

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO
SUICIDA EN EL ADOLESCENTE.**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. TERESA SALAZAR CORDERO**

**ASESOR DE TESIS:
DRA. ELIA ZAMORA LIMON**



MÉXICO, D. F.

2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS:

A DIOS: por permitirme llegar a esta meta.

A RODRIGO HERNADEZ PARRA: compañero y buen amigo, el cual se suicido en el primer año de la carrera de medicina y no pudimos ayudarlo.

A MI MADRE: por enseñarme a ser perseverante, y a quien dejo ir.

A MI PAPA MILLO: el hombre mas maravilloso que me dio la oportunidad de vivir y me enseñó todo lo necesario para luchar ante las adversidades, quien en los momentos mas difíciles siempre esta para tenderme la mano y a quien amo incondicionalmente.

A MI ESPOSO: por amarme, por estar siempre a mi lado en los momentos mas difíciles y con una sonrisa en la boca y una palabra de aliento.

A MIS HIJOS: TINA Y BETITO por su paciencia y desinteresado amor el cual me impulsa a seguir adelante. Por tener fe y confianza en mí, por caminar conmigo, por amarme y enseñarme a amar.

A LA LIC. EN ENF. Y OBST. RITA SANTOYO CISNEROS: por ser mi cuaderno de doble raya, quien con sus comentarios me motiva a seguir adelante, gracias por ser mi querida amiga.

A ALICIA ZAVALA ESCUTIA: mi querida amiga, quien siempre me apoya, por darme tu amistad incondicional gracias.

A LA DRA. MARA ISABEL ROSAS SOLIS: por apoyarme en los momentos más difíciles por brindarme su amistad, por ser mi compañera de guardia.

A MIS PACIENTES: muy en especial a todos aquellos adolescentes que me dieron su confianza para este estudio, y de los cuales aprendo todos los días.

AGRADECIMIENTOS:

A LA DRA. LIDIA E. ALCÁNTARA:

Por su apoyo incondicional.

Por ser una especialista comprometida con sus pacientes y una excelente profesora la cual nos motiva con su ejemplo a ser mejores cada día.

Gracias por compartir su tiempo, su experiencia y su conocimiento para guiarme en la elaboración de esta tesis.

DRA. MARTHA G. BOIJESEUNEAU C.

Por apoyar la investigación entre los médicos residentes de Medicina Familiar, y muy especialmente por apoyar la tesis de factores de riesgo asociados al intento suicida en el adolescente.

DRA. ELIA ZAMORA LIMON

Gracias a su experiencia y conocimiento me guió en la elaboración de esta tesis.

DR. EDUARDO MARQUEZ Y DRA. ALTAGRACIA GARCIA

Por ser Médicos Familiares comprometidos con su especialidad, por su calidad humana, por compartir su experiencia, su conocimiento, por su valiosa participación esta tesis, gracias.

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

Con su trabajo y su desempeño profesional es un ejemplo a seguir para las nuevas generaciones de Médicos Familiares, gracias por el tiempo dedicado al desarrollo de la investigación.

DR. FELIX R. TAVERA GONZALEZ

Por su calidad humana, su apoyo y orientación. Por fortalecer la formación de Médicos Familiares.


DR. ISSAC PICO MAGAÑA

Por su participación en la asesoraría y orientación de este trabajo de investigación, siempre mostrando su calidad humana, por su gran interés en el desarrollo de la especialidad de Medicina Familiar.

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGON

Por su calidad humana, por apoyar con sus conocimientos al crecimiento de la medicina familiar.

AUTORIZACIONES:



**DRA. MARTHA G. BOLJEAUNEAU C.
DIRECTORA DE LA UMF No. 21**

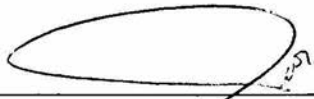
FELIX TAVERA

**DR. FELIX R. TAVERA GONZALEZ
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN MÉDICA**



**DR. JORGE MENEÉS GARDUÑO
PROF. TITULAR DE LA RESIDENCIA DE
MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR DE TESIS:



DRA. ELIA ZAMORA LIMON

JEFE DE ENSEÑANZA DE H.G.Z. No. 30

INDICE:

1.- TITULO.....	1
2.- INTRODUCCION.....	2
3.- HIPOTESIS.....	11
4.- OBJETIVOS.....	12
5.- MATERIAL Y METODOS.....	13
6.- CONSIDERACIONES ETICAS.....	20
7.- DISEÑO ESTADISTICO.....	21
8.- RESULTADOS.....	22
9.- DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	47
10.- SUGERENCIAS.....	53
11.- BIBLIOGRAFIA.....	55
12.- ANEXOS.....	60

6.- RESUMEN:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN EL ADOLESCENTE. Dra. Teresa Salazar Cordero, Dra. Elia Zamora Limón. U.M.F No. 21 Instituto Mexicano del Seguro Social México D.F. delegación Venustiano Carranza.

INTRODUCCION: Se ha observado un incremento importante del intento suicida en la población mundial por lo que se hace necesario identificar tempranamente los factores de riesgo a fin de disminuir su frecuencia.

OBJETIVO: Identificar la frecuencia factores de riesgo para intento suicida en el adolescente.

MATERIAL Y METODOS: Estudio exploratorio, descriptivo, transversal, observacional, se realizo en 2 escuelas secundarias técnicas, a través de un cuestionario para identificar factores de riesgo para intento suicida, se tomo como base APGAR familiar, escala de Birleson para depresión en el adolescente.

RESULTADOS: 2198 alumnos encuestados. 160 (7.3%) con intento suicida el 48.7% a los 13 años. El 66.8% lo intentaron en una ocasión, métodos que mas utilizaron, arma blanca (24%), fármacos (22%), accidentes de transito (4%), arma de fuego (1%), Las causas del intento suicida fueron; conflictos familiares (69.4%), conflictos con la pareja (13%), problemas económicos (8%), los adolescentes con depresión presentaron 3.135 más intentos suicidas. Los adolescentes que

consumen bebidas alcohólicas presentaron 4.255 más intentos suicidas.

CONCLUSIONES: El sexo femenino es más susceptible a la depresión (1.5:1 con relación al sexo masculino), la idea suicida (1.7:1), al intento suicida (2:1), por lo que es importante identificar los factores que influyen para que se presente y trabajar en conjunto con la familia para prevenirlos.

T I T U L O:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA
EN EL ADOLESCENTE.**

7.- INTRODUCCION:

La pubertad es una etapa desencadenada por cambios fundamentales biológicos y la adolescencia es un cambio que experimenta el ser humano en la esfera biológica, psicológica y social; palabras como justicia, democracia, libertad toman nuevos significados, mismos que no se quedan en vocablo sino que son expresados con actitudes .⁽¹⁾

El suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona en una etapa de su vida altamente sensible, agravado por un contexto familiar vulnerable.⁽¹⁾

El suicidio constituye un problema importante de salud, un verdadero drama existencial del hombre, reconocido desde la antigüedad, recogido en la Biblia y otras obras literarias de entonces. En la era Cristiana, fue considerado un pecado, siendo perseguido y condenado por la Iglesia a todo individuo de conducta suicida.⁽²⁾

A principios del siglo XX se iniciaron los estudios acerca del suicidio a partir de 2 corrientes principales, la sociológica representada por Dorkhein y la psicológica expuesta por Meninger y Freud que involucraban diferentes mecanismos inherentes al psiquismo.⁽²⁾

Actualmente el intento suicida es considerado como un fenómeno de carácter multifactorial en el que intervienen factores biológicos,

psicológicos y sociales su problemática es compleja y en México va en aumento 156% en las dos últimas décadas, solo en 1994 hubo 2,603 defunciones, con una tasa de 2.89 por 100 000 habitantes, que podría crecer aceleradamente en los próximos años, afectando a diferentes grupos de edad.^(2, 3) el 47% de los estudiantes de educación media y media superior presentaron por lo menos un síntoma de ideación suicida y el 17% pensó en quitarse la vida. ⁽⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud estima que por lo menos 1 de 100 personas se suicidan y ocurren de 10-15 intentos suicidas por cada suicidio siendo el grupo etéreo más afectado el de 15 a 24 años. ⁽²⁾

El suicidio en los adolescentes se ha convertido en un problema de alta prioridad para los prestadores de servicios en salud en el primer nivel de atención, ya que a él acuden el mayor número de pacientes y se pueden detectar factores de riesgo; sin embargo, pocos son atendidos y captados en forma adecuada. ⁽¹⁾ ya que se tiene que las conductas suicidas, pensamientos, planes o intentos suicidas se presentan en el 95% antes del suicidio. ⁽⁵⁾

