



11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO CHÁVEZ

MÉXICO D. F.

TÍTULO

DETECCIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 11 A 16 AÑOS
EN UNA ESCUELA SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

0352248
PRESENTA:

DR. MIGUEL ÁNGEL NÚÑEZ BENÍTEZ

MÉXICO, D. F. 2005

NÚMERO DE REGISTRO
133.2005



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.

AGRADECIMIENTOS

Para poder realizar un gran sueño lo primero que hace falta es tener capacidad para soñar, después persistencia para poder realizarlo, porque todos los sueños son posibles cuando se tiene fe y se cree en poder realizarlos.

Hoy que mis sueños se han realizado reconozco el valor de la gente que ha estado a mi lado para brindarme su amor, comprensión, sabiduría, paciencia, apoyo, amistad, las cuales fueron una guía en mi camino.

Agradezco a DIOS por ser el que guía mi camino y por sostenerme en los momentos más difíciles de mi vida.

Agradezco especialmente a mis padres Estier y Angel por su amor y apoyo en todo momento.

A mi esposa Sara y a mis hijas: Aquetzlli y Mahetzi por ser mi mayor motivación.

A mis hermanos: Angélica, Diana, Melina y Alberto por su gran apoyo y por que siempre creyeron en mí.

A las Doctoras.: Catalina Monrroy, Silvia Langrave y Ana Maria Navarro por su esfuerzo, apoyo y por hacer posible este trabajo.

"Su amor ha sido una luz que guía mi camino"

Miguel Angel

**DETECCIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 11 A
16 AÑOS EN UNA ESCUELA SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE
MÉXICO**

**TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. MIGUEL ÁNGEL NÚÑEZ BENÍTEZ

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR**



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

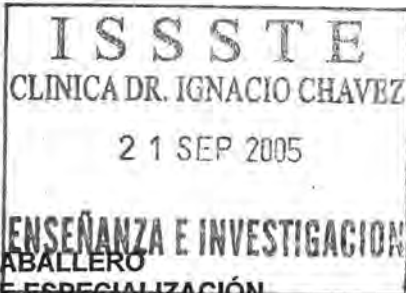
**DETECCIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 11 A
16 AÑOS EN UNA ESCUELA SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE
MÉXICO**


**TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. MIGUEL ÁNGEL NÚÑEZ BENÍTEZ

AUTORIZACIONES:




DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR
IGNACIO CHÁVEZ"
ISSSTE
ASESORA DE TESIS


DRA. ANA MARÍA NAVARRO GARCÍA
MÉDICO FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM
ASESOR DE TESIS

ÍNDICE

PÁGINA

RESUMEN.

1. MARCO TEÓRICO.	6
1.1. Antecedentes del tema y del problema.	6
1.1.1. Definiciones.	6
1.1.1.1.1. Suicidio.	6
1.1.1.1.2. Parasuicidio.	6
1.1.1.1.3. Intento de suicidio.	6
1.1.1.1.4. Ideación suicida.	6
1.1.1.1.5. Acto suicida.	6
1.1.1.1.6. Estructura familiar.	6
1.1.1.1.7. Dinámica familiar.	6
1.1.1.1.8. Abuso sexual.	6
1.1.1.1.9. Adolescencia.	6
1.1.1.1.10. Depresión.	6
1.1.2. Suicidio.	7
1.1.2.1. Historia del suicidio.	7
1.1.2.2. Etiología del suicidio.	9
1.1.2.3. Etapas del suicidio.	11
1.1.2.4. Clasificación del suicidio.	12
1.1.2.5. Panorama epidemiológico.	13
1.1.2.6. Métodos de suicidio.	14
1.1.2.7. Factores de riesgo de ideación suicida y suicidio.	15
1.1.2.7.1. Factores demográficos.	16
1.1.2.7.2. Factores genéticos.	17
1.1.2.7.3. Factores socioculturales.	17
1.1.2.7.4. Factores ocupacionales.	17
1.1.2.7.5. Factores psicológicos.	18
1.1.2.7.6. Factores mixtos o ambientales.	18
1.1.2.7.7. Historias de intentos y amenazas.	19
1.1.2.7.8. Trastornos físicos.	19
1.1.2.8. Indicadores de riesgo suicida.	20
1.1.2.9. Factores protectores.	21
1.1.2.10. El abuso sexual asociado a la ideación suicida.	21
1.1.2.11. Anormalidades de los neurotransmisores.	22
1.1.2.12. Suicidio y enfermedad mental.	22
1.1.2.13. Imitación y efectos de los medios de comunicación.	23
1.1.2.14. Características clínicas del suicidio y depresión asociada.	23
1.1.2.15. Instrumentos de medición de la conducta suicida.	25

1.1.2.16. Diagnóstico diferencial.	26
1.1.3. Familia.	26
1.1.3.1. Importancia de la familia en la salud y la enfermedad.	27
1.1.3.2. Crisis de la familia con hijos adolescentes.	28
1.1.3.3. Interacción familiar y el desarrollo del adolescente.	30
1.1.3.4. Intento de suicidio y su relación con la funcionalidad familiar.	32
1.1.3.5. Fases por las que atraviesa la familia ante el suicidio.	34
1.1.3.6. Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar.	35
1.1.4. Adolescencia.	35
1.1.4.1. Desarrollo primario.	36
1.1.4.2. Etapas de la adolescencia.	38
1.1.4.3. La crisis de la adolescencia.	39
1.1.5. Necesidades de atención.	40
1.1.5.1. Características de la práctica del médico familiar y sus ejes de acción en la atención del paciente con ideación suicida.	40
1.1.5.2. Tratamiento.	41
1.1.5.3. Prevención.	43
1.2. Planteamiento del problema.	45
1.3. Justificación.	47
1.4. Objetivos generales y específicos.	48
2. MATERIAL Y MÉTODOS.	49
2.1. Tipo de estudio.	49
2.2. Diseño de la investigación del estudio.	49
2.3. Población, lugar y tiempo de realización del estudio.	50
2.4. Muestra.	51
2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	51
2.6. Variables (tipo y escala de medición).	52
2.7. Definición conceptual y operativa de las variables.	56
2.8. Diseño estadístico.	58
2.9. Instrumento de recolección de datos.	58
2.10. Método de recolección de datos.	58
2.11. Maniobra para evitar o controlar sesgos.	59
2.12. Prueba piloto.	59
2.13. Plan de codificación de los datos.	60
2.14. Análisis estadístico de los datos.	65
2.15. Calendario de las actividades.	66
2.16. Recursos humanos, materiales, físicos y financieros del estudio.	67
2.17. Consideraciones éticas.	67

3. RESULTADOS.	69
4. DISCUSIÓN.	100
4.1. Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de la Medicina Familiar.	106
5. CONCLUSIONES.	107
BIBLIOGRAFÍA.	109
ANEXOS.	112

RESUMEN

Objetivos: Detectar la frecuencia con la que se presenta la ideación suicida en adolescentes de 11 a 16 años en una escuela secundaria de la Ciudad de México. Describir la estructura, desarrollo, ocupación e integración de las familias de las familias con ideación suicida y de los que no la presentaron, así como la etapa del ciclo de vida por la que atraviesan sus familias con base en los datos que se aportaron en el instrumento aplicado.

Diseño: Estudio prospectivo, transversal, observacional, descriptivo.

Material y métodos: El estudio se realizó en adolescentes inscritos al ciclo escolar 2004/2005 de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón" localizada en la Unidad Habitacional "Alianza Popular Revolucionaria" Delegación de Coyoacán de la Ciudad de México.

Para detectar el riesgo de ideación suicida en el adolescente se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck, la cual consta de 18 preguntas, se realizó una prueba piloto a 29 alumnos.

Resultados: Se aplicaron 130 encuestas, de las cuales se detectaron a 14 alumnos con riesgo de ideación suicida, de estos, 12 pertenecían al sexo femenino y 2 al masculino, la mayor frecuencia se presentó en adolescentes de 13 años de edad.

Conclusiones: Con el instrumento aplicado se logró identificar adecuadamente a los adolescentes con riesgo de ideación suicida, sin embargo se observó que para poder mejorar la calidad de la atención del adolescente es necesario elaborar una guía de consulta clínica de psicopatología del adolescente dirigida a médicos familiares y pediatras.

Palabras clave: Suicidio, ideación suicida, intento de suicidio, adolescente, familia, depresión.

SUMMARY

Objectives: To detect the frequency with which the suicidal ideation in adolescents of 11 to 16 years in a secondary school of the City of México appears. To describe the structure, development, occupation and integration of the families of the families with ideation force suicide on and of which they did not present/display it, as well as the stage of the service life by which they cross his families with base in the data that were contributed in the applied instrument.

Design: Prospectivo study, cross-sectional, observacional, descriptive.

Material and methods: The study I am made in enrolled adolescents to scholastic cycle 2004/2005 of the Diurnal Secondary School No. 208 "Salvador Díaz Mirón" located in the Habitational Unit "Revolutionary Popular Alliance" Delegation of Coyoacan of the City of México. In order to detect the risk of suicidal ideation in the adolescent the Scale of Ideation Suicide of Beck was used, which consists of 18 questions, I am made a test pilot to 29 students.

