	1.00
ADOLESCENCIA INTERMEDIA	1.93
ADOLESCENCIA TARDÍA	1.47

\*R. M. = Razón de Momios  
 $\chi^2$ T (chi cuadrada de tendencias) = 0.70  
p = 0.39 (n/s)

### b) Intento de suicidio vs género.

Aunque el género no resulta ser un factor determinante para presentar intento de suicidio, en los resultados de este estudio se observó que las mujeres tienen un 50% más de posibilidad de intentar realizarlo.



		Casos	No Casos		
Género	Fem.	16	375	391	RM= 1.50 IC= 95% 0.54 - 4.36 X <sup>2</sup> = 0.70 p= 0.40 n/s
	Masc.	6	211	217	
		22	586	608	

### c) Intento de suicidio vs escolaridad.

Los adolescentes que cursan la preparatoria tienen casi 2 veces más riesgo de presentar intento de suicidio y los de nivel licenciatura un 41% más de riesgo, ambos en comparación con los que cursan la primaria y la secundaria. **CUADRO 8**

**CUADRO 8. Intento de suicidio en los adolescentes según escolaridad**

NIVEL ESCOLAR	R.M.*
PRIMARIA	1.00
SECUNDARIA	0.99
PREPARATORIA	1.65
LICENCIATURA**	1.41

\*\* Únicamente los adolescentes que señalaron cursar hasta 3°. de licenciatura.

\*R.M. = Razón de Momios.

X<sup>2</sup>T (chi cuadrada para tendencias) = 1.09

p = 0. 29 (n/s)

**d) Intento de suicidio vs estado civil.**

Los adolescentes que refirieron ser solteros tiene un riesgo de 36% de tener intento de suicidio en relación con aquellos que señalaron otro estado civil.

		Casos	No Casos		
Estado Civil	Soltero	20	516	536	RM= 1.36 IC= 95% 0.30 - 8.59 X <sup>2</sup> = 0.17 p= 0.68 n/s
	Otro	2	70	72	
		22	586	608	

**e) Intento de suicidio vs religión.**

Los adolescentes no católicos tienen 2 veces más probabilidades de presentar intento de suicidio, en comparación con quienes señalaron ser católicos.

		Casos	No Casos		
Religión	No católica	4	55	59	RM= 2.15 IC= 95% 0.59 - 7.06 X <sup>2</sup> = 1.87 p= 0.17 n/s
	Católica	18	531	549	
		22	586	608	



**f) Intento de suicidio vs adicciones.**

El consumo de alcohol incrementa en un 67% la posibilidad de presentar intento de suicidio; sin embargo, el riesgo es tres veces mayor con el consumo del tabaco. No encontramos adolescentes con intento de suicidio que nos manifestaran consumir drogas, sin embargo 4 de los adolescentes que tuvieron intento de suicidio dijeron encontrarse bajo el efecto de alguna droga en el momento del evento.

		Casos	No Casos		
Alcohol	Si	4	69	73	RM= 1.67 IC= 95% 0.46– 5.43 X <sup>2</sup> = 0.82 p= 0.36 n/s
	No	18	517	535	
		22	586	608	

		Casos	No Casos		
Tabaco	Si	6	64	70	RM= 3.06 IC= 95% 1.03 - 8.71 X <sup>2</sup> = 5.56 p=0.01
	No	16	522	538	
		22	586	608	

**g) Intento de suicidio vs tipo de carácter.**

Los adolescentes con carácter agresivo tienen casi 2 veces más probabilidad de presentar intento de suicidio, en comparación con aquellos que señalaron no ser agresivos.

En lo que respecta a los de carácter impulsivo, éstos también tienen casi 2 veces más riesgo de efectuar el intento de suicidio, en tanto que los de carácter hostil presentaron un 65% más de probabilidad de intento de suicidio, ambos en comparación con los adolescentes que señalaron no presentar estos tipos de carácter.

		Casos	No Casos		
Impulsivo	Si	15	307	322	RM= 1.95 IC= 95% 0.73– 5.35 X <sup>2</sup> = 2.12 p= 0.14 n/s
	No	7	279	296	
		22	586	608	

		Casos	No Casos		
Agresivo	Si	10	175	185	RM= 1.96 IC= 95% 0.77 – 4.96 X <sup>2</sup> = 2.43 p=0.11 n/s
	No	12	411	483	
		22	586	608	

		Casos	No Casos		
Hostil	Si	9	173	182	RM= 1.65 IC= 95% 0.65– 4.22 X <sup>2</sup> = 1.31 p= 0.25 n/s
	No	13	413	426	
		22	586	608	

#### **h) Intento de suicidio vs hijo único en la familia.**

El ser hijo único en la familia tiene un 7% de riesgo de presentar intento de suicidio, en comparación con quienes no son hijos únicos.