La mayor parte de los intentos suicidas en nuestro medio ocurre en adolescentes con edad promedio de 13 años y predominio del sexo femenino sobre el masculino en proporción de 4:1. ⁽⁶⁾ observando que en esta edad aumenta la percepción negativa de apoyo social y familiar así como la conducta antisocial. ⁽⁷⁾ sin embargo un gran

número de suicidios en adolescentes no se reportan y en algunos casos se encubre a través de reportes de accidentes. ⁽⁸⁾

Se han identificado factores que elevan en riesgo dentro de los adolescentes a cometer intento suicida como la depresión, la disfunción familiar, la presencia de historia familiar con desórdenes psiquiátricos, enfermedades crónicas y psiquiátricas o antecedentes de abuso psicológico y sexual, siendo los adolescentes entre 12 y 16 años los más afectados por el comportamiento suicida. ⁽¹⁾ La edad en la que se presenta el mayor número de suicidios consumados es de 15 a 19 años. ⁽⁹⁾

Al identificar las características familiares de los adolescentes suicidas las mas frecuentes fueron el pertenecer a familias crónicamente desorganizadas, con rupturas familiares, violencia y tendencias suicidas, abuso de drogas y alcohol, trastornos afectivos y antecedentes de suicidio consumado. ⁽¹⁾

En una encuesta realizada a 1576 adolescentes de 13 a 17 años se encontró que un tercio de ellos habían sufrido síntomas de depresión severa, 16% admitieron idea suicida y el 9% presentaron intento suicida, solo el 1% buscaron ayuda en amigos y padres. ⁽¹⁰⁾

Otro estudio realizado en adolescentes de dos escuelas de Nuevo México (n=2,140) y Texas (n=1302) reporto que los alumnos México-americanos en ambas muestras presentaron 1.8 veces mas riesgo de ideación suicida que sus colegas Americano-europeos, en

ambas muestras se encontró estado socioeconómico bajo, disfunción familiar, depresión, baja autoestima, este estudio indico que la etnicidad juega un papel importante en la ideación suicida, pero el mecanismo permanece incierto. ⁽¹¹⁾

Para identificar el predominio de los factores asociados al intento suicida se realizo en conjunto con padres y profesores un estudio longitudinal en 580 niños de 8 a 16 años encontrando que 14% de los hombres y 7% de las mujeres presentaron pensamiento o intento suicida a la edad de 16 años, el 20% tenían rasgos suicidas desde los 8 años de edad, con lo que los años escolares tempranos representan una oportunidad para intervenciones encaminadas a prevenir el intento suicida en la adolescencia. ⁽¹²⁾

De acuerdo con Bonner y Rich, el proceso suicida está integrado por varias etapas que inician con una ideación suicida pasiva, pasan por etapas más activas de contemplación del propio suicidio, la planeación, preparación, ejecución hasta llegar a su consumación. ⁽¹³⁾

Reinherz y colaboradores, en un estudio longitudinal realizado durante 14 años en estudiantes de una comunidad al noreste de Estados Unidos de América, observaron que la ideación suicida a los 15 años de edad fue un importante factor de riesgo de malestar emocional, con múltiples implicaciones a largo plazo: deficiencias en el funcionamiento conductual y emocional, en la autoestima y en

las relaciones interpersonales, así como altos niveles de trastornos mentales. ⁽¹³⁾

En una investigación que tuvo como objetivo conocer la relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias en estudiantes de enseñanza media y media superior en el Distrito Federal (n = 3,459) se encontró que 47% de los estudiantes había presentado por lo menos un síntoma de ideación suicida el año anterior al estudio, 17% dijo haber pensado en quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos sobre ideación suicida, con una proporción ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, con pocas variaciones por grupos de edad. ⁽¹⁴⁾

De acuerdo con Weissman (1974), las mujeres exceden en número a los hombres en porcentajes de intentos e ideas suicidas, en una razón promedio de 2:1. Esta preponderancia no sólo se ha observado en los Estados Unidos, sino en otros países industrializados. ⁽¹⁴⁾

Los hombres se suicidan con mas frecuencia que las mujeres; sin embargo, ellas lo intentan con mayor frecuencia, y el tipo de instrumento o agente empleado es menos agresivo, los instrumentos o vías para realizar el suicido son en primer lugar armas de fuego, con una relación de 5/1 de hombres sobre mujeres, asfixias en todas sus modalidades 7/1, traumatismos 3/1. En 1994, el medio más utilizado por los hombres fue el ahorcamiento 53%, uso de arma de

fuego y explosivos 33%, mientras que para las mujeres el ahorcamiento constituyó el 33%, la ingestión de sustancias 32% y el uso de arma de fuego y explosivos el 25%. Durante el periodo estudiado, en los hombres se incrementó el uso de ahorcamiento y armas de fuego, de tal manera que en 1994 estas dos causas dan cuenta de casi el 90% de todos los suicidios, mientras que la ingestión de sustancias ha permanecido más constante. ⁽¹⁵⁾ Con exacerbación del acto suicida en el periodo de otoño-invierno. ⁽¹⁶⁾

Los adolescentes intentan el suicidio en un entorno psicosocial disfuncional. ⁽¹⁷⁾ Independientemente de la orientación sexual se identificó a la edad, el género, problemas de conducta, pobre apoyo del padre, familias disfuncionales, baja autoestima, no pertenecer aun grupo. ^(18, 19) la depresión, los eventos traumáticos, la presencia de enfermedad psiquiátrica, la historia de abuso de alcohol o sustancias adictivas ⁽¹⁸⁾, como factores de riesgo para la idea e intento suicida. ^(20, 21) así como otras instancias como el encontrarse divorciado, viudo, deprimido, desesperado o presentar un dolor psicológico indeseable ⁽³⁾ información útil para formar grupos para establecer medidas de prevención. ⁽²²⁾

Como causantes del intento suicida se identificaron las amorosas 21.4%, en las mujeres siguieron las económicas y luego las familiares, en los hombres las enfermedades mentales y las incurables, los adolescentes que no logran suicidarse se convierten

en una población de riesgo durante los siguientes 3 años, principalmente los primeros 6 meses, los tóxicos mas frecuentemente utilizados para fines suicidas y relacionados con muertes son los antidepresivos tricíclicos, analgésicos, psicotrópicos y agentes cardiovasculares, así como gases y humos. ⁽²³⁾

Se estima que de cada 100 mil habitantes 1100 lo intentan por año, lo que equivale a 10 veces la tasa de suicidio, con mucha frecuencia entre los suicidas se encuentran alteraciones de la personalidad, estado de ánimo inestable, agresividad, impulsividad cuando estas se combinan con abuso de alcohol y drogas aumenta el riesgo de suicidio, por cada suicidio consumado existen 18 intentos, predominando en mujeres. ⁽²³⁾

Pelcovitz, Salzinger y Mendel (1999) refieren que la presencia de abuso físico aumenta la probabilidad de que el joven se exponga a otros factores de riesgo que influyan en el acto suicida entre los que se encuentra la falta de cohesión familiar. ⁽²⁴⁾

Una disminución de la Serotonina cuya causa puede estar en el consumo de depresores del sistema nervioso central como el etanol o las Benzodiacepinas, conducen a estados de desinhibición, impulsividad y agresividad. El aumento de serotonina, sea por medicación con tricíclicos, da lugar a una mejoría en los trastornos de conducta, Bulimia Nerviosa, Cleptomanía, Parafilias, Juegos

Compulsivos, todas estas circunstancias están relacionadas con el intento suicida. ⁽²⁵⁾

Schneiderman clasifica la conducta suicida en 4 tipos:

- Impulsiva, después una desilusión o enojo.
- Desamparo la vida no tiene sentido.
- Enfermedad el no encontrar salida
- Como medio de comunicación para cambiar la forma en que lo tratan las personas que lo rodean.

⁽²⁶⁾

La teoría de Durkheim señala que en los periodos de amenaza extrema crean la integración de grupo dentro de la sociedad y bajan la proporción del suicidio a través del impacto en la cohesión social.