Results: 130 surveys were applied, of which they were detected to 14 students with risk of suicidal ideación, of these 12 they belonged to feminine sex and 2 to the masculine one, the greater frequency I appear in adolescents of 13 years of age.

Conclusions: With the applied instrument profit to identify itself suitably to the adolescents with risk of suicidal ideación, nevertheless it was observed that to be able to improve the quality of the attention of the adolescent it is necessary to elaborate a guide of clinical consultation of psicopatología of the adolescent directed to family doctors and pediatrics.

Key words: Suicide, suicidal ideación, attempt of suicide, adolescent, family, depression.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA Y DEL PROBLEMA

1.1.1 DEFINICIONES

Suicidio: Conducta agresiva, realizada con el propósito de autodestrucción, con conciencia de ello y con la finalidad de producir la propia muerte de forma voluntaria.^{3,7, 11, 19, 21, 22, 23,25}

Parasuicidio: Conductas o pensamientos relacionados con la propia muerte, pero que no conducen a la muerte, en el que una persona, de forma deliberada se autolesiona: como el intento suicida, la planeación suicida, y la ideación suicida.^{7, 20,25}

Intento de suicidio: Acto deliberado que lleva al individuo a lesionarse físicamente a él mismo, realizado con intenciones destructivas; pero sin llegar a la muerte. Se le identifica como el mejor preeditor del suicidio.^{2, 3, 6, 10, 13, 18, 22,23}

Ideación suicida: Incluye los deseos, planes, ideas o pensamientos del sujeto, relacionados con quitarse la vida o producirse daño voluntariamente, así como sus planes para llevarlo a cabo. Se le ha definido como "intento abortado", en la que la ejecución del acto es interrumpida sin consecuencias médicas o daño físico.^{3, 6, 10, 18, 22,25}

Acto suicida: Todo acto en el que el suicida se cause una lesión a si mismo, cualquiera que sea el grado de intencionalidad letal y el verdadero motivo del acto.^{23, 25}

Estructura familiar: Líneas de parentesco que constituyen al grupo familiar y elementos que lo conforman.²

Dinámica familiar: Sistema de intercambio en las interacciones familiares, específicamente los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia (cohesión), así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y desarrollo (adaptación).²

Abuso sexual: Cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o la familia. Este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para la/el menor.⁷

Adolescencia: Periodo de rápido crecimiento y desarrollo físico, emocional, cognoscitivo y social que se ubica entre la vida infantil y la vida adulta. Puede iniciarse entre los 10 a 13 años y terminar entre los 18 y 21 años. Sin embargo, darle una etapa cronológica es difícil porque si bien puede iniciarse en promedio a los doce años, su final es cuando el individuo alcanza total autonomía lo que depende además, de factores económicos, sociales y culturales.^{32, 33,34}

Depresión: Estado de ánimo bajo o tristeza y pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar, asociándose con los siguientes síntomas: trastornos del sueño, culpabilidad o baja autoestima, astenia o pérdida de energía, falta de

concentración, trastornos del apetito, pensamientos o actos suicidas, agitación o entecimiento de los movimientos del habla, así como disminución de la líbido.⁴¹

1.1.2. SUICIDIO

1.1.2.1. HISTORIA DEL SUICIDIO

Fue Desfontaines en el siglo XVIII el primero que empleó el término suicidio (sui - sí mismo y cidius - matar). A través de la historia, la postura frente al suicidio ha sido diferente según el momento histórico concreto de que se trate, dependiendo de las influencias religiosas, filosóficas, socio-políticas, y sobre todo de las ideas sobre la muerte y el más allá.^{3, 25,26}

En la Europa antigua, sobre todo durante el Imperio Romano, se asumía una posición neutral, e incluso el suicidio se consentía, era considerado un acto honroso. Los antiguos romanos, bajo la influencia del estoicismo, admitían muchas razones legítimas para su práctica.^{21, 25,26}

El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el acto último de una persona libre, mencionaba que: "El vivir no es un bien, si no se vive bien", "Morir antes o después es irrelevante", "La vida no es como para comprarla sea cual sea el precio".^{21,25}

En el siglo IV después de nuestra era, Constantino I llamado "El Grande", oficializó el cristianismo, y con ello se asumió una actitud de rechazo. Para San Agustín, el suicidio era un crimen, y Santo Tomás lo consideraba como un pecado, el mayor de todos, pues usurpaba a Dios la decisión sobre la vida. Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que aquellos que cometieran suicidio no se les podría aplicar los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte, y en la edad media la Iglesia católica romana condenó expresamente esa práctica. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones. Hoy está condenado el suicidio en las religiones cristiana, judía e islámica.^{21, 25,26}

En la Francia del siglo XVII sigue la tradición represiva contra los suicidios, aunque se reconoce que el suicidio podrá ser cometido por personas que no gozan plenamente de sus facultades mentales usando el concepto de "irresponsabilidad". Con todo esto, ya se estaba hablando de aspectos patológicos y se empieza a insinuar que el suicido estaría dentro del campo de la patología. En general, a excepción de los países anglosajones, se crea una "tradición latina" que deja de considerar el suicidio como un delito.²⁶

El suicidio se va a convertir en un concepto que estará entre los límites de lo normal y lo patológico, al igual que antes estaba entre lo natural y lo sobrenatural. Se abre una puerta a la que la medicina debe atender a los suicidios catalogados de patológicos y se muestra una dualidad entre los ámbitos religiosos y médicos.²⁶

Con el advenimiento del Romanticismo el suicidio pierde parte de su carácter peyorativo, se producen ciertas epidemias que atrapan también a algunos de sus principales protagonistas. Ortega lo denominó "mal del siglo". El Werther de Goethe fue considerado como el principal responsable de estas epidemias entre los suicidios románticos. La pieza musical "Triste Domingo" de Rezzo Seress también provocó una oleada de suicidios durante el Romanticismo. Los suicidios

por honor y, sobre todo por amor, ya elogiados en la antigüedad por Virgilio se hacen muy frecuentes al estilo de Otelo o de Romeo y Julieta de Shakespeare; o al de La Celestina, de Fernando de Rojas.²⁶

El fin de la represión del suicidio, coincide con la aparición de las ciencias sociales, que nacen con el capitalismo y la sociedad industrial: se empieza a considerar como un problema social junto con la pobreza.²⁶

En el siglo XVIII, el filósofo Hume asume una postura permisiva-pasiva frente al suicidio. Hume expresó: "Si no es un crimen que ya cambia el curso del Nilo o el Danubio ¿Dónde está el crimen? ¿En cambiar la dirección de unos cuantos litros de sangre?" Hasta este mismo siglo la legislación civil de casi todos los países consideraba al suicidio como una de las más graves y deshonorosas penas, que casi siempre alcanzaban a los familiares del suicida.^{25,26}

A finales del siglo XIX, comienza la era moderna en la interpretación del suicidio, con los trabajos de Emile Durkheim y Freud. En 1897 Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto individualista. Él lo consideraba consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración, así define tres tipos:^{21, 22, 25,26}

1. Suicidio altruista: Es literalmente pedido por la sociedad, debido a su cultura, normas y costumbres. Al individuo no le queda otra opción honorable. Seguir viviendo sería una ignominia. Es el caso del harakiri entre los antiguos samuráis.^{21,22,25,26}
2. Suicidio egoísta: En este caso la persona tiene pocos lazos con la comunidad; son personas que viven solas, no tienen familia ni grupo social o institución con quien relacionarse. No hay prácticamente exigencias sociales para el individuo.^{21,22,25,26}
3. Suicidio anónimo: Se produce por una repentina ruptura en la relación habitual entre la sociedad y el individuo (pérdida de seres queridos, propiedades, prestigio, etc.).^{21,22,25,26}

Freud desarrolla la teoría psicológica del suicidio. Consideró que es un síntoma doloroso producto de tendencias autodestructivas presente en todo tipo de personas, fenómeno intrapsíquico originado primariamente en el inconsciente y en que prima la agresividad y la hostilidad a sí mismo, que no puede exteriorizarse. Zilboorg, retoma el punto de vista freudiano y lo desarrolla; considera el suicidio no sólo como una fuerte hostilidad inconsciente, sino también como una incapacidad poco común de amar a otros. Karl Menninger considera que en todo suicida se encuentran implícitos tres deseos: deseos de matar, deseos de ser matado y deseos de morir. Descubre dos formas de suicidio: "suicidios crónicos" (alcoholismo, invalidez, martirio, psicosis, etc.) y "suicidios localizados" (auto mutilaciones, accidentes intencionados).^{25,26}

Ambos enfoques, el sociológico representado por Durkheim y el psicológico, por Freud, son enfoque unilaterales.^{25, 26}