		Casos	No Casos		
Hijo único en la familia	Si	2	50	52	RM= 1.07 IC= 95% 0.12– 4.63 X <sup>2</sup> = 0.01 p= 0.92 n/s
	No	20	536	556	
		22	586	608	

**i) Intento de suicidio vs estado civil de los padres.**

los adolescentes con padres divorciados o separados tienen un 28% más de riesgo de presentar el intento de suicidio, en comparación con los adolescentes que señalaron contar con padres casados o en unión libre.

		Casos	No Casos		
Padres Div/Sep.	Si	6	133	139	RM= 1.28 IC= 95% 0.44– 3.56 X <sup>2</sup> = 0.25 p= 0.61 n/s
	No	16	453	469	
		22	586	608	

**j) Intento de suicidio vs tipo de comunicación con su familia.**

Los adolescentes que señalaron tener una comunicación regular con su familia presentaron un riesgo del 56% más de intento de suicidio, en relación a los que señalaron una buena comunicación. Al comparar a quienes refirieron una mala comunicación con su familia con los adolescentes con buena comunicación, se encontró que los primeros

tienen un riesgo siete veces mayor de presentar intento de suicidio.

**CUADRO 9**

**CUADRO 9. Intento de suicidio en los adolescentes en relación al tipo de comunicación con su familia.**

VARIABLE	R.M.*
BUENA	1.00
REGULAR	1.56
MALA	7.24

\*R.M. = Razón de Momios  
 $\chi^2$ T (chi cuadrada para tendencias) = 5.25  

**p = 0.02**

**k) Intento de suicidio vs antecedentes de suicidio en la familia.**

Se encontró que el 36.6% de los adolescentes que presentaron intento de suicidio, tuvieron el antecedente de familiares con este mismo evento, por lo que es importante tomarlo en consideración ya que el riesgo de presentar intento de suicidio se incrementa hasta 8 veces más.

		Casos	No Casos		
Antecedentes intento suicida en la familia.	Si	8	38	46	RM= 8.24 IC= 95% 2.95–22.65 $\chi^2$ = 27.07 <b>p=&lt;0.05</b>
	No	14	548	562	
		22	586	608	

**l) Intento de suicidio vs adolescentes que se manifestaron deprimidos.**

Aunque no se aplicó alguna escala de depresión, los adolescentes con intento suicida y que anímicamente se manifestaron deprimidos constituyeron el 81.8%. Al hacer la asociación de estas dos variables, se obtuvo una razón de momios que nos expresa que los adolescentes con este estado de ánimo tienen 3 veces más riesgo de presentar intento de suicidio, en comparación con aquellos que manifestaron otros estados de ánimo diferentes a la depresión..

	Casos	No Casos		
Depresión	18	325	343	RM= 3.61 IC= 95% 1.14–12.78 X <sup>2</sup> = 5.99 p=<0.01
Otros edos. emocionales	4	261	265	
	22	586	608	

**m) Intento de suicidio vs adolescentes que expresaron hacerse daño.**

Los adolescentes que señalaron deseos de hacerse daño en una conversación, tienen casi 30 veces más riesgo de intentar el suicidio; quienes lo mencionaron en una discusión, tienen casi 8 veces y aquellos que lo manifestaron en una confesión, tienen 9 veces más, cuando se compararon con los adolescentes que lo negaron.

		Casos	No Casos		
Conversación	Si	13	27	40	RM= 29.91 IC= 95% 10.79 – 84.34 X <sup>2</sup> = 102.41 p=<0.05
	No	9	559	568	
		22	586	608	
		Casos	No Casos		
Discusión	Si	7	34	41	RM= 7.58 IC= 95% 2.60–21.55 X <sup>2</sup> = 22.82 p=<0.05
	No	15	552	567	
		22	586	608	
		Casos	No Casos		
Confesión	Si	5	18	23	RM= 9.28 IC= 95% 2.66–30.88 X <sup>2</sup> = 22.51 p=<0.05
	No	17	568	585	
		22	586	608	

**n) Intento de suicidio vs adolescentes que cuentan con una persona de confianza.**

Los adolescentes que *no* cuentan con una persona de confianza con quien analizar y comentar sus problemas, tienen un riesgo de 69% más de presentar un intento de suicidio, cuando se comparan con aquellos que si la tienen.