⁽²⁷⁾

Para prevenir el intento suicida se debe reducir la conducta antisocial, identificar una historia de maltrato, la posibilidad de abuso sexual. ⁽²⁸⁾, los médicos deben buscar intencionadamente rasgos suicidas para su prevención, o prevenir la repetición del intento. ^(29,30), debe haber valoración sistemática de factores de riesgo, identificar y tratar oportunamente los desórdenes mentales y limitar el acceso a antidepresivos triciclicos. ⁽³¹⁾

De acuerdo con Barraclough y col. (1974), más de 90% de los suicidas había consultado a uno o dos médicos (familiares y

psiquiatras) 1 año antes de su muerte y 40% lo había consultado una semana antes. ⁽¹²⁾

INTENTOS DE SUICIDIO Y SUICIDIOS SEGÚN AÑO

Año de registro	1994	1995	1996 *	1997 *	1998 *	1999 *
Intentos de suicidio	153	232	232	340	433	417
Suicidios	2215	2428	2233	2459	2414	2531

No incluye información de los casos registrados en el Distrito Federal

FUENTE INEGI (12)

8.- HIPÓTESIS

La edad, el sexo, la depresión, las toxicomanías, los problemas familiares y las características del carácter son factores de riesgo para intento suicida en el adolescente.

9.- OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia factores de riesgo para intento suicida en el adolescente.

10.- MATERIAL Y METODOS

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población en estudio fue el total de los alumnos de las dos escuelas secundarias técnicas que comprendía una población de **2258 alumnos.**

Las variables que se manejaron en el estudio fueron:

Intento de suicidio.

Edad

Sexo

Actividad fuera de la escuela

Toxicomanías

Carácter

Depresión

Antecedentes familiares

Ideación suicida.

DEFINICION Y ESCALAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
INTENTO SUICIDA	Atentado voluntario contra la propia vida, es una forma extrema de auto agresión, consciente, meditada y voluntaria, en un correcto estado de salud mental, como complicación de un trastorno mental, que cursa con depresión.	Se identificara el hecho de haber presentantazo algún atentado contra su vida de manera voluntaria.	Cualitativa binominal	Sí No
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Se solicitará que registre en el cuestionario, su edad en años cumplidos, en el espacio correspondiente	Cuantitativa discreta	En años cumplidos
INSTRUMENTO SUICIDA	Mecanismo a través del cual se ha intentado la agresión contra la vida	Identificación del mecanismo utilizado en la auto agresión contra la vida	Cualitativa Nominal	Fármacos o sustancias tóxicas Arma de fuego Arma blanca Ahorcamiento Accidente de tránsito Otros
CAUSAL DE INTENTO SUICIDA	Causa directamente relacionada con el intento suicida	Identificación de la causa que motivo el intento suicida	Cualitativa nominal	Conflictos familiares Problemas escolares Problemas sociales Problemas económico Conflictos con la pareja Otros.

SEXO	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra en los organismos	Identificación y registro del sexo del individuo, señalado en el recuadro correspondiente	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
RELIGIÓN	Conjunto de creencias y dogmas que definen las relaciones entre el hombre y la divinidad	Identificación del tipo de religión que profesa	Cualitativa Nominal	Católica Protestante Testigo de Jehová Evangelista Ateo Otro.
ACTIVIDAD FUERA DE LA ESCUELA	Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo fuera de la escuela.	Se solicitará que señale en que emplea el tiempo fuera de la escuela, distinto al estudio	Cualitativa Nominal	Empleado Obrero Comerciante deporte
AISLAMIENTO	Alteración de la conducta por la cual la persona deja de relacionarse normalmente con su entorno habitual. Muestra indiferencia afectiva y desinterés hacia lo que le rodea, y disminuyen o desaparecen las relaciones sociales.	Identificación de sentimiento de aislamiento en los últimos seis meses	Cualitativa nominal	Sí No
PESIMISMO	Propensión a ver y juzgar las cosas bajo el aspecto más desfavorable.	Identificación de propensión a ver los problemas de la vida de manera siempre desfavorable	Cualitativa Nominal	Si No

IMPOTENCIA ANTE LA VIDA	Incapacidad para realizar una cosa	Sensación de incapacidad para cambiar la situación de vida actual, si lo desearas.	Cualitativa Nominal	Si No
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	Condición que guarda una persona en relación con la sociedad	Señalamiento de la condición civil que ostentan sus padres	Cualitativa Nominal	Casado Unión libre Divorciado o separado
COMUNICACIÓN FAMILIAR	Transmisión de mensajes entre dos o más integrantes de la familia	Se identificara como señala la comunicación con su familia	Cualitativa Nominal	Buena Regular Mala
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Satisfacción de la vida familiar	Identificación de la satisfacción de la vida familiar a través de la adaptación, compañerismo, crecimiento, afecto y acuerdos Apgar Familiar puntuación máxima 10 puntos	Cualitativa Nominal	2 Casi siempre 1 Algunas veces 0 Casi nunca
TRASTORNOS DEL SUEÑO	Cambios del patrón normal del sueño de cada persona, como dificultad para dormir.	Presencia de crisis de insomnio, severo o trastornos del sueño en este ultimo año.	Cualitativa Nominal	Si No

IDEA SUICIDA	Es el reporte de la persona sobre toda idea acerca de alguna acción que tenga como objetivo causar su muerte.	Identificación de algún pensamiento encaminado a quitarse la vida	Cualitativa Nominal	Si No
DESILUSIÓN	Desengaño, desencanto, que ha perdido la ilusión	Identificación de pérdida de la ilusión de la vida actual.	Cualitativa Nominal	Si No
CARÁCTER	Manera de ser, rasgo distintivo, particularidad de la personalidad del individuo.	Identificación del rasgo de la personalidad. Impulsivo Sin la adecuada reflexión, ni valoración previa de las consecuencias. Agresivo Cualquier forma de conducta, física o verbal, realizada con la intención de dañar, ofender o destruir. Hostil Contrario, enemigo, empezar la guerra atacando al enemigo.	Cualitativa Nominal	Impulsivo Agresivo Hostil

DESCRIPCION DE METODOS

Este estudio se realizó en dos escuelas secundarias técnicas (No. 36 y No.77) ubicadas en el área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No.21, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación 4; ubicada en avenida Francisco del Paso y Troncoso No. 280, Delegación Venustiano Carranza a través de un cuestionario elaborado para identificar factores de riesgo para intento suicida en los adolescentes, se tomo como base el Apgar Familiar y la Escala de Birlson, el cuestionario se sometió a revisión y aprobación por parte del Comité local de investigación de la U.M.F. No. 21 registrado con el folio 2003-733-0007 y de las autoridades de las escuelas secundarias técnicas.

El estudio es exploratorio, descriptivo ,transversal y observacional ya que examina un tema poco estudiado, en donde se busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de la población midiendo una sola vez las variables en estudio, y no realizando intervención el fenómeno observado, la población estudiada fue de 2258 adolescentes matriculados en las escuelas en ambos turnos, que acudieron a clases durante el periodo de septiembre a noviembre del 2003, con edades de 11 a 18 años, la selección se realizo a través del método probabilístico por conglomerados; con el apoyo de la trabajadora social se acudió a los diferentes salones de clase de ambas secundarias, identificándose a

los grupos que no tenían clase para no alterar el calendario escolar, explicando a los alumnos el motivo del estudio se procedió a aplicar el instrumento a aquellos alumnos que desearon participar previo consentimiento verbal.

El cuestionario que se aplicó contiene la evaluación de factores de riesgo (variable independiente) para intento suicida (variable dependiente) en los adolescentes así como:

La escala de Birlson para depresión en adolescentes consta de 18 reactivos los cuales se califican con una puntuación de 0 a 2 (reactivos 1,2,4,7,8,9,11,12,13,15) y los 8 restantes se califican de 2 a 0, una puntuación de 13 o más indica probable depresión

El Apgar familiar con la suma de la puntuación se pueden hacer las siguientes inferencias 0 a 3 disfunción grave, 4 a 6 disfunción moderada, 7 a 10 familia funcional.

Se tomaron algunos aspectos del cuestionario ^(Anexo 1) diseñado por la Dra. Olivia Jiménez Solares en su tesis de factores asociados al intento de suicidio en los adolescentes el cual se fundamenta en el cuestionario diseñado y validado por Casas y Reyes.

Los cuestionarios que no fueron contestados en su totalidad, se eliminaron ya que no cubrían los requerimientos del análisis.

11.- CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Es un trabajo de investigación el cual se encuentra acorde con los principios básicos de ética, contenidos en el código de Nuremberg, que data de 1947: la Declaración de Helsinki, promulgada en 1964 y enmendada en 1975: y las Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica Relacionada con Seres Humanos , propuesta en 1982 por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS): los cuales son documentos que delinear los principios de ética más pertinentes a la investigación.