El islamismo condena de forma explícita el suicidio. Mahoma dijo: "El hombre no muere sino por voluntad de Dios..." por tanto se veía como un acto de insubordinación, rebeldía o pecado. En la India, y bajo la influencia del brahmanismo, los sabios, en su búsqueda del Nirvana se suicidaban frecuentemente en el transcurso de fiestas religiosas.²⁶

El budismo no reconoce un alma independiente, sino un alma-cuerpo interdependiente. Todo se rige por la ley del Karma, por lo tanto, todo es consecuencia del Karma pasado. El objetivo es el Nirvana o estado mental de paz completa.²⁶

En el antiguo Egipto los partidarios del suicidio llegaban incluso a agruparse en asociaciones cuyos miembros buscaban las medidas más agradables para morir. Los suicidios colectivos parecen haber sido un hecho frecuente a través de la historia.²⁶

Plutarco relata una "epidemia suicida" acaecida entre las jóvenes de Mileto y cómo se consiguió acabar con ella al someter a los cadáveres a la vergüenza pública.²⁶

En la Grecia clásica, el suicidio fue un hecho común entre los filósofos. Así, Anaxágoras tras ser injustamente encarcelado cometió suicidio. Su discípulo Sócrates bebió serenamente la cicuta tras haber sido condenado a muerte. Metrocles, que estando un día en una lección, se le escapó una ventosidad involuntariamente y tanto fue el rubor y pena que de ello le sobrevino, que se encerró en un cuarto con ánimo de dejarse morir de hambre.²⁶

En Atenas, si una persona antes de herirse pedía al Senado que se lo autorizase, haciendo valer las razones que le hacían la vida intolerable, y su demanda era atendida favorablemente, el suicidio era considerado como un acto legítimo.²⁶

Ni el Antiguo ni el Nuevo Testamento parecen prohibir el suicidio de forma muy explícita, aunque se encuentran en ellos relatos de suicidio (Sansón, Saúl y Judas).²⁶

Aquino dijo que no se puede disponer libremente de sí mismo porque no se pertenece a sí mismo, en la medida que se forma parte de una unidad, de una familia, de un cuerpo social, no se puede, ni se debe desertar, en un segundo lugar, en cuanto se es criatura de Dios, no se es libre de disponer sobre su vida y su muerte. Consideraba el suicidio como el más grande de los pecados. Así y todo introduce una cierta moderación al añadir el concepto de "irresponsabilidad"; dice que hay una serie de enfermedades vesanas (histeria, epilepsia, etc.) que no tienen que ver con la posesión diabólica con que se relacionaba al suicido en otras épocas. Con estas opiniones se empieza a crear la idea de dividir al mundo religioso y la enfermedad mental.²⁶

1.1.2.2 ETIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Beck, Rush y Shaw (1979), consideran que la etiología implicada en el intento suicida es un continuo en el que hay que otorgarle especial atención a los deseos y a los planes para cometerlo (ideas suicidas), a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza, y a la incapacidad para pedir ayuda. De ahí que una buena evaluación de la conducta suicida permita predecir el riesgo.⁸

Para los sociólogos, la conducta humana esta motivada con mayor intensidad por metas y propósitos sociales que por impulsos biológicos primitivos; ellos consideran que la causa y solución de los conflictos intrapsíquicos están determinadas por los aspectos sociales éticos y culturales del medio en que se desenvuelve el individuo.⁴

Los existencialistas, han puesto de relieve la importancia de la desesperación como causa del suicidio, y han expuesto que la deshumanización de las sociedades actuales conduce a la desesperación. Existen tres corrientes principales dentro del existencialismo, las cuales tratan de explicar cómo el individuo se sumerge en la desesperación y la nada. Parten del significado que le dan a la categoría de lo posible y al uso que hacen de la misma. La primera corriente toma como fundamento la imposibilidad de lo imposible, la segunda, la necesidad de lo posible y la tercera, la posibilidad de lo posible. Para los existencialistas, la depresión y el suicidio se producen cuando el individuo descubre que ha perdido sus posesiones simbólicas, como lo son el poder, el prestigio social, las funciones, la identidad o los valores, y por esto su mundo carece ya de sentido para él.⁴

Para los teólogos, morir significa gozar definitivamente de la presencia de Dios. Miran a la muerte desde la perspectiva del hombre entregado por completo a Dios, por eso la vivencia del tiempo toma un carácter intemporal y eterno; así, ansían la muerte, para obtener su deseada unión con el amado.⁴

Para los bioquímicos el estado de ánimo es una compleja interacción de factores internos y externos que permiten al individuo darse cuenta de su propio bienestar, al mismo tiempo que actúan como un mecanismo adaptativo que asegura la sobrevivencia del organismo. Para ellos la depresión se instala cuando se desequilibran los mecanismos de control bioquímico y concluyen que, cuando no regresan a la normalidad dichos mecanismos, se presenta el suicidio.^{4,9}

Los psicoanalistas contemplan las acciones del individuo como resultado de fuerzas poderosas que ellos aplican al inconsciente y sobre las cuales el individuo tiene sólo un control limitado. Algunos exponen que el suicidio es un homicidio llevado a cabo contra un objeto interno o internalizado, que se ha vuelto altamente frustrador y persecutorio, desde un nivel de idealización previa.⁴

Beaclar describe varios significados posibles:

1. La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.^{19,23}
2. El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona.^{19,25}
3. El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea auto castigarse para mitigar la culpa.¹⁹
4. El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.^{19,25}
5. La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad.¹⁹
6. La llamada de atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro.^{19,25}
7. El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.^{19,25}
8. El juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.¹⁹

Kovacs, menciona que no puede considerarse la conducta suicida del joven como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir; dice que el intento suicida involucra un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el de seguir vivo. El adolescente que intenta suicidarse, lucha internamente entre ambos deseos.¹⁹

Haim, refiere que el factor más significativo del adolescente que intenta suicidarse, es su capacidad interna de elaborar y superar los procesos de pérdida y duelo por los que pasan, de manera que prolonga sus sentimientos de decepción y dolor. Así la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado por algunos jóvenes para manejar tanto el estrés como las situaciones indeseables en la vida.¹⁹

Ferberow menciona que, en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos.^{19,23}

La mayor parte de estas teorías consideran al suicidio como un aspecto de la depresión, pero no se puede aplicar una sola teoría a todos los suicidas ni existe ninguna que explique adecuadamente el suicidio. El suicidio tiene una génesis multifactorial.⁴

1.1.2.3. ETAPAS DEL SUICIDIO

Beck, Steer y Ranieri (1988) afirman que los suicidas tienen un estilo cognoscitivo peculiar, diferente de los individuos normales y de los que tienen perturbaciones emocionales que no los orillan al suicidio. Según Beck, la ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos, sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados.^{8,23}

De acuerdo con Bonner y Rich, el proceso suicida está integrado por varias etapas que inician con una ideación suicida pasiva; ideas de muerte que consisten en tener deseos de morir sin pensar en quitarse la vida, se hacen fantasías y se piensa en él como una forma de solucionar sus conflictos; pasan por etapas más activas de contemplación del propio suicidio, por la planeación y la preparación; cuando la idea de suicidarse ocupa por completo el pensamiento del sujeto, éste imagina que lo lleva a cabo (ideación y fantasías suicidas), la ideación suicida, en la que hay pensamientos relacionados con quitarse la vida o producirse daño voluntariamente en la que muchos de sus síntomas son similares a los de la depresión; pasa por la ejecución del intento hasta llegar a su consumación;

cuando el sujeto piensa y ensaya un método, se crea un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta que comete el acto suicida.^{5, 6, 7, 8, 10, 23}

1.1.2.4. CLASIFICACIÓN DEL SUICIDIO

En la Clasificación Internacional de Enfermedades-9 (CIE-9) el suicidio y las lesiones auto infligidas quedan incluidas en las categorías comprendidas entre E 950 a E 959;²⁵

E 950. Suicidio mediante sustancias sólidas o líquidas (barbitúricos y otros psicofármacos).

E 951. Suicidio mediante gases de uso doméstico (gas de balón, etc.).

E 952. Suicidio mediante otros gases y vapores (monóxido de carbono).

E 953. Suicidio por estrangulación, ahorcamiento y sofocación (incluye sofocación por bolsa plástica).

E 954. Suicidio por sumersión (ahogamiento).

E 955. Suicidio por arma de fuego y explosivos (por arma de cañón corto, escopeta y fusil).

E 956. Suicidio por instrumentos cortantes y punzantes (cuchillo, navaja, punzón, etc.).

E 957. Suicidio por precipitación (de lugares naturales o creados por el hombre).

E 958. Suicidio por otros medios y los no identificados (quemadura, accidentes automovilísticos, colocación o salto delante de objeto móvil y electrocución).