		Casos	No Casos		
Cuentan con una persona de confianza	Si	9	170	179	RM= 1.69 IC= 95% 0.65– 4.33 X <sup>2</sup> = 1.45 p= 0.22 n/s
	No	13	416	429	
		22	586	608	

Con la finalidad de poder establecer posibles estrategias de intervención enfocadas a prevenir el intento de suicidio en los adolescentes, se procedió a efectuar el cálculo de las medidas de impacto potencial para un estudio de prevalencia (Fracción etiológica en expuestos).

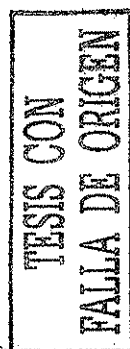
Tomando en cuenta que solamente en dos variables de la totalidad que resultaron con significancia estadística se pueden efectuar dichas estrategias, se procedió a calcular el peso específico del tabaquismo y del estado depresivo en el grupo de expuestos (adolescentes con intento de suicidio).

Acorde a los resultados obtenidos, se observa que al modificar el consumo de tabaco en los adolescentes, se puede evitar hasta en un 67.3% el intento de suicidio.

En lo que respecta a la presencia del estado depresivo, es evidente que al modificarlo, se puede evitar hasta en un 72.2% el intento de suicidio en los adolescentes.

## 7. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de intento de suicidio en el grupo de estudio fue de 3.61%, cifra inferior a lo reportado por otros autores <sup>20-22,25</sup>, quienes señalan un rango que varía entre 6 y 20% en la población general. Se encontró que los métodos más empleados por los adolescentes en el intento de suicidio fueron los fármacos, esto está en relación con el género predominante en el estudio que fue el femenino.
2. La etapa de la adolescencia que tiene más riesgo de presentar intento de suicidio es la intermedia, seguida de la tardía, estas etapas comprenden entre los 15 y 20 años de edad, también señaladas por la literatura como las edades en las que se presenta más este suceso <sup>5,8,12,18,20</sup>.
3. Al igual que en algunas revisiones bibliográficas, en este estudio se constató que el género femenino tiene más probabilidad de tener intento de suicidio que el masculino <sup>1,5,10,13,19-21</sup>.
4. En cuanto a la escolaridad se encontró que los adolescentes que cursan la preparatoria y la licenciatura tienen más riesgo de tener intento de suicidio, esto está en correlación con las etapas de la adolescencia. Algunos autores refieren que la escolaridad nunca se





ha mencionado como aspecto sociodemográfico de riesgo <sup>18</sup>, sin embargo para países como Japón la escolaridad tiene gran importancia en la presentación del intento suicida <sup>26</sup>.

5. En concordancia con lo reportado en algunos estudios se encontró que el adolescente soltero tiene una probabilidad mayor de tener intento de suicidio en relación a aquellos que son casados o viven en unión libre <sup>20</sup>.
6. Aunque las revisiones bibliográficas consultadas no nos proporcionaron datos para conocer la influencia que puede tener o no la religión en la presentación del intento de suicidio, en este estudio se encontró que los adolescentes con otra religión diferente de la católica tienen 2 veces más riesgo de presentarlo.
7. La ocupación al igual que lo señalado en la literatura no tuvo asociación alguna con el intento de suicidio <sup>18</sup>.
8. Los adolescentes con adicciones como son el consumo de alcohol y el consumo de tabaco tienen una predisposición más alta de presentar intento de suicidio, esto es acorde a lo referido en revisiones previas <sup>1,3,4,6,9,11,12,18,20,23-25</sup>.