12.- DISEÑO ESTADÍSTICO:

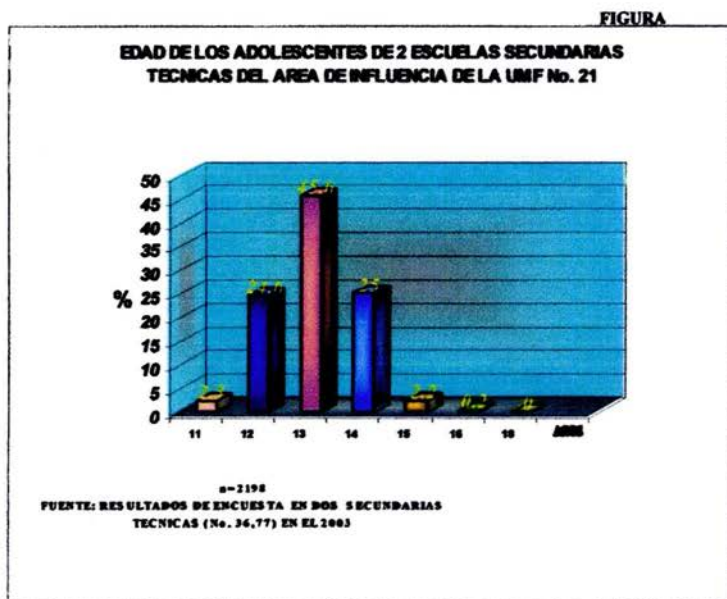
Las respuestas de los encuestados se capturaron y analizaron, en el programa estadístico SPSS for Windows versión 10, para su manejo estadístico. Los cuestionarios que no fueron contestados en su totalidad, se eliminaron por no cubrir los requerimientos del análisis.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables medidas. Para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central, y medidas de dispersión. En cuanto a las variables cualitativas (nominal u ordinal) se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes de cada categoría.

13.- RESULTADOS.

Se aplicaron 2258 cuestionarios de los cuales se eliminaron 60 porque no se llenaron completamente. De esta forma la población total fue de 2198.

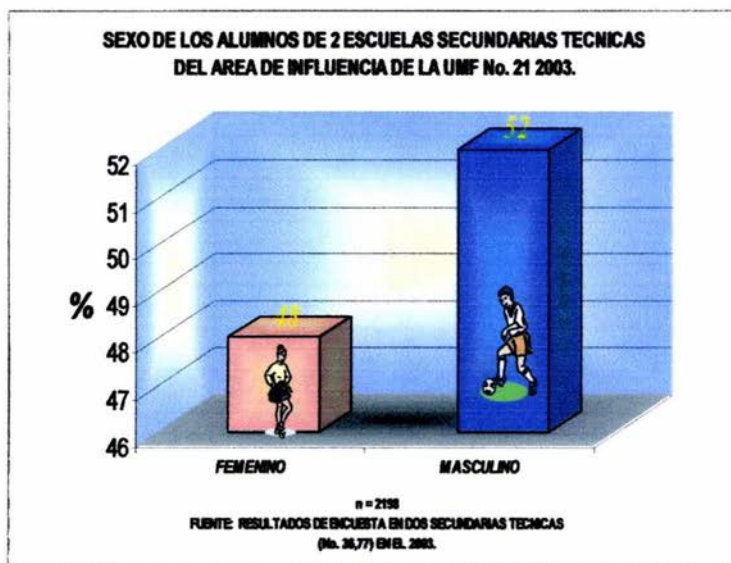
Edad de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.



Encontramos que el mayor número de alumnos tiene 13 años, por lo que comparten los mismos intereses, también se encontró que en esta edad se reportaron el mayor número de intentos suicidas.

Sexo de los alumnos de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

FIGURA



El sexo masculino es ligeramente mayor al femenino lo que va acorde con el resto de alumnos de escuela secundaria de la republica mexicana.

Características epidemiológicas de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 1.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD 13 AÑOS	1003	45.60%
ESTADO CIVIL DE LOS ALUMNOS		
CASADO	9	0.40%
SOLTERO	2189	99.60%
RELIGION		
CATOLICA	1142	52%
CRISTIANA	110	5%
TESTIGO DE JEHOVA	23	1.00%
ACTIVIDAD FUERA DE LA ESCUELA		
DEPORTE	117	5.30%
TRABAJO	71	3.20%

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

En general los alumnos de 2 escuelas secundarias técnicas son solteros, practican la religión católica y la cristiana principalmente, estos son factores protectores, solo un 5% practica algún deporte que es una de las áreas que debemos reforzar en la prevención del intento suicida.

Características de algunas adicciones en la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No.2.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADICCIONES		
ALCOHOLISMO	544	24.7%
TABAQUISMO	176	8%
DROGAS O SUSTANCIAS ADICTIVAS	12	0.5%

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

En cuanto a las adicciones encontramos que una cuarta parte de los alumnos consumen bebidas alcohólicas, seguido del tabaquismo, lo cual puede estar condicionado por una conducta de imitación o para pertenecer a un grupo.

Características epidemiológicas de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre -- Noviembre del año 2003.

Tabla No. 3.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HIJOS UNICOS	191	8.7%
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES		
CASADOS	1422	64.7%
UNION LIBRE	239	10.9%
DIVORCIADOS	483	22%
VIUDO (A)	54	2.4%
INTENTO SUICIDA EN LA FAMILIA	156	7.1%

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

Más del 70% de los alumnos viven con ambos padres lo que disminuye los factores de riesgo para el intento suicida.

Características de las variables psicosociales de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 4.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRASTORNOS DEL SUEÑO	269	12.2%
IDEAS SUICIDAS	274	12.4%
PLANEACION SUICIDA	126	5.7%
DESILUSIÓN	231	10.5%
AISLAMIENTO SOCIAL	273	12.4%
PESIMISMO	391	17.8%
IMPOTENCIA PARA CAMBIAR SU VIDA	626	28.5%

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

El 28.5% de los alumnos señalo sentir impotencia para cambiar su vida, el pesimismo se presento en el 17.8% de los casos, los alumnos refirieron aislamiento social en un 12.4%, la idea suicida se presento en 12.4% de los alumnos lo cual nos debe alertar para prevenir el incremento del intento suicida en esta población.

Características de la idea suicida con relación al genero en la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 5.

		IDEA SUICIDA		TOTAL
		SI	NO	
SEXO	FEMENINO	165	889	1054
	MASCULINO	109	1035	1144
TOTAL		274	1924	2198

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

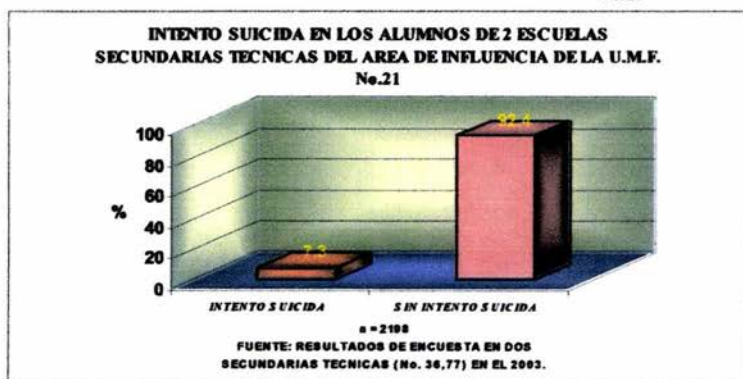
RM = 1.741 con un intervalo de confianza de 95% (1.344 – 2.255),

con un valor de $P < .0001$ significativa.

El sexo femenino presento 1.741 más ideas suicidas que el sexo masculino.

Características del intento suicida de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

FIGURA No. 3.



Se encontró un elevado índice de intento suicida en este estudio 7.3% (160).

Características del intento suicida con respecto al género de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 6.

	INTENTO SUICIDA		TOTAL	
		SI		NO
SEXO	FEMENINO	111	943	1054
	MASCULINO	49	1095	1144
TOTAL		160	2038	2198

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

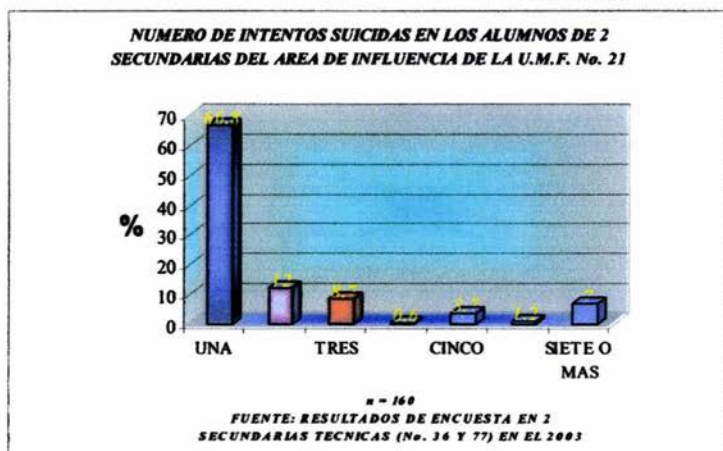
RM = 2.664 con un intervalo de confianza de 95% (1.877 – 3.780),

con un valor de $P < .0001$ significativa.