E 959. Efectos tardíos de lesiones auto infligidas.²⁵

Como se puede observar, en la CIE-9 el suicidio se puede clasificar según el método empleado, al respecto también existe una clasificación simplificada:

1. Suicidio por métodos violentos o duros (arma de fuego, ahorcamiento, precipitación).

2. Suicidio por métodos pasivos o suaves (ingestión de psicofármacos).²⁵

El suicidio también se puede clasificar según su forma clínica:^{21, 25}

1. Suicidio ampliado. Es aquél en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir. Como en el caso de una madre con una depresión nihilística que asesina a su hijo para evitarle "los sufrimientos que la vida conlleva".^{19, 21, 25}

2. Suicidio por desesperación. Es el que ocurre en el marco de una situación con gran repercusión afectiva en sujetos con poca tolerancia a las frustraciones. Como en un fracaso amoroso y pérdida de un ser querido.^{19, 21, 25}

3. Suicidio por miedo. Se trata de evitar una situación muy temida. Como la pérdida de la virginidad en familias moralistas.

4. Suicidio por venganza o chantaje. El suicida, con su muerte, pretende castigar a otros. Por ejemplo, persona histérica que frente a un conflicto se suicida dejando una nota que inculpa al amante.^{19, 21, 25}

5. Suicidio por sacrificio. La muerte tiene una finalidad política, religiosa.^{19, 21, 25}

Josset y Moreau de Tours, realizan la siguiente clasificación del suicidio:

Suicidio maniático: consecuencia de alucinaciones o concepciones delirantes. El enfermo trata de escapar de un peligro o vergüenza imaginarios u obedecer una orden misteriosa.²¹

Suicidio melancólico: estado general de extrema depresión que hace que el suicida no aprecie los vínculos que tiene con las personas y las cosas que lo rodean; "todo lo ve negro". A menudo en esta disposición general vienen a incrustarse alucinaciones o ideas delirantes. Preparan con calma sus medios de ejecución y despliegan una perseverancia y astucia, a veces increíbles.²¹

Suicidio obsesivo: el suicidio no se causa por motivo real o imaginario; sino por la idea fija de muerte. El enfermo está obsesionado con el deseo de matarse, aunque sepa que no tiene ningún motivo para hacerlo. A este tipo de suicidio también se le llama ansioso.²¹

Suicidio impulsivo o automático: resulta de una impulsión brusca e inmediatamente irresistible; sin ninguna razón que lo justifique, en un abrir y cerrar de ojos, surge la idea y suscita el acto o, al menos, un comienzo de su ejecución.²¹

1.1.2.5. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

En las estadísticas de mortalidad del INEGI, se reporta un incremento importante en las muertes por suicidio en adolescentes, correspondiendo en 1990 al 8%, con respecto al total de muertes violentas, y en el 2003 correspondió al 23%, situándose dentro de las diez principales causas de muerte.²⁴

El porcentaje de muertes por suicidio, reportados por el INEGI en las Estadísticas de Mortalidad, con respecto al total de muertes violentas por entidad federativa y sexo en el 2003, para los Estados Unidos Mexicanos fue de 7.8%; en los hombres se observó una mortalidad del 8.2%, y del 6.4% para las mujeres; no se especificó el sexo en el 1.4% de los casos. El porcentaje más alto de mortalidad por suicidio, se reportó en el estado de Yucatán, con un porcentaje del 20.3, siendo en los hombres del 21.9% y en las mujeres del 14.6%. En el Distrito Federal, la mortalidad fue del 9.5%, siendo en los hombres del 9.9% y en las mujeres del 8.0%. Los porcentajes más bajos de mortalidad se reportan en el estado de Chiapas, con un 2.6%, para los hombres se reporta el 2.8%, y para las mujeres el 1.7%.²⁴

El INEGI en sus Estadísticas de Mortalidad, reporta un total de suicidios registrados según causa en el 2003, en los Estados Unidos Mexicanos de 3 327 casos, correspondiendo 246 casos a causas amorosas, 110 a dificultad económica, 301 a disgusto familiar, 170 a enfermedad grave e incurable, 140 a enajenación mental, 42 a remordimiento, en 2 037 casos se ignora la causa, y 281 corresponden a otras causas. En el Distrito Federal se reporta un total de 221 casos, de los cuales corresponden, 16 a causas amorosas, 9 a dificultad económica, 21 a disgusto familiar, 14 a enfermedad grave e incurable, 11 a enajenación mental, en 127 casos se ignora la causa, y 23 corresponden a otras causas.²⁴

Conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, a menudo se carece de datos reales sobre los casos de suicidio o éstos son incompletos, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o enmascarar el suceso, por lo que se prefiere atribuir la muerte a una causa accidental más que a una intencionada. Por el otro lado, las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en los registros oficiales; al respecto, es

conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos. En la mayoría de los países, el suicidio ocupa el siguiente lugar después de los accidentes, como la causa principal de defunción entre los jóvenes (OMS 1995). Las mujeres intentan quitarse la vida en una proporción aproximada de tres a uno con respecto a los varones, aunque éstos en mayor medida lo consuman (en una proporción de tres a uno) debido a que tienden a utilizar métodos letales.^{5, 6, 8, 9, 10, 11, 15, 21, 25}

Aunque tradicionalmente se le ha considerado como una expresión de los conflictos mentales subyacentes y prolongados como la depresión, a veces el suicidio no se relaciona con patologías mentales declaradas, y su latencia, en estos casos, es más bien corta. Los intentos de suicidio, o "gestos" como se denominan en ocasiones, son bastante infrecuentes antes de la pubertad, la incidencia aumenta a los 13 a 15 años de edad y alcanza un pico entre los 16 y 17 años antes de declinar a niveles más bajos en la edad adulta.^{8, 9, 10, 18, 20}

Alrededor de un tercio de los que cometen suicidio efectuaron un intento previo; así los que intentan suicidarse están expuestos al mayor riesgo de consumir más adelante el suicidio.^{9, 10, 18}

En 1996 se tiene registrado en el INEGI la información de la morbilidad hospitalaria, como los suicidios y las lesiones auto infligidas, en el Distrito Federal entre los 15 y 24 años fue de 988; 771 eran varones y 217 mujeres, lo que los coloca como la tercera y cuarta causa de muerte, respectivamente.⁸

En México en 1997, se reportaron 3370 suicidios consumados en toda república, pero según el INEGI, sólo se reportaron 340 intentos de suicidio en el mismo año.⁶

En 1999 la tasa de mortalidad en México, por suicidio, fue de 3.4 por 100 000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Los datos de la Secretaría de Salud indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó en 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres.⁶

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional. En la mayoría de los países el suicidio se encuentra dentro de las diez principales causas de mortalidad general, y en muchos de ellos se ubica entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de 15 a 34 años de edad del sexo masculino. Sin embargo, los datos sólo se aproximan a la realidad, pues sólo se registra y se atiende a uno de cada cuatro intentos de suicidio. Debe tenerse en cuenta que por cada suicidio consumado existen de ocho a diez tentativas fallidas. Se ha calculado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados, y se ha identificado al intento como uno de los mejores predictores del suicidio consumado.^{5, 6, 8, 11, 21, 25}

1.1.2.6. MÉTODOS DE SUICIDIO

Se ha reportado que el medio más utilizado con fines suicidas por los hombres fue el ahorcamiento, estrangulación o sofocación (53% de todas las muertes por suicidio), mientras que para las mujeres el ahorcamiento y la ingestión de sustancias tuvieron porcentajes muy similares (33 y 32% respectivamente). Los tóxicos más frecuentemente utilizados para fines suicidas y relacionados con

fallecimientos lo constituyen los antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas de los cuales el clonazepam fue el más utilizado, seguido por el diazepam, otros fueron la carbacepina, raticida, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), psicotrópicos y agentes cardiovasculares. Diferentes estudios reportan que en promedio el número de sustancias empleadas varía de una sola hasta ocho diferentes tipos de sustancias, la dosis empleada varía entre 11 y 70 tabletas; se han reportado otros métodos como gases y humos. El uso de arma de fuego y explosivos le siguen en importancia para los hombres (33%) y para las mujeres (25%). En otros estudios se reporta el arma de fuego y explosivos en primer lugar, seguido en orden de frecuencia por el ahorcamiento para los varones, mientras que para las mujeres consiste en arrojarse desde edificios altos. ^{1, 7, 9, 10, 11, 13, 16, 23}

Otros autores refieren que dentro de los métodos empleados en el intento de suicidio, se ubica en primer lugar: la sobredosis de medicamentos (70 – 90 %), en segundo lugar: cortarse las venas con objetos punzo cortantes, frecuentemente el cutter, la navaja o el vidrio (30%), en tercer lugar: intoxicación (6.6%), y en cuarto lugar: lanzarse al vacío (3.3%). ^{2, 3, 7, 20, 22, 23, 29}

1.1.2.7. FACTORES DE RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA Y SUICIDIO

Botega y Forster (2002), refieren que existen dos tipos de factores de riesgo: los fijos y los modificables. ²³

Los factores de riesgo fijos, son aquellos en los que no existe la posibilidad de cambiarlos, incluyen intento de suicidio previo, ideación suicida del momento, factores genéticos, género, edad, etnia, estado civil, situación económica y orientación sexual. ²³