9. Al igual que otros estudios, el tipo de carácter tiene gran relevancia , ya que se encontró que aquellos adolescentes con carácter impulsivo y agresivo tienen dos veces más de riesgo de presentar intento de suicidio <sup>1,4,6,9,15,18,25</sup>
10. Algunos estudios señalan que los primogénitos tienden más a sufrir problemas emocionales, situación que puede ser favorecida por los padres, quienes suelen cometer más errores con el primer hijo que con los demás, debido a su inexperiencia en la crianza <sup>5</sup>. En este estudio buscamos la asociación que había en ser hijo único en la familia y el intento de suicidio, encontrándose un riesgo de 7% más.
11. Al tomarse en cuenta algunos parámetros para conocer la dinámica familiar se encontró que al igual a lo reportado en la literatura, la buena funcionalidad familiar confiere protección al adolescente contra el intento de suicidio <sup>1-3,5,7,12,19,23,25</sup>. Se observó que los adolescentes con padres divorciados o separados así como los que tienen mala comunicación con su familia o que han tenido familiares que han intentado quitarse la vida <sup>9,18,19,23,25,27</sup> tienen un riesgo mayor. Es importante también que el adolescente cuente con una persona de confianza con quien analizar sus problemas, ya que el no contar con ella incrementa el riesgo de intento suicida <sup>5,25,27</sup>.

12. Es de suma importancia tomar en consideración como se siente anímicamente el adolescente, ya que nos puede dar parámetros que nos indiquen la existencia de depresión, que como se refiere en la bibliografía <sup>1,2,4,5,10,11,13,15,18,23</sup> y pudo observarse en este estudio se encuentra fuertemente asociada al intento de suicidio. Las formas en que los adolescentes manifiesten hacerse daño (conversación, discusión y confesión), son también de gran interés ya que además de incrementar el riesgo de intento suicida, presentan diferencias significativas entre cada una de ellas.

## 8. SUGERENCIAS

En base a los resultados de este estudio y a investigaciones previas, se ha determinado que las etapas más vulnerables de la adolescencia para presentar intento de suicidio son la intermedia y la tardía, en particular el género femenino, por lo que el equipo multidisciplinario conformado por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, etcétera; debe estar capacitados para que en la atención médica que proporcione a los adolescentes con estas características, pueda identificar y modificar en forma temprana los factores de riesgo que más frecuentemente se asocian al intento de suicidio.

Las medidas primarias deben enfocarse hacia la prevención del ausentismo escolar, evitar el embarazo, la depresión, la desesperanza, la falta de apoyo social y propiciar el manejo eficiente de las habilidades para resolver problemas. Por otra parte resulta necesario elaborar programas de prevención y apoyo para la población que se encuentra en riesgo de suicidarse, sobre todo para los adolescentes, ya que en esta población aumenta constantemente la conducta suicida.

Agregado a lo anterior y derivado de las conclusiones obtenidas en el presente trabajo de investigación, se pueden enunciar las siguientes sugerencias:

1. Identificar, tratar y efectuar seguimiento a los adolescentes que hayan intentado el suicidio.
2. Capacitar al personal de salud de primer contacto con el adolescente, en particular al médico familiar para que identifique los siguientes *factores predisponentes* de intento suicida: edad de 15 a 20 años, género femenino, estado civil soltero, consumo de alcohol y de tabaco, carácter impulsivo y agresivo, ser hijo único o primogénito, que tengan padres separados o divorciados, que refieran mala comunicación con su familia o familiares que hayan presentado intento de suicidio, que no cuenten con una persona con quien analizar sus problemas, que cursen con cuadros depresivos y que hayan manifestado deseos de hacerse daño.
3. Conocer la dinámica familiar del adolescente, para evaluar la interacción adecuada entre cada uno de los integrantes de la familia, y poder efectuar en base a los resultados obtenidos, estrategias de intervención que les permitan modificar de forma positiva la problemática detectada. Es pertinente la participación del equipo de salud multidisciplinario.
4. Dar orientación y apoyo psicológico mediante el módulo del adolescente de la unidad, a aquellos adolescentes que presenten

factores de riesgo como son las adicciones, el que tengan familiares que han intentado quitarse la vida, el que cursen con depresión y que hayan manifestado deseos de hacerse daño en alguna conversación, discusión o confesión.