El sexo femenino presento 2.664 más intentos suicidas que el sexo masculino.

Número de intentos suicidas de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

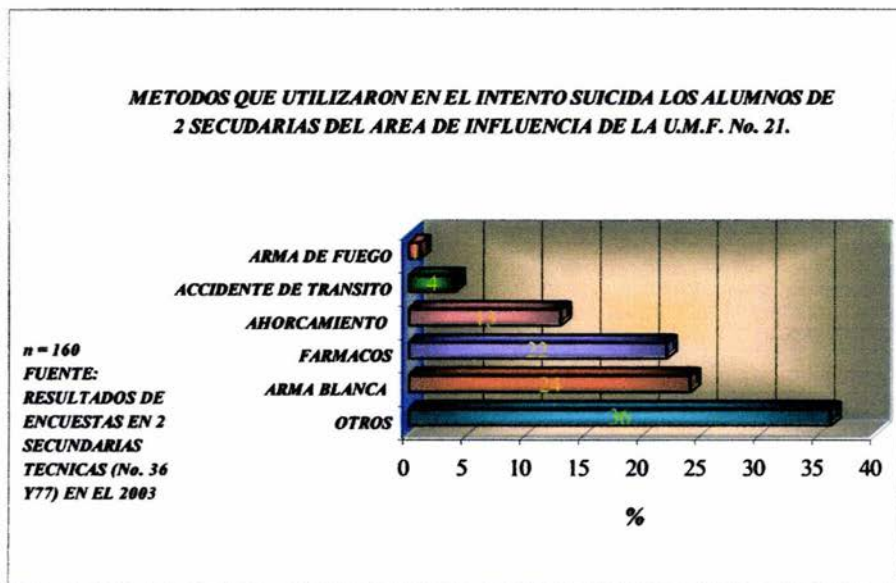
FIGURA No.4.



Los alumnos de dos escuelas secundarias técnicas con intento suicida, mas de la mitad refirió haberlo intentado en una ocasión, algunos mencionaron hasta 7 veces o más, lo que habla de la gran necesidad que tienen de comunicarse para cambiar condiciones que los afectan.

Métodos que utilizaron en el intento suicida los alumnos entrevistados de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

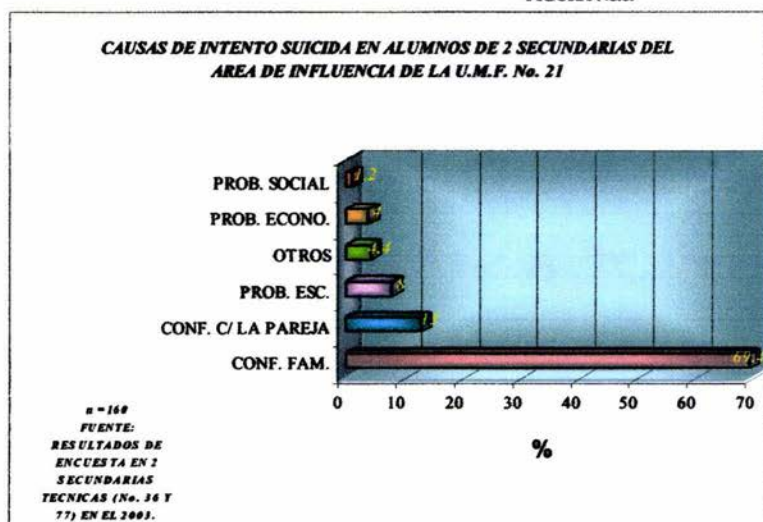
FIGURA No. 5.



Con respecto a los métodos que utilizan los adolescentes en el intento suicida se encontró que la mayoría no especifica el método, entre los métodos utilizados encontramos, el arma blanca, fármacos, ahorcamiento y arma de fuego en orden descendiente, lo que concuerda con la bibliografía consultada.

Causas de intento suicida de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

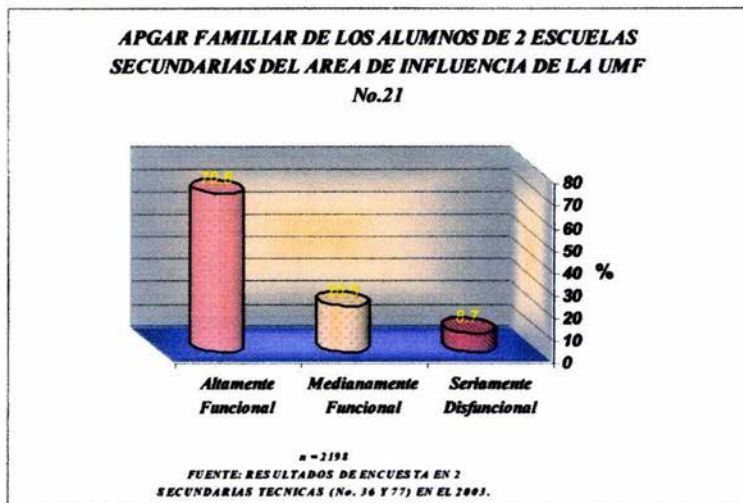
FIGURA No.6.



Los conflictos familiares es la principal motivo del intento suicida en los adolescentes, lo cual le da un amplio campo de acción al medico familiar para su prevención.

Características de la función familiar de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

FIGURA No. 7.



Con la calificación del Apgar familiar las $\frac{3}{4}$ partes de la población escolar (70.8%) califico como altamente funcional, lo cual es un factor protector para la prevención del intento suicida en esta población.

Depresión en el adolescente entrevistado de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

FIGURA No.8



Al aplicar la escala de Birleson para depresión en el adolescente, encontramos que la mitad de los alumnos presentan depresión, lo que es un importante factor de riesgo para el intento suicida.

Depresión con respecto al genero de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 7.

		DEPRESION		TOTAL
		SI	NO	
SEXO	FEMENINO	576	478	1054
	MASCULINO	497	647	1144
TOTAL		1073	1125	2198

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

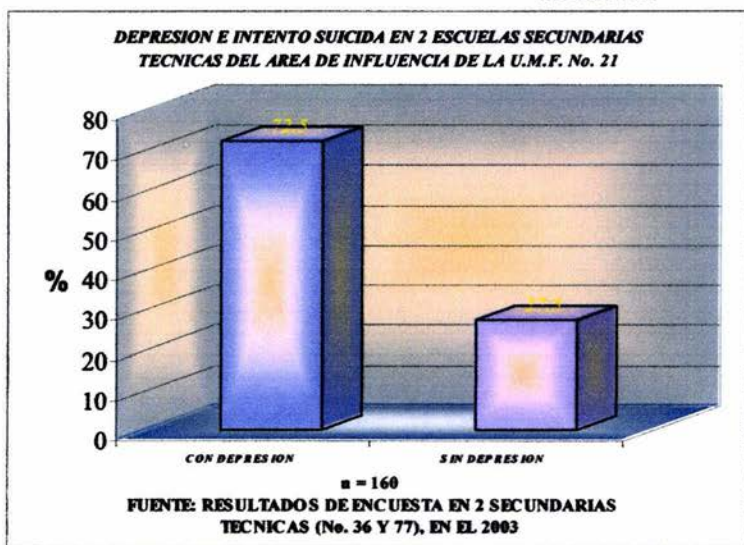
RM = 1.569, con un intervalo de confianza de 95% (1.326 – 1.857),

con un valor de $P < .0001$ significativa.

El sexo femenino presento 1.569 más depresión que el sexo masculino.

Características de depresión e intento suicida de la población entrevistada de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

FIGURA No. 9.



RM = 3.135, con un intervalo de confianza de 95% (2.18 – 4.51), con un valor de $P < .00001$ significativa.

Los alumnos con depresión presentaron 3.135 más intentos suicidas, que los alumnos sin depresión.

Idea e intento suicida en adolescentes entrevistados de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 8.