Los factores de riesgo modificables son los de ansiedad, la desesperanza, (identificada como factor de riesgo mayor para suicidio y que predice el riesgo a largo plazo, pero no a corto plazo), acceso a medios para cometer suicidio, interrupción del tratamiento psiquiátrico, aislamiento social, enfermedades médicas. ²³

Entre los factores determinantes del intento de suicidio están la fantasía de muerte, el impulso autodestructivo, los factores situacionales, los trastornos comórbidos, como alcoholismo, fármaco dependencia, depresión, trastornos de somatización y enfermedades médicas. Es frecuente encontrar antecedentes de intento de suicidio o suicidios consumados en familiares de estos menores. ^{3, 8, 13, 22}

Entre los factores precipitantes para un intento de suicidio en menores, están la disfunción familiar y la presencia de problemas interpersonales sin que hubiera apoyo familiar durante el mes anterior al intento, las crisis disciplinarias y legales, pérdidas, exposición al suicidio o conducta suicida de familiares o amigos, acumulación de circunstancias vitales adversas y, en un pequeño número de casos, lecturas sobre suicidio en periódicos o novelas. ^{2, 9, 22}

Kjelsberger identificó una combinación de factores de riesgo con un poder predictivo de intento suicida del 84%. Tales factores fueron entre otros, la falta de apoyo familiar, abuso verbal, pérdidas considerables antes de los dos años de edad, síntomas depresivos, actitud de rechazo a la ayuda, dificultades de aprendizaje y baja autoestima. Por otro lado, Pelcovitz destaca la falta de

cohesión familiar como factor de riesgo predictivo de la ideación suicida y conductas relacionadas con el intento de suicidio.^{2,9}

Los factores desencadenantes de la conducta suicida abarcan tres áreas principales de conflictos: con la familia, con novios o amigos y con la escuela. Se ha mencionado el grado de exigencia que existe, por ejemplo el ambiente del colegio, así como la situación competitiva.^{10,21}

La persona que planea un intento no suele guardar en secreto su intención suicida; está puede detectarse por sintomatología depresiva, así como por mensajes verbales o conductuales directos o indirectos, los cuales pueden funcionar como señales de alarma.^{3,10}

La mayoría de las muertes por suicidio afectan a los individuos poco después de que un evento que provoca estrés o una intoxicación ha inducido una emoción extrema. El hecho de que un individuo predispuesto que sufre estrés adopte o no una conducta suicida depende de: 1) el acceso a los medios para cometer el suicidio, y 2) posiblemente, factores como si la familia y los pares del individuo consideran el suicidio como una conducta legítima, comprensible o justificada o como un acto menos comprensible o romántico.^{9, 18,19}

1.1.2.7.1. FACTORES DEMOGRÁFICOS

El suicidio consumado afecta en mayor medida al sexo masculino, el intento de suicidio es más común en menores del sexo femenino. Lo anterior se debe al tipo de método utilizado por los pacientes, ya que en el sexo masculino éste es de mayor letalidad, y está en estrecha relación con el consumo y abuso de alcohol y drogas, por lo que llegan a consumir el suicidio con mayor frecuencia. Las mujeres pueden llegar a presentar una conducta manipuladora en mayor grado.^{1, 3, 4, 9, 15, 16, 18, 22,23}

A partir de mediados de la década de los setenta comienzan a aparecer suicidios en el grupo de infantes y escolares (0 a 14 años).^{1,4}

Antes de la pubertad es poco común el suicidio, pero se puede considerar que hay intentos de suicidio o suicidio alrededor de los siete años, pues en esta etapa el niño ya tiene definido el concepto de muerte. El suicidio entre la población de siete a once años se ha considerado muy extraño, pero se observa un aumento en la frecuencia con que se presenta, probablemente por la precocidad intelectual de hoy en día ya que es necesario desarrollar ciertas habilidades cognitivas para poder planearlo y tener ciertas preocupaciones que no se puedan resolver.^{3, 4, 9, 16, 18,29}

Entre los once y los catorce años el adolescente abandona los valores de los padres, busca su independencia emocional y su autonomía sin contar con suficientes recursos psicológicos para enfrentar sus frustraciones, además de que siente con gran intensidad sus emociones.^{3,4}

Más de la mitad de los adolescentes que cometen suicidio tienen 18 o 19 años. Se han propuesto tres probables explicaciones: a) menos exposición al estrés y factores de riesgo; los adolescentes tempranos son aún en parte dependientes de sus padres, lo que les provee mayor apoyo emocional y social; b) a menor edad menor tasa de prevalencia de trastornos del ánimo, y c) factores madurativos.^{9, 15,18}

1.1.2.7.2. FACTORES GENÉTICOS

Una historia familiar de suicidio esta asociada a conducta suicida en todas las fases del ciclo vital y a intentos violentos, que su vez, están en íntima asociación con un trastorno psiquiátrico. Los estudios de gemelos en adultos que cometen suicidio muestra mayores tasas de concordancia para suicidio en gemelos monocigotos, lo que sugiere que la alta incidencia familiar no es sólo una función de la imitación o la sugestión, sino que puede ser un marcador de herencia de un trastorno del estado de ánimo u otras características predisponentes. Estudios sobre el patrón de la herencia genética del comportamiento suicida indica que se trata de una herencia poligénica con presencia del alelo L en el gen codificador de la enzima TPH (triptofano hidroxilasa), involucrada en la biosíntesis de la serotonina, y ello está asociado a un aumento del riesgo del intento de suicidio.^{9, 23}

1.1.2.7.2. FACTORES SOCIOCULTURALES

El suicidio se ha asociado con escaso apoyo social. El estado civil incide en el suicidio del siguiente modo: los que no se han casado nunca tienen un mayor riesgo, seguidos en orden descendente por los viudos, separados y divorciados, los casados sin hijos y los casados con hijos. El estar casado, reforzado por los hijos, parece disminuir significativamente el riesgo de suicidio. Los pacientes que están solos y han perdido un ser querido o fracasado en una relación amorosa del último año tienen mayor riesgo. El individuo que tenga uno o dos grandes amigos está más protegido que aquel que vive aislado, vive solo o tiene pocos amigos.^{15, 23,25}

Los mecanismos que median las diferencias culturales no son claros en modo alguno; no parecen estar en función de una subcomunicación selectiva ni de la firme asociación entre la clase social y el grupo étnico. El catolicismo romano establece una firme prohibición respecto al suicidio; sin embargo, en países predominantemente católicos se observan las tasas más altas y más bajas de suicidio. Es posible que otras creencias menos explícitas incidan en la tasa, por ejemplo, que el suicidio es un signo de cobardía o de insania, lo que podría inhibir la conducta en individuos quizá predispuestos, por lo demás, a cometer suicidio. El aislamiento social, se asocia con riesgo de suicidio, pero no todas las relaciones sociales protegen al individuo: sectas religiosas, grupos terroristas y prisioneros están más propensos al suicidio. Examinando el sitio de residencia se observa que el mayor porcentaje de suicidios corresponde a la zona urbana, en sus estratos socioeconómicos medio y bajo.^{9, 22,23}

1.1.2.7.3. FACTORES OCUPACIONALES

Las características que pueden aumentar el riesgo de que se presente la ideación suicida entre los estudiantes son: cursar el nivel de secundaria, interrumpir los estudios por más de seis meses y considerar que su desempeño escolar es malo. Con respecto a la ocupación, la conducta autodestructiva se observa más frecuentemente en empleados, seguido de los que se dedican a las labores

domésticas, pues cuanto menor preparación tenga el individuo, mayor desgaste físico sufrirá en la realización de su trabajo y menos satisfactores internos y externos obtendrá, lo que propiciará las crisis existenciales y la conducta suicida. La jubilación, cuando no fue bien elaborada, puede venir acompañada de desesperanza, sentimientos de incapacidad e improductividad, además de depresión, pudiendo tomarse en un factor de riesgo. Mientras mas alta es la posición de individuo, mayor es el riesgo de suicidio, el descenso de la posición social también aumenta el riesgo.^{4, 5, 6, 15, 23,25}

La actividad profesional es un factor clave en el riesgo del suicidio. Entre las profesiones de mayor riesgo están la carrera militar y la medicina (oftalmólogos, anestesiólogos y psiquiatras). Pues estos tienen mayor conocimiento de cómo morir.^{15, 23}

1.1.2.7.4. FACTORES PSICOLÓGICOS

La mayoría de los paciente suicidas tienen una historia reciente de pérdida, que puede ser real, imaginada o temida, y existe un evento reciente en la vida de la persona que parece funcionar como desencadenante, como divergencia o pérdida de alguien importante, disolución de una relación amorosa, embarazo no deseado o aborto reciente. Los factores psicosociales en los que intervienen específicamente la relación intrafamiliar, la falta de apoyo social, las medidas disciplinarias, las pérdidas tempranas y las situaciones humillantes, como la discordia y la ruptura de su relación con personas significativas, son indicadores potencialmente importantes para comprender la conducta suicida.^{8, 15,23}