5. Capacitar al personal de salud acerca de la intervención especializada durante las crisis presuicidas, según su área de responsabilidad:

- ❖ Ayuda vía telefónica: personal de atención y orientación al derechohabiente
- ❖ Aplicación urgente de medicamentos: personal médico del área de urgencias
- ❖ Apoyo social: personal de trabajo social, de área médica y prestaciones sociales.
- ❖ Hospitalización: médicos no familiares de segundo y tercer nivel.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Greenhill LL, Waslick B. Management of suicidal behavior in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America* 1997; 20 (3):1-23
2. Jellinek MS, Suyder JB. Depression and Suicide in Children y Adolescents. *Pediatrics in Review, American Academy of Pediatrics*. August 1998; 19(8):1-19
3. Drummond WJ. Adolescents at risk: causes of youth suicide in New Zealand. *Adolescence* 1997; 32(128):924-934.
4. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JJ, Jackson KL, Addy Ch L. Incidence and predictors of suicidal behavior in a longitudinal sample of young adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, June 1998; 36 (6): 612-19.
5. Saucedo-García JM, Montoya-Cabrera MA, Higuera Romero FH, Maldonado-Durán JM, Anaya-Segura A, Escalante-Galindo P. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva?. *Bol Med Hosp. Infant Mex* 1997; 54(4); 169-175
6. Gould M, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, September 1998; 37(9):

915-23.

7. González-Forteza C, García G, Medina-Mora ME, Sánchez MA. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental* 1998; 21(3):1-9
8. Espinosa-Morett A, Anzures-López B. Adolescentes. *Rev Med Hosp. Gen Méx* 1999; 62(3):210-5
9. Mann JJ, Waternaux Ch, Haas GL, Malone KM. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (2): 181-189
10. Roberts RE, Roberts CR, Chen YR. Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, december 1998; 37(12):1294-98.
11. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham BA. Suicide ideation at its worst poin: a predictor of eventual suicide in psychiatric Outpatients. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1999; 29 (1):1-9
12. Ulloa Ch F. Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría* 1993; 64(4):272-6
13. Espinosa-Morett A, Anzures-Lopez B. Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Rev Med Hosp. Gen Méx* 1999; 62(3):183-190
14. Hirschfeld R, Russell J. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997: 337(13):910-15



15. Gothele D, Apter A, Brand-Gothele A, Offer N, Ofek H, Tyano S, et al. Death concepts in suicidal adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998; 37(2).
16. Boergers J, Spirito A, Donaldson D. Reasons for adolescent suicide attempts associations with psychological functioning. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, 37(12)
17. Yoder KA. Comparing Suicide Attempters, suicide ideators, and nonsuicidal homeless and runaway adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1999;29(1):25-36.
18. Jiménez-Genchi A, Senties-Castella H, Ortega-Soto HA. Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental* 1997; 21(1): 36-41
19. Fernández-Rivas A, Gonzáles-Torres MA , Lasa-Zulueta A. Aspectos diferenciales de las familias de adolescentes y jóvenes adultos que realizan tentativas de suicidio. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1998; 26 (2): 97-103.
20. Gómez-Castro Cecilia, Borges G. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida; 1966-1994. *Salud Mental* 1996; 19(1): 45-54
21. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine* 1999;29:9-17

22. Hajar MM, Rascón P, Blanco M, López L. Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental* 1996; 19(4): 14-20
23. Muñoz-Fernández S. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia y su primer contacto con el médico pediatra 1997; 54(4):167-8.
24. Mondragón L, Saltijeral MT, Bimbela A, Borges G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental* 1998; 21(5):20-7
25. Garland A F, Zingler E. Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications. *American Psychologist* 1993; 42(2): 169-182.
26. Escalante-Galindo P. El intento suicida en los adolescentes mediante intoxicación: problema creciente. *Rev Med IMSS* 1998; 36(4): 257-8
27. Blanca-Casas SM, Guibert-Reyes W. Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Rev. Cubana Enfermer* 1998; 15(2): 117-23.
28. Colegio Mexicano de Medicina Familiar AC. Salud del Adolescente: Suicidio en los adolescentes. *PAC MF-1* 1997-1999;48-62.