	INTENTO SUICIDA		TOTAL	
		CON INTENTO SUICIDA		SIN INTENTO SUICIDA
IDEA SUICIDA	CON IDEA SUICIDA	81	193	274
	SIN IDEA SUICIDA	79	1845	1924
TOTAL		160	2038	2198

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

RM = 9.845 con un intervalo de confianza de 95% (6.969 – 13.908), con un valor de $P < .0001$ significativa.

Los alumnos con idea suicida presentaron 9.845 más intentos suicidas que en aquellos alumnos sin idea suicida.

Funcionalidad familiar e intento suicida en adolescentes entrevistados de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 9.

	INTENTO SUICIDA			TOTAL
		SI	NO	
FAMILIAS	DISFUNCIONALES	44	147	191
	FUNCIONALES	116	1891	2007
TOTAL		160	2038	2198

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

RM = 4.88 con un intervalo de confianza de 95% (3.99 – 5.45), con

un valor de $P < .0001$ significativa.

Los alumnos con familias disfuncionales presentaron 4.88 más intentos suicidas que en aquellos alumnos que tienen familias funcionales.

Intento suicida y presencia de padres de la población adolescentes entrevistados de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 10.

		INTENTO SUICIDA		TOTAL
		SI	NO	
PADRES	MURIO ALGUNO DE LOS PADRES	17	77	94
	VIVEN AMBOS PADRES	143	1961	2104
TOTAL		160	2038	2198

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

RM = 2.485 con un intervalo de confianza de 95% (1.372 – 4.501),

con un valor de $P < 0.002$ significativa.

Los alumnos en quienes murió alguno de sus padres presentaron 2.485 más intentos suicidas que en aquellos alumnos que tienen ambos padres.

Intento suicida de los adolescentes entrevistados según unión de sus padres de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 11.

	INTENTO SUICIDA		TOTAL	
	SI	NO		
PADRES	PADRES SEPARADOS	61	476	537
	PADRES UNIDOS	99	1562	1661
TOTAL		160	2038	2198

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

RM = 2.022 con un intervalo de confianza de 95% (1.442– 2.835),

con un valor de $P < .0001$ significativa.

Los alumnos con padres separados presentaron 2.022 más intentos suicidas que alumnos que tienen ambos padres.

Intento suicida de adolescentes y de sus familiares

2003.

Tabla No. 12.

	INTENTO SUICIDA			TOTAL
		CON INTENTO SUICIDA	SIN INTENTO SUICIDA	
ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA EN ALGUN FAMILIAR	SI	50	106	156
	NO	110	1932	2042
TOTAL		160	2038	2198

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

RM = 8.434 con un intervalo de confianza de 95% (5.721 –

12.433), con un valor de $P < .0001$ significativa.

Los alumnos que tienen antecedente de intento suicida en algún familiar presentaron 8.434 más intentos suicidas que los alumnos sin antecedente.

Carácter e intento suicida en adolescentes entrevistados de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 13.

	INTENTO SUICIDA			TOTAL
		CON INTENTO SUICIDA	SIN INTENTO SUICIDA	
CARACTER	IMPULSIVO	77	1154	1231
	AGRESIVO Y HOSTIL	83	884	967
TOTAL		160	2038	2198

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

RM = 0.685 con un intervalo de confianza de 95% (0.491 – 0.954),

con un valor de $P < 0.025$ significativa.

Los alumnos que tienen un carácter impulsivo presentaron 0.685 más intentos suicidas que aquellos alumnos que tienen un carácter agresivo y hostil.

Comunicación con la familia e intento suicida en adolescentes entrevistados de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 14

	INTENTO SUICIDA		TOTAL	
		CON INTENTO SUICIDA		SIN INTENTO SUICIDA
COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA	MALA	77	707	784
	BUENA	83	1331	1414
TOTAL		160	2038	2198

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

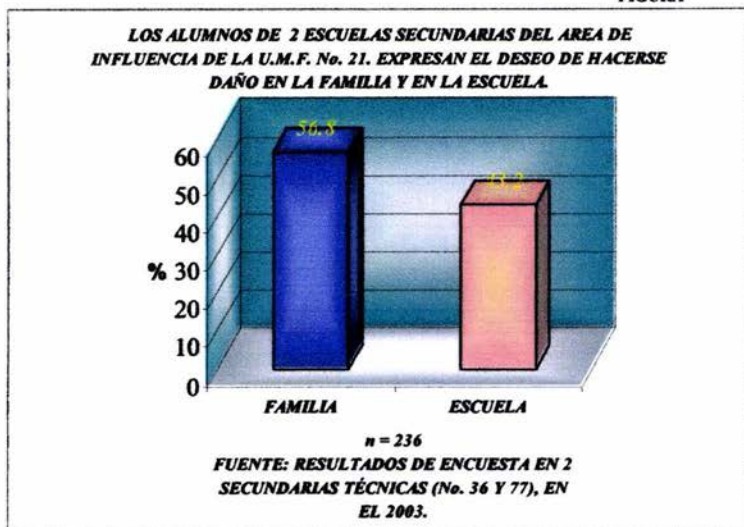
RM = 1.787 con un intervalo de confianza de 95% (1.291 – 2.473),

con un valor de $P < .0001$ significativa.

Los alumnos que refirieron mala comunicación con su familia presentaron 1.787 más intentos suicidas que aquellos alumnos que cuentan con una buena comunicación.

Los adolescentes entrevistados de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. expresan el deseo de hacerse daño en la familia y en la escuela. Septiembre – Noviembre del año 2003.

FIGURA



Es en la familia es donde los adolescentes expresan con mayor frecuencia el deseo de hacerse daño, lo que permite a los médicos Familiares realizar acciones preventivas.

Consumo de bebidas alcohólicas e intento suicida en adolescentes entrevistados de 2 escuelas secundarias técnicas del área de influencia de la U.M.F. No. 21 del D.F. Septiembre – Noviembre del año 2003.

Tabla No. 15

	INTENTO SUICIDA		TOTAL	
	SI	NO		
BEBIDAS ALCOHOLICAS	CONSUMEN	88	456	544
	NO CONSUMEN	72	1582	1654
TOTAL		160	2038	2198

Fuente: resultados de encuesta en 2 secundarias Técnicas 36 y 77 en el 2003. n = 2198

RM = 4.255 con un intervalo de confianza de 95% (3.058 – 5921),

con un valor de $P < 0.0001$ significativa.

Los alumnos que consumen bebidas alcohólicas presentaron 4.255 más intentos suicidas que en aquellos alumnos que no consumen bebidas alcohólicas.

14.- DISCUSION

En la población estudiada encontramos 7.3 % de intento suicida, cifra inferior a la reportada por otros autores quienes señalan del 9 al 17% en adolescentes. ^(4, 10, 12, 14)

La edad del intento suicida fue a los 13 años (45.6%), que según la bibliografía es la edad en la cual ocurre con mayor frecuencia en nuestro medio, y algunos señalan que va 12 a los 19 años. ^(1, 6, 7, 9, 10)

El 66.8% de los alumnos con intento suicida refieren haberlo intentado en una ocasión, algunos lo han intentado hasta 7 veces o más, lo que habla de la gran necesidad que tienen de comunicarse con su familia para cambiar la forma en la que lo tratan las personas que lo rodean, ⁽²³⁾ los alumnos con intento suicida son una población de riesgo durante los siguientes 3 años. ⁽²⁶⁾

En este estudio se encontró que el método que mas utilizan en el intento suicida fue en primer lugar el arma blanca (24%), en segundo lugar fármacos (22%), en tercer lugar accidentes de transito (4%), en cuarto lugar arma de fuego (1%), lo cual concuerda con otras bibliografías. ^(1, 15, 16, 23)

Las causas del intento suicida en primer lugar se encontraron los conflictos familiares (69.4%), en segundo lugar conflictos con la pareja (13%), en tercer lugar problemas económicos (8%), lo cual da una amplio campo de acción al medico familiar en su

prevención. Nuestros resultados difieren con la bibliografía consultada, en la frecuencia. ^(1, 23, 29, 30)

El 78.8% reportó contar con una familia funcional de acuerdo al APGAR (la familia como factor protector), al analizar el estudio se encontró mayor frecuencia de intento suicida en las familias disfuncionales, en la familia es el lugar donde los adolescentes expresa el deseo de hacerse daño, lo que concuerda con la bibliografía consultada. ^(1, 11, 17, 23, 24)