El carácter de impulsividad, de dependencia a expectativas irrealistas, puede interferir en el riesgo de suicidio. Una persona impulsiva, puede, súbitamente, pensar que el suicidio terminaría con su sufrimiento y actuar en consecuencia. Individuos que son dependientes de otros para mantener su autoestima, a pesar del apoyo existente, siempre se sienten frustrados y pueden acabar intentando el suicidio.^{4,23}

En cuanto al deseo de morir, se infiere si el sujeto abrigó la esperanza de que su medio ambiente actuara oportunamente evitando su autodestrucción o si no lo hizo. Se ha observado que más del 50% de los suicidas, sí deseaban morir, por lo que se realizó el acto en sitios en los que la privacidad era alta, impidiendo así la ayuda externa. El otro porcentaje permanece cerca de otras personas durante el suicidio, sin lograr alcanzar la ayuda solicitada inconscientemente.^{4,19}

Más del 90% de los pacientes que intentan suicidarse muestran un trastorno psiquiátrico mayor, la depresión es, con mucho, el diagnóstico más común asociado al suicidio. Si el paciente deprimido experimenta además, síntomas sicóticos, aumenta notablemente el riesgo de suicidio.^{16, 21, 23,29}

1.1.2.7.5. FACTORES MIXTOS O AMBIENTALES

En relación a la hora, se observa una mayor incidencia de suicidios por la tarde, de lo cual se infiere que, al concluir sus actividades diarias, el sujeto suicida no logra encontrar estímulos en su entorno, y se sumerge en una soledad desintegrante, que lo impulsa a la autodestrucción. El día de la semana en que se

presentaron suicidios con mayor frecuencia fue el domingo. Los periodos del año con mayor número de intentos de suicidio fueron al finalizar el invierno y principiar la primavera.^{4,13}

1.1.2.7.7. HISTORIA DE INTENTOS Y AMENAZAS

El antecedente de haber intentado el suicidio previamente también constituye un factor de riesgo para volver intentarlo y para consumarlo. Se ha visto que el principal factor de riesgo en los hombres es el ambiente familiar, y en las mujeres lo son además del ambiente familiar disfuncional, el sentirse en desventaja con sus amigas, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con la madre y el preferir aislarse en situaciones problemáticas.^{10, 11, 22}

La persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales. Entre el 20 y el 50% de los adolescentes que intentan suicidarse por primera vez efectuarán un segundo intento. Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que 10% se suicidan dentro de los 10 años siguientes. Los mejores factores predictivos de intentos reiterados son el sexo masculino y el uso de un método distinto de la ingestión. El riesgo de segundo intento es mayor dentro de los 3 primeros meses después del primero. Incluso los pacientes que realizan intentos suicidas crónicos y manipuladores a menudo consuman el suicidio.^{5, 9, 15, 16, 18, 20, 22}

Un intento de suicidio es uno de los fuertes predictores de suicidio. Quienes han efectuado una tentativa presentan un riesgo 100 veces mayor que el de la población general de autoeliminarse. Se estima que eventualmente el 10% pone fin a su vida, y alrededor de 30% de quienes cometen un intento lo reiterara en el futuro. Una forma de expresar el riesgo suicida es mediante tasas estandarizadas de mortalidad (TEM), cociente que divide los casos observados por los esperados para un determinado grupo.^{22, 25}

Se han identificado un conjunto de variables predictivas de reiteración: tentativas previas al intento índice, un intento índice severo, historia familiar de trastornos por uso de alcohol o drogas, calificación negativa de la infancia, sentimientos de decepción y un bajo apoyo social.^{22, 25}

1.1.2.7.8. TRASTORNOS FÍSICOS

El uso de ciertas drogas, como los corticosteroides, antihipertensivos y algunos anticolinérgicos pueden producir depresión, pudiendo llevar al suicidio. Pacientes en hemodiálisis constituyen un importante grupo de riesgo. Una enfermedad física está presente en el 25 a 75% de todas las víctimas de suicidio. El cáncer de mama o genital se encontró en el 70% de las mujeres con cáncer que cometieron suicidio. Otras enfermedades del sistema nervioso central que aumentan el riesgo de suicidio son esclerosis múltiple; enfermedad cardiovascular, demencia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, epilepsia, enfermedad de Cushing, anorexia nervosa, síndrome de Klinefelter y porfiria. Patologías gastrointestinales como úlcera péptica y cirrosis, generalmente relacionadas a alcoholismo; una

condición urogenital de mayor riesgo es la hipertrofia prostática. Todos estos son factores en los cuales frecuentemente se asocia un trastorno del humor.^{23,25}

1.1.2.8. INDICADORES DE RIESGO SUICIDA²²

Variable	Alto riesgo	Bajo riesgo
Sociodemográficas		
Edad	Mayor de 45 años	Menor de 45 años
Sexo	Varón	Mujer
Estado civil	Divorciado o viudo	Casado
Empleo	Desempleado	Empleado
Relación familiar	Conflictiva	Estable
Salud		
Física	Enfermedad crónica	Sano
	Hipocondría	Sentimiento de bienestar
	Abuso de sustancias	Bebedor social
Mental	Depresión mayor	Depresión
	Psicosis	Neurosis
	Personalidad anormal	Personalidad neurótica
	Desesperanza	Optimismo
Suicidio		
Ideación suicida	Frecuente	Transitoria
Intentos previos	Frecuentes	Ocasionales
	Planificados	Impulsivos
	Desprotegidos	Protegidos
	Medios disponibles y letales	Medios con baja letalidad
Red		
Personal	Pobres logros	Buenos logros
	Poco insight	Alto insight
	Pobre control de afectos	Mejor control de afectos
Social	Escasas relaciones	Buenas relaciones
	Familia irresponsable	Familia comprometida
Creencias	Ateo, agnóstico	Practicante

Aunque son útiles para estimar el grado de peligro del paciente, los factores de riesgos de suicidio, demográficos y personales están lejos de ser predictores infalibles. Ningún factor o combinación de factores de riesgo tienen una especificidad o sensibilidad suficiente para seleccionar a los pacientes con ideación suicida que van a intentar posteriormente el suicidio. Una buena predicción exige la valoración por parte del médico del grado de intención suicida actual del paciente, proyectando esta estimación al futuro inmediato. El médico debe juzgar la calidad de los controles, tanto internos como ambientales, de que dispone el paciente para contrarrestar el intento suicida.^{15, 19,22}

1.1.2.8. FACTORES PROTECTORES

Se ha observado que los factores protectores son: la alta autoestima asociada con un locus de control interno, y la percepción de que sus padres establecen una buena relación con ellos, el percibir apoyo real cuando buscan ayuda, consejos y/o consuelo, el estar casado y el tener hijos. Esta protección de la que gozan los casados puede atribuirse a una de las dos causas siguientes: a) influencias del medio doméstico: entonces será la familia la que, por su acción, neutralizaría la tendencia al suicidio o le impediría hacer su explosión, b) el matrimonio. Entre ellos están el sentimiento de responsabilidad con la familia, miedo de desaprobación social, moral u objeción religiosa, y miedo a la muerte.^{11, 21, 23}

1.1.2.10. EL ABUSO SEXUAL ASOCIADO A LA IDEACIÓN SUICIDA

El abuso sexual es perpetrado en la niñez, éste podría considerarse como un factor de riesgo para intentar suicidarse, por lo que su prevención también podría disminuir significativamente la conducta suicida. Tanto el abuso sexual como el intento suicida pueden afectar el estado de salud mental de quien los ha experimentado. En su gran mayoría este abuso es perpetrado por sus familiares y, en general, las niñas corren alrededor del doble de riesgo que los niños de que abusen sexualmente de ellas en la infancia, y a menor edad.^{7, 10, 18}

El abuso sexual está asociado con una gran cantidad de problemas de salud mental en la adolescencia y en la edad adulta. En las mujeres se han reportado como efectos a largo plazo del abuso sexual infantil problemas tales como el trastorno por estrés postraumático, la depresión, la ideación y el intento suicida, la insensibilidad emocional, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia del alcohol o de las drogas, victimización sexual posterior y maltrato por parte de la pareja, entre otros.^{7, 18}

En los hombres, se han encontrado, entre otros efectos, la ansiedad fóbica, la depresión, y la obsesión-compulsión, así como la baja autoestima, ideación e intento suicidas y el abuso de sustancias.⁷

Las estadísticas disponibles en México son escasas y no necesariamente reflejan la realidad. Esto se debe al deficiente sistema de registro, y a que muchos actos de abuso sexual no son denunciados ni por la víctima ni por los testigos por desconocimiento, culpa, vergüenza o por estigmas sociales, morales o religiosos.⁷

En un estudio realizado en nuestro país, se observó que 7% de las mujeres y 2% de los varones reportaron haber experimentado el abuso sexual; y 11% de las mujeres y 4% de los hombres habían intentado suicidarse. Los varones no reportaron estos dos problemas, mientras que de las mujeres que habían intentado suicidarse, el 12% había sido también víctima de abuso sexual. La frecuencia de malestar depresivo y de la ideación suicida, actuales en los hombres fue de 14% y 15%, respectivamente. En las mujeres fue de 18% en ambos indicadores. De los hombres que habían intentado suicidarse, 50% presentó malestar depresivo e ideación suicida actuales, y en las mujeres que habían sido atacadas sexualmente y que habían intentado suicidarse, se presentó una alta proporción (67%) de esta problemática.⁷