19. ¿Has expresado deseo de hacerte daño en alguna conversación, en el último año?  
1 Sí  (Pasar a pregunta No. 20) 2 No  (Pasar a pregunta No. 21) 19
20. ¿En dónde? 1 En la familia  2 En la escuela  3) En el trabajo  20
21. ¿Has expresado deseo de hacerte daño en alguna discusión, en el último año?  
1 Sí  (Pasar a pregunta No. 22) 2 No  (Pasar a pregunta No. 23) 21
22. ¿En dónde? 1 En la familia  2 En la escuela  3) En el trabajo  22
23. ¿Has expresado deseo de hacerte daño en alguna confesión, en el último año?  
1 Sí  (Pasar a pregunta No. 24) 2 No  (Pasar a pregunta No. 25) 23
24. ¿En dónde? 1 En la familia  2 En la escuela  3) En el trabajo  24
25. ¿Has intentado quitarte la vida alguna vez?  
1 Sí  (Pasar a pregunta No. 27) 2 No  (Pasar a pregunta No. 30) 25
26. ¿Con qué lo hiciste? 1 Fármacos o sustancias tóxicas  26   
2 Arma de fuego  3. Arma blanca   
4 Ahorcamiento  5 Accidente de tránsito   
6 Otros ( específica) \_\_\_\_\_
27. ¿Cuál fue la causa que te motivó a hacerlo?  
1 Conflictos Familiares  2 Conflictos con la pareja  27   
3 Problemas escolares  4 Problemas económicos   
5. Problemas sociales  6 Otros (especifica) \_\_\_\_\_
28. ¿Estabas en ese momento bajo el efecto de alguna droga u otra sustancia?  
tóxica? 1 Sí  2 No  28
29. ¿Te sientes desilusionado con tu vida actual? 1 Sí  2 No  29
30. ¿Con frecuencia piensas que los demás estarían mejor sin ti? 1 Sí  2 No  30
31. ¿Soportas agresiones psicológicas o físicas de otras personas sin  
responderles con igual intensidad? 1 Sí  2 No  31
32. ¿Te has sentido deprimido más de una vez en este último año? 1 Sí  2 No  32
33. ¿Tienes alguna persona con la cual analices tus problemas íntimos y otro  
tipo de conflictos, al menos una vez al mes? 1 Sí  2 No  33
34. ¿Te has sentido aislado socialmente en los últimos 6 meses? 1 Sí  2 No  34
35. ¿Te consideras pesimista ante los problemas de la vida? 1 Sí  2 No  35
36. ¿Sientes que no puedes hacer nada para cambiar tu situación de vida actual,  
si lo desearas? 1 Sí  2 No  36

A) **RIESGO SUICIDA:** aquellos adolescentes que contesten afirmativamente algunas de las preguntas de la 14 a la 32, éste se incrementa con el aumento del número de respuestas positivas en estas preguntas.<sup>27</sup>

B) **SIN RIESGO SUICIDA:** aquellos adolescentes que responden afirmativamente una pregunta o más de la 33 a la 36.<sup>27</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ANEXO No. 2: HOJA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES**

Nombre del adolescente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Unidad de Medicina Familiar procedente: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

No. De Seguridad Social \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Marque el recuadro correspondiente con una equis (X), según la ponderación de los factores de riesgo detectados en el adolescente.

**1. Edad:**

- a) Adolescencia temprana (10-14 años)
- b) Adolescencia intermedia (15-17 años)
- c) Adolescencia tardía (18-20 años)

1
3
2

**2. Género**

- a) Masculino
- b) Femenino

1
2

**3. Escolaridad**

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Preparatoria
- d) Licenciatura

2
1
4
3

**4. Estado civil**

- a) Soltero
- b) Otro

2
1

**5. Religión**

- a) Católico
- b) No católico

1
2

**6. Adicciones**

- a) Consumo de alcohol
- b) Consumo de tabaco
- c) Consumo de drogas u otras sustancias

1
2
3

**7. Carácter**

- a) Impulsivo
- b) Agresivo
- c) Hostil

2
3
1

**8. Hijo único en la familia**

- a) sí
- b) no

2
1

**9. Padres divorciados o separados**

- a) sí
- b) no

2
1

**10. Comunicación con su familia:**

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

1
2
3

**11. Antecedentes de suicidio en la familia:**

- a) sí
- b) no

2
1

**12. Depresión:**

- a) sí
- b) no

2
1

**13. Que manifiesten hacerse daño en:**

- a) Conversación
- b) Discusión
- c) Confesión

3
1
2

**14. Cuentan con una persona de confianza**

- a) sí
- b) no

1
2

**PUNTUACIÓN:**

**SIN RIESGO : 1-14:** Vigilancia por módulo del adolescente cada año

**RIESGO MODERADO: 15-28:** Vigilancia por módulo del adolescente y médico familiar cada 6 meses.

**RIESGO ALTO: 29 Y MÁS:** Vigilancia estrecha en el módulo del adolescente y médico familiar. Valoración por psicología o psiquiatría.