La evaluación de Birlson reporta que la población tiene tendencia a la depresión (48.8%), lo cual es un factor de riesgo muy importante para favorecer, la idea suicida y el intento suicida, por lo que el médico familiar debe estar alerta para detectarlo y tratarlos a tiempo. ^(10, 20, 29, 30)

El sexo femenino es más susceptible a la depresión (1.5:1 con relación al sexo masculino), la idea suicida (1.7:1), al intento suicida (2:1), por lo que es importante identificar los factores que influyen para que se presente y trabajar en conjunto con la familia para prevenirlos. ^(6, 10, 14, 20, 29, 30)

Se encontró que son factores de riesgo para el intento suicida el presentar depresión, ^(3, 20) idea suicida, ⁽¹³⁾ pérdida de alguno de los padres por separación o muerte, ^(1, 7, 19, 24) antecedente de intento suicida en algún familiar, ⁽¹⁾ el tener un carácter impulsivo, ^(23, 25, 26) consumo de bebidas alcohólicas, ⁽¹⁸⁾ mala comunicación en la

familia, ⁽¹⁾ la bibliografía refiere que las conductas suicidas, pensamientos, planes o intentos suicidas se presentan en el 95% antes del suicidio, las causas son multifactoriales, ^(2, 5, 14) lo que nos da un margen para actuar en acciones encaminadas hacia la prevención. ^(29, 30)

14.1.- CONCLUSIONES

En la población estudiada el 7.3% presento intento suicida lo que es importante ya que se ha observado un incremento importante de este tipo de problema en la población mundial por lo que hace necesario identificar tempranamente los factores de riesgo a fin de disminuir su frecuencia.

La bibliografía refiere que el intento suicida es mas frecuente en la población femenina lo que no varia en nuestro estudio, el sexo femenino tiene una frecuencia 2:1 en relación con el masculino de presentar intento suicida.

La edad en la que se presento intento suicida con mayor frecuencia fue a los 13 años lo que nos puede hacer referencia a la crisis de transición de la niñez a la adolescencia y que debemos de observar este periodo e intervenir a través de orientación en el núcleo familiar.

El 70.8% de las encuestas aplicadas en relación al Apgar (la familia como factor protector), manifiesta tener una familia altamente funcional.

De acuerdo a la escala de Birleson para depresión el 48% presenta depresión, lo cual es un factor de riesgo muy importante para favorecer el intento suicida por lo que nosotros como médicos familiares debemos estar alertas para detectarlos y tratarlos a tiempo.

En relación al carácter se encontró que el ser impulsivo condiciona mayor riesgo de presentar intento suicida.

El sexo femenino es más susceptible a la depresión por lo que es importante identificar los factores que influyen para que se presente y trabajar en conjunto con la familia para prevenirlos.

De los adolescentes reportados con depresión se encontró que presentaron 3.135 más intentos suicidas.

La asociación de intento suicida con el uso del alcohol si tuvo relevancia ya que fue mas frecuente en aquellos que tenían el hábito alcohólico, las toxicomanías no fueron relevantes.

En relación a como percibe el adolescente la comunicación se encontró que el alumno que refirió una mala comunicación familiar presento 1.787 más intentos suicidas, en relación con los que tienen buena comunicación.

De los adolescentes con intento suicida se encontró gran relevancia en relación a antecedentes familiares de intento suicida.

El medico familiar pilar en la atención primaria en el cuidado de la familia debe voltear su mirada de manera intencional a los adolescentes y crear un compromiso con ellos.

Lograr que asistan a la consulta para identificar los factores de riesgo de manera temprana.

Buscar intencionadamente el riesgo de intento suicida para prevenirlo.

Debe considerar que un adolescente que ya intento suicidarse, lo volverá a hacer hasta lograrlo.

15.- SUGERENCIAS

Involucrar al adolescente en el cuidado de su salud físico biológico y psicológico.

Dar a conocer en sesiones generales el tema y la importancia de su prevención, tratamiento y rehabilitación.

Hacer uso de los recursos humanos: pasantes de enfermería, médicos internos, residentes e invitar a escuelas de enfermería y de medicina a participar con trabajos de campo donde se brinde en las escuelas platicas de educación para la salud.

La U.M.F. No. IMSS ha creado el modulo del adolescente, el problema es la asistencia por lo que el equipo de salud debe conjuntar esfuerzos para captar un mayor numero y trabajar con ellos apoyándonos de las autoridades escolares.

Dar a conocer la problemática en las escuelas, para que conjuntamente se planeen estrategias de intervención en la población de adolescentes.

Realizar convenios con la secretaria de educación publica para trabajar conjuntamente en la prevención, difusión y detección de casos sospechosos.

En la consulta, buscar intencionalmente factores de riesgo, para dar tratamiento preventivo desde los primeros años, con el objetivo de disminuir la prevaecía del intento suicida en los adolescentes.

Involucrar a las enfermeras sanitaristas en el trabajo con las

escuelas para educar a la población en la prevención, dar cursos de superación personal, detectar casos sospechosos e incorporarlos a grupos de ayuda, o enviarlos con su medico.

Educar al personal de las escuelas sobre temas de salud y la importancia de la prevención.

Hacer participe a los padres y a los maestros de la problemática y dar la información necesaria de tal manera que puedan colaborar en la prevención.

Invitar a todo el personal de salud a realizar trabajos de investigación encaminados a proponer estrategias de solución en la prevención y manejo del adolescente.

16.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Meneses J, Armengol JA, Arias L, Piña C, Salud del Adolescente, Programa de actualización continua en Medicina Familiar. Editorial Inter. Sistemas libro 1, 1999; 17, 48, 50 – 52.
- 2.- Rock L, Marries L, Padilla M, Gómez T, Gallart M, Behavior of the suicide intent in a group of adolescents and young Cuban. Rev Med Milit 2002 31(3): 182-187.
- 3.- Borges G, SaltijeraMT, Bimbela A, Mondragon L, The suicide tentatives in a sample of patient of a general hospital. The files of Medical Investigation 2000 Jul-Ago31(4):366-372.
- 4.- González C, García G, Medina ME, Sánchez MA, Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental 2003; 21(3): 01-09:
<http://www.imbiomed.com.mx/SaludMen/Mev21n3/español/Wmw83-01.html>.
- 5.- Anderson M, Kaufman J, Simón T, Neighborhoods L, Paulozzi L, Rayan G, et al, The Violent Deaths school-associated in the United States. JAMA 2001December 286(21): 2695-2702.
- 6.- Escalante P, El intento suicida en los adolescentes mediante intoxicación: problema creciente. Rev. Med. IMSS 1998; 36(4): 257-258.

- 7.- Garnefski N, Age Differences in Depressive Symptoms, Antisocial Behavior and Negative Perceptions of Family, School, and Peers Among Adolescents. *Of the American Academy of child and adolescent Psychiatry* 2000 September volume 39(9): 1175-1181.
- 8.- Águila A, Depresión y suicidio en adolescentes, 2000 *Psiquiatría Mar*: Vol. 4 No. 1 <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/Revista/45/1815//interactivo>
- 9.- Espinosa MA, Anzures LB, Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Rev. Med Hosp. Gen Méx.* 1999; 62(3): 183-190.
- 10.- Hesketh T, Jermkins R, The ideation of the suicide in the Chinese adolescents. *The social Psychiatry & the Psychiatric Epidemiology* 2002 Mayo 37(5): 230-235.
- 11.- Tortolero MR, Roberts RE, The differences in the behaviors of nonfatal suicide between the Mexican and the European American means the school children. *Rev. El suicidio y la conducta Vida-amenazante* 2001 verano 31(2): 214-223.
- 12.- Sourander A, Heksteka L, Haavisto A, Bergroth L, The suicidal thoughts and efforts among the adolescents: a estudy of continuation of longitudinal 8-year. *The newspaper of Affective Disorder* 2001 63(1-3): 59-66.