1.1.2.11. ANORMALIDADES DE LOS NEUROTRANSMISORES

Se han identificado una serie de correlatos biológicos de suicidio en personas que cometen suicidio y en los que lo intentan. El hallazgo reproducido con mayor frecuencia es la presencia de concentraciones significativamente más bajas del metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo, asociado con hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal, con altos niveles de cortisol libre en la orina de los que intentan suicidarse y los que consuman el suicidio.^{9, 19, 23,28}

Hay cierta evidencia de que los bajos niveles de serotonina se asocian con una conducta lábil impulsiva y agresiva, y estos rasgos de carácter pueden ser los correlatos más importantes.⁹

Un grupo de investigadores observó una tasa de suicidio consumado en un año del 21% en adultos que intentaron suicidarse, en quienes el nivel de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo era inferior a 90mc/dl, mientras que la tasa de mortalidad fue sólo el 2% en adultos con niveles más altos que intentaron suicidarse.^{9,19}

Las neuronas serotoninérgicas que inervan el cortex cerebral están probablemente localizadas en los núcleos del rafe, y los pacientes suicidas tienen cantidades disminuidas de serotonina en estos lugares del cerebro. Algunos estudios demuestran que existe un menor número de neuronas noradrenergicas en el locus ceruleus (lugar donde deriva la inervación noradrenergica del cortex cerebral).^{23,28}

1.1.2.12. SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL

Los problemas de salud mental son muy frecuentes en la práctica cotidiana del médico de familia. La prevalencia estimada en nuestro país se sitúa en torno al 30%.¹⁴

La mayoría de los adolescentes que cometen suicidio presentaban evidencia de un trastorno psiquiátrico en el periodo previo a la muerte. Otros autores mencionan que no se trata de un trastorno psiquiátrico específico, siendo mas bien expresión de problemas psicopatológicos del medio que rodea al sujeto. Se ha observado que el 33% de los adolescentes tienen un trastorno de conducta asociado, a menudo de larga evolución, y alrededor de un cuarto de ellos tienen diagnósticos de depresión mayor. Los diagnósticos más comunes entre estas víctimas de suicidio son la depresión, la ansiedad, los trastornos de conducta, delirios; como el delirium tremens, o estados tóxicos, como por intoxicación por LSD o PCD (fenciclidina), en los que los individuos pueden responder a alucinaciones o ideas delirantes que incitan a un suicidio inadvertido, desmoralización, enfermedad terminal, o dolor crónico, incluso a falta de depresión diagnosticable. Padece un trastorno psiquiátrico o de personalidad con elementos agresivos e impulsivos, o perfeccionistas y rígidos, constituye un factor de riesgo para presentar conducta suicida.^{9, 10, 13, 14, 15, 18,22}

En un estudio realizado en el Distrito Federal, en pacientes que acudieron a consulta de primeras vez se detecto disfunción familiar relacionada con los siguientes tipos de trastornos mentales, en orden de frecuencia: trastorno por

ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor, distimia, trastorno por angustia con agorafobia, trastorno por angustia sin agorafobia, agorafobia sin trastorno por angustia y fobia social. ^{14,21}

En las mujeres los trastornos psiquiátricos del posparto van asociadas a un riesgo de suicidio algo superior. Las psicosis generan un riesgo de suicidio en determinadas situaciones:

1. Si los síntomas incluyen paranoia o alucinaciones de mandatos que instan a la autodestrucción. ^{15,21}
2. Los pacientes depresivos con delirios son los de más riesgo. ^{15,21}
3. Los pacientes esquizofrénicos que se suicidan pueden desarrollar una depresión o desmoralización secundaria que les impulse al suicidio. ^{15,21}

1.1.2.13.IMITACIÓN Y EFECTO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La conclusión de que el suicidio, sobre todo en los adolescentes, puede ser imitado o inducido en individuos vulnerables proviene de varias fuentes diferentes, entre ellas: ⁹

1. Ejemplos demostrados de suicidio "de imitador" que han ocurrido a las pocas horas de que un adolescente vio una película, leyó un libro o vio noticias respecto de un suicidio.
2. La aparición de grupos de suicidas en una escuela secundaria u otra comunidad cerrada, que se considera que reconocen una base imitativa.
3. Las investigaciones ampliamente uniformes que han mostrado una relación entre aumentos de breve duración de la tasa de suicidio y la cobertura repetida, destacada de un suicidio en los diarios o en la televisión.
4. Un efecto similar después de ver programas de televisión de ficción que representan suicidios de adolescentes.

La investigación acerca de los adolescentes que formaron parte de un grupo de suicidas indicó que los adolescentes que estaban en la categoría de "imitador" tenían antecedentes de una entidad psicopatológica o conducta suicida previa. ⁹

La publicación de "Los sufrimientos del Joven Werther de Goethe" fue seguida de una epidemia de suicidios. ²⁶

1.1.2.14.CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SUICIDIO Y DEPRESIÓN ASOCIADA

Los adolescentes que intentan suicidarse caen dentro de uno de dos grupos. El primero, integrado predominantemente por adolescentes mayores, que tienen mayor probabilidad de presentar una enfermedad psiquiátrica definida (la mayoría de las veces depresión), indica sentimientos de desesperanza y desesperación, y han hecho un intento potencialmente letal. El segundo grupo es más común y consiste en individuos más jóvenes, sobre todo del sexo femenino. Estos individuos efectúan intentos menos serios, que suelen ser precipitados por una crisis interpersonal aguda. Es probable que tengan un diagnóstico de trastorno adaptativo. ^{9, 16, 18, 21,29}

Es evidente que no todos los adolescentes que intentan suicidarse están deprimidos, y de modo similar, no todos los adolescente deprimidos son suicidas.

Las comparaciones entre adolescentes deprimidos, suicidas y no suicidas sugieren que los primeros suelen ser más agresivos y es menos probable que sean retraídos.⁹

Los síntomas que tuvieron una frecuencia significativamente mayor en aquellos que por fin consumaron el suicidio comprenden las características de depresión severa como retardo psicomotor, retraimiento social, desesperanza, hipersomnolencia y la creencia que padecían una enfermedad mental.^{9, 10, 17, 18, 21}

La manipulación de la idea de muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio, como una manera de comunicar su descontento a los demás, el que ve el suicidio como una idea romántica y aquel que realmente lo lleva a cabo.^{10, 16, 19, 29}

Durante esta etapa, el adolescente se siente muy inseguro en razón de su desarrollo corporal y, en ocasiones, puede llegar a sentir "que su cuerpo es algo aparte de él". De hecho siente la necesidad de dominar su cuerpo que se encuentra en constante cambio; pero como puede vivir su cuerpo como un objeto casi externo y extraño, siente que en el momento del intento suicida su cuerpo no es el que realmente recibe la agresión ni que canaliza hacia él sus tendencias agresivas y destructivas. Por otro lado, durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior. De esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo.¹⁹

Otra característica del suicidio es la ambivalencia expresada a través de sentimientos de querer morir, y también de querer vivir, y ambos ocurren al mismo tiempo. Este factor de ambivalencia hace que la prevención del suicidio sea posible.²¹

La depresión suele expresarse con síntomas tales como tristeza extrema, cambios marcados en los hábitos de la comida y sueño, conducta violenta y rebelde, huida de la casa, abandono de los amigos y otras actividades regulares, uso de alcohol y drogas, pobre aseo y arreglo personal, cambios radicales en el carácter, aburrimiento, falta de concentración, grave descenso en el rendimiento escolar, molestias físicas relacionadas con emociones (dolor de cabeza, fatiga, náuseas), pérdida del interés en diversiones y juegos, sentimientos de culpa exagerados, apatía, desaliento e insomnio, entre otros.^{10, 16, 21}

La depresión es la enfermedad psiquiátrica que con más frecuencia se acompaña o va precedida de acontecimientos de pérdida o separación. La pérdida de uno de los padres durante la infancia es un acontecimiento vital frecuente en los antecedentes personales de los adultos que tienen trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, intentos de suicidio y suicidio consumado. En los adolescentes la prevalencia de la depresión oscila entre 6 y 8%. Antes de la pubertad es más frecuente entre los varones, pero en la adolescencia predomina en las mujeres debido en gran medida a factores biológicos.^{10, 21}

Algunos adolescentes expresan en actos sus sentimientos cuando no pueden hacerlo con palabras. Así se producen los llamados *gestos suicidas*, los cuales no deben ser subestimados ya que traducen una solicitud de ayuda o una señal de desesperación. Recientemente la ansiedad ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida. La ansiedad agregada a un

cuadro clínico de ideación suicida crea un particular sufrimiento al estado psicopatológico infantil, jugando de esta manera un rol amplificador en el desarrollo y/o mantención de la ideación suicida.^{10,18}