- 13.- González C, Berenzon S, Tello AM, Facio D, Medina ME.:
Ideación suicida y características asociadas en mujeres
adolescentes. Salud Pública Méx. 1998; 40:430-437.
- 14.- Mondragón L, Saltijeral MT, Bimbela A, Borges G, La
ideación y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y
alcohol. Rev. Salud Mental Octubre de 1998 21(5).
- 15.- Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R, Epidemiología
del suicidio en México de 1970 A 1994. Salud Publica Méx. 1996:
38; 197-206.
- 16.- Kucharka K, Pottery B, Makara M, The suicidal effort among
young people hospitalized in the section of psychiatry of the Medical
Academy in Lublin. Psychiatria Polska 2000 May-Jun 34(3): 423-
433.
- 17.- Aghanwa HS, The characteristics of attempters of the suicide
admitted to the main general hospital in the Islands of Fiji. The
newspaper of Psychosomatic Investigation 2000 Dic. 49(6): 439-
445.
- 18.- Rossow ME, Lauritzen G, Balancing in the border of death: the
suicide tentatives and the life-threatening excessive dose among the
drug addicts. The liking 1999 Feb. 94(2): 209-219

- 19.- Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T Young Suicide Attempters: A comparison Between a Clinical and a Epidemiological Sample. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 2000 July 39(7): 868-875.
- 20.- Vincke J, The suicidal act and ideation in the homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and factors of risk. *The social Psychiatry & the Psychiatric Epidemiology* 2000 Nov. 35(11): 494-499.
- 21.-Goldney RD, Wilson D, Fisherman LJ, The suicidal ideation in a sample of community of chance: the attributable risk due to the deression and psychiatry. *Psychiatry* 2000 Feb. 34(1): 98-106.
- 22.- Aghanwa HS, The suicide attempted by the excessive dose of drug and for methods of the poison-ingestion seen in the main general hospital in the islands of Fiji: a comparative study. *La psiquiatría Hospital general* 2001 Sep-Oct 23(5): 266-271.
- 23.- Hernández F, Frecuencia de intentos suicidas. *Rev. Med. IMSS* 2002 40(3):247-251.
- 24.- Osorio L, Estructura y dinámica familiar de adolescentes del sexo femenino con intento suicidio. *Rev. Publicación electrónica ITESM* 2000 Junio-Julio No.6
- 25.- Castro J, Suicidio en adolescentes con problema de consumo de sustancias psicoactivas Conferencia presentada en el 1er Simposio Internacional de Patología 2000 Agosto 18-20 Lima-Perú.

- 26.- Weissman M, Wolf S, Wickramaratne P, Goldstein R, Adams P, Greenwald S, Children With Prepubertal-Onset Major Depressive Disorder and Anxiety. *Grown Up Archives of General Psychiatry* 1999 September 56(9): 794-801. 27.
- 27.- Miller M, Azrael D, Hemenway D, The Readiness of the firearm, Suicide, and Homicide among 5-14 Year Olds. *Newspaper of trauma, infection of the lesion and critical care* 2002 February volume 52(2): 267-275.
- 28.- Bensley LS, Spieker SJ, Schoder J, The same-informed history of abuse and behaviors of adolescents problem. *The newspaper of Juvenile Health* 1999 24(3): 163-172.
- 29.- Pawlak C, Paschal TP, Frays W, Ladame F, The disorder of anxiety, comorbidity, and tentative of suicide in the adolescence: a preliminary investigation. *The newspaper of the association of European Psychiatri* 1999 Jun. 14(3): 132-136.
- 30.- Alvarez E, Castillon JJ, Hosta JM, He/she attempted the suicide: the epidemic changes among 1969-1996. A retrospective study of 1969-1996 A retrospective study of 1150 cases. *Spanish records of Psychiatry* 1999 Sep-Oct. 27(5):292-297.
- 31.- Harrington R, Depresión, commit suicide and your deliberate yourself self-harm in adolescente. *Royal society of medicine press limited* 2001 January volume 57:47-60.



17.- ANEXO:

Por favor responde honestamente. No hay respuestas buenas o malas. Marca con una X, o responde brevemente la pregunta.

Todos los datos son confidenciales. Gracias.

No. De folio: _____

FECHA.

ESCALA DE BIRLESON	Siempre	Algunas veces	Nunca
1.Me interesan las cosas tanto Como antes			
2.Duermo muy bien			
3.Me dan ganas de llorar			
4.Me gusta salir con mis amigos			
5.Me gustaria escapar, salir corriendo			
6. Me duele la panza			
7. Tengo mucha energía			
8. Disfruto la comida			
9. puedo defenderme por mí mismo			
10. creo que no vale la pena vivir			
11. soy bueno para las cosas que hago			
12. disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes			
13. me gusta hablar con mi familia			
14. tengo sueños horribles			
15. me siento muy solo			
16. me animo fácilmente			
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo			
18. Me siento muy aburrido			

APGAR FAMILIAR	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema.			
Estoy satisfecho del modo que mi familia discute temas de interés y comparte conmigo la solución de problemas			
Mi familia acepta mis deseos de hacer cambios en mi vida			
Estoy satisfecho con el modo que mi familia y yo estamos juntos			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo estamos juntos			



ENCUESTA

1. Cuantos años tienes:	2. Sexo:	1. Femenino	2. Masculino
3. Practicas alguna religión:	1. Sí	2. No	3. Cual:
4. Tienes alguna otra actividad fuera de la escuela:	1. Empleado,	2. Obrero,	3. Comerciante
4. practicas algún deporte			
5. Cual es tu estado civil:			
6. Consumes bebidas alcohólicas:	1. Sí	2. No	Te has emborrachado: 1. Sí 2. No A que edad comenzaste:
7. Con que frecuencia:	1. Diario	2. Una vez a la semana	3. Cada 15 días 4. Una vez al mes 5. solo en fiestas
8. Fumas:	1. Sí	2. No	Cuantos cigarros fumas al día: A que edad comenzaste:
9. Haces uso de drogas o sustancias adictivas:	1. Sí	2. No	3. Cuales: Desde cuando:
10. Con quién vives:	1. mamá y papá	2. Mamá	3. Papá 4. otro quién
11. Murió alguno de tus padres:	1. Sí	2. No	3. Quién: 4. Cuantos años tenias:
12. Consideras que tus papás se preocupan por tí:	1. Sí	2. No	Piensas que te conocen: 1. Sí 2. No
13. Te sientes querido y aceptado por la gente que te rodea:	1. Sí	2. No	6. Te sientes rechazado: 1. Sí 2. No
14. Consideras que eres hijo adoptivo:	1. Sí	2. No	3. Por que:
15. Cuál es el estado civil de tus padres:	1. Casados 2. Unión libre 3. Divorciados / Separados		
16. Has tenido que interrumpir tus estudios por más de 6 meses:	1. Sí	2. No	3. por que:
17. Cómo consideras que es la comunicación con tu familia:	1. Buena	2. Regular	3. Mala
18. Eres hijo(a) único(a) en tu familia:	1. Sí	2. No	
19. Consideras que tienes un carácter:	1. Impulsivo	2. Agresivo	3. Hostil
20. En tu familia alguien ha intentado quitarte la vida:	1. Sí	2. No	3. Quién:
21. Te has sentido atormentado con frecuencia en estos últimos 6 meses:	1. Sí	2. No	
22. Has tenido crisis de insomnio severo o trastornos frecuentes en el sueño en este último año:	1. Sí	2. No	
23. Has tenido ideas, fantasías o sueños de matarte en este último año:	1. Sí	2. No	
24. Alguna vez has elaborado planes concretos para quitarte la vida:	1. Sí	2. No	
25. Has expresado deseo de hacerte daño en alguna conversación, en el último año:	1. Sí	2. No	
26. En dónde:	1. En la familia	2. En la escuela	3. En el trabajo
27. Con frecuencia piensas que los demás estarían mejor sin tí:	1. Sí	2. No	3. Por que:
28. Has intentado quitarte la vida alguna vez:	1. Sí	2. No	3. Por que:
29. Número de veces que has intentado quitarte la vida:	Estas en tratamiento: 1. Sí 2. No		
30. Con que lo hiciste:	1. fármacos o sustancias adictivas	2. Arma de fuego	3. Arma blanca 4. Ahorcamiento 5. Accidentes de tránsito 6. Otros
31. Cuál fue la causa que te motivó a hacerlo:	1. conflictos familiares 2. Conflictos con la pareja 3. Problemas escolares 4. Problemas económicos 5. Problemas sociales 6. Otros cuales:		
32. Estabas en ese momento bajo el efecto de alguna droga u otra sustancia adictiva:	1. Sí	2. No	
33. Te sientes desilusionado con tu vida actual:	1. Sí	2. No	
34. Soportas agresiones psicológicas o físicas de otras personas sin responderles con igual intensidad:	1. Sí	2. No	
35. Te has sentido deprimido más de una vez en este último año:	1. Sí	2. No	
36. 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	3. Que es de tí:
37. Te has sentido aislado socialmente en los últimos 6 meses:	1. Sí	2. No	
38. Te consideras pesimista ante los problemas de la vida:	1. Sí	2. No	
39. Te sientes impotente para cambiar tu situación de vida actual, si lo desearas:	1. Sí	2. No	