En los niños con depresión suele darse una relación poco satisfactoria desde el punto de vista emocional con los padres, hermanos y otros familiares. A esto hay que añadir que muchos niños deprimidos tienen un padre o una madre que también padece un trastorno afectivo, con claras repercusiones en la interacción de la familia y en la interacción del padre o madre enfermo con el niño. Los hijos de padres afectados de depresión presentan tasas elevadas de complicaciones peri natales, retrasos cognitivos y emocionales y ansiedad a la separación de los padres. Cuando estos niños llegan a la edad escolar tienen dificultades de socialización y con frecuencia sufren hiperactividad, deficiente rendimiento escolar, enuresis y depresión; en la adolescencia los conflictos de rebeldía, conductas oposicionistas y problemas de socialización.^{17, 18}

La tendencia a comportarse impulsivamente ante las frustraciones, los enojos y las emociones intensas constituye otro determinante psicológico de las conductas agresivas, las cuales pueden ser dirigidas hacia los demás o hacia sí mismo, esto los puede llevar a actuar impetuosamente sin pensar en las consecuencias.^{10, 18}

Apter (1995) distinguió dos tipos de conducta suicida: a) tipo internalizado, asociado con severa depresión y aparentemente en jóvenes con depresión mayor o anorexia nervosa, y b) tipo externalizado, manifestado por violencia en jóvenes con trastornos de la conducta. Cuando se asocian los dos trastornos, depresión mayor y trastornos de la conducta, aumenta el riesgo de que el suicidio sea contemplado.¹⁸

1.1.2.15. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Escala de Ideación Suicida de Beck: Mide la intensidad y las dimensiones (el grado y la severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas del individuo al intentarlo. Los reactivos evalúan la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas, así como la actitud del paciente hacia ellos. También se evalúan el grado del deseo de morir y del deseo de vivir, el deseo de intentar suicidarse, los planes para ello, en caso de que los hubiera, y los sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidarse. La escala está formada por 20 reactivos, cada uno de los cuales tiene 3 posibles alternativas, calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2. La suma de éstas indica la severidad de las ideas suicidas. El punto de corte planteado por Beck es un puntaje mayor o igual a 10 indica que corre el riesgo de suicidarse.^{6,8}

La Escala de Expectativa sobre Vivir- Morir de Okasha: Consta de 4 preguntas, con un formato de respuesta SÍ o NO, que evalúa un continuo de severidad de la ideación suicida en los últimos 12 meses.⁶

La Escala de Roberts, incluida en la Escala de Depresión del CES-D: Consta de 20 reactivos. Explora el contenido cognoscitivo de pensamientos sobre la muerte en general, y de sí mismo. Registra su presencia y duración durante la semana anterior.^{6, 7,8}

El Composite International Diagnostic Interview (CIDI): Es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y la Administración Norteamericana para la salud Mental y el Abuso de Drogas y Alcohol. Este instrumento se aplica en una entrevista estructurada, específicamente en estudios epidemiológicos, y evalúa los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana.⁶

1.1.2.16. DIGNÓSTICO DIFERENCIAL

La intención de manipular, obtener ganancias o evitar un castigo suele observarse en adolescentes que se agreden, sobre todo mediante métodos de baja letalidad, con lo cual pretenden obtener un mejor trato o atraer la atención de sus padres o compañeros. Aunque esta motivación es común, no excluye la posibilidad de un estado depresivo subyacente, así como la necesidad de recibir ayuda psicológica.¹⁰

Los problemas de aprendizaje de cualquier tipo generan un deficiente rendimiento escolar y baja autoestima. Estos pueden conducir al adolescente a quitarse la vida, al compararse negativamente con compañeros sin problemas de aprendizaje. Haber sufrido maltrato físico o abuso sexual en la niñez también predispone a conducta suicida.¹⁰

Los trastornos unipolares y bipolares, también se asocian frecuentemente con el suicidio. Los trastornos bipolares, son un tipo de trastorno del ánimo, de tipo maniaco, que oscila entre dos estados o polos absolutamente distintos y de variable duración. Un paciente bipolar puede estar en un momento muy estable y en algunos momentos muy depresivo. En tanto los trastornos unipolares son otro tipo de trastorno del ánimo pero de tipo depresivo o melancólico, se caracteriza por ser rígido, introvertido, dependiente, rutinario, convencional, ordenado, de fantasía pobre, pragmático, consciente y responsable, ansioso, cuidadoso y precavido, mientras el trastorno bipolar se caracteriza por ser flexible, extrovertido, autónomo, cambiante, liberal, desordenado, imaginativo, con tendencias esotéricas, relajado, creativo y arriesgado.²²

También se observan tasas elevadas de suicidio en la esquizofrenia (particularmente en quienes cursan con alucinaciones o delirios de mando), los síndromes cerebrales orgánicos y los trastornos de la personalidad grave (generalmente de tipo borderline o narcisista) pasan la vida "cortejando" al suicidio y en algunos momentos tienen dicho riesgo crónico reagudizado por algún conflicto coyuntural.²³

1.1.3. FAMILIA

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad. La estructura de la familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma

altamente reiterativa, recíproca y dinámica, es posible especificar esas interacciones en los siguientes parámetros:³³

Jerarquía: Son los niveles de autoridad que se establecen dentro del sistema, que varían de acuerdo con la etapa del ciclo de vida de la familia.³³

Alianzas: Son las asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más integrantes de la familia. Cuando las alianzas son inadecuadas se llaman coaliciones. Los tipos de acuerdo con S. Minuchin son: Triangulación, cada progenitor busca la alianza del hijo y lucha por ella, lo cual genera conflictos de lealtad en el adolescente. Coalición estable, el hijo está aliado con uno de los padres; hay dos variantes, en la primera el padre excluido continúa luchando por el apoyo del hijo, en la segunda se resigna. Desviación de ataque, el conflicto conyugal no resuelto se desvía en forma de agresión al hijo, quien es definido como el adolescente problemático (chivo expiatorio). Desviación de apoyo, los padres intentan disminuir el estrés de su pobre relación de pareja y se vuelcan sobre el hijo que se convierte en motivo de unión.³³

Límites: Son fronteras imaginarias que regulan el contacto que se establece con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía. En ocasiones, los límites individuales son difusos, la distancia psicológica entre los miembros es escasa; este tipo de relación amalgamada genera problemas y el adolescente se siente ahogado, culpable y no sale de su entorno familiar, en otras, los límites son tan marcados o rígidos que anulan la comunicación y forman relaciones desvinculadas, que mantienen al adolescente aislado.³³

Roles: Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia. Dentro de la etapa de adolescencia existe una constante redefinición de roles.³³

Redes de apoyo: Están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que puedan proporcionar ayuda.³³

Los factores familiares considerados de riesgo para la salud mental del adolescente incluyen, familias extremadamente rígidas con límites impermeables, enfermedad crónica en algún miembro del sistema, divorcio o discordia conyugal entre los padres, padres con psicopatología, hermanos con actividades antisociales.³³

1.1.3.1. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

La familia es algo inherente al paradigma de la medicina de familia, ésta no separa la enfermedad de la persona, ni ésta del medio ambiente, reconoce que la salud y la enfermedad están fuertemente conectadas con la personalidad, la forma de vida, el medio ambiente físico y las relaciones humanas, se da cuenta de la gran influencia que tienen estas últimas en la evolución de la enfermedad y reconoce que la familia es fundamental para el desarrollo de la persona.²⁸

La familia es una organización o sistema social y comparte características con otros sistemas sociales. Un sistema es un conjunto de partes y procesos que mantienen interacciones mutuas. El sistema familiar cambia a los largo del tiempo, a medida que sus miembros se van haciendo mayores. Cualquier cambio en una parte del sistema familiar tiene repercusiones en el conjunto de la familia.^{28, 40}

Los sistemas sociales dependen para su funcionamiento correcto de la información y la comunicación. Los problemas de la familia están causados frecuentemente por dificultades en la comunicación.²⁸

Brennan (1974) ha establecido una importante distinción entre "la persona en la familia" y "la familia en la persona": la persona en la familia representa las relaciones interpersonales en el grupo familiar. La familia en la persona representa la experiencia que incorpora el individuo de su origen familiar, una experiencia que influye profundamente en el concepto que cada uno tiene de sí mismo y en las relaciones con los demás. Una persona es criada y atendida en una familia durante los primeros años de la vida, pero la familia permanece "en" la persona hasta la muerte.²⁸

El médico de familia atiende a varios miembros de la unidad familiar, por lo que una de sus ventajas, es que tiene conocimiento personal de los miembros individuales, lo que le da una mayor comprensión del contexto familiar. Cuando el médico tiene un conocimiento personal de todos los miembros de la familia, puede formar hipótesis basadas en tal conocimiento. Una segunda ventaja de atender a toda la familia es el aumento en las opciones terapéuticas disponibles para el médico de familia.²⁸

La familia tiene seis efectos principales sobre la salud de sus miembros. En primer lugar todo individuo es producto de la interacción entre genotipo y medio ambiente.²⁸

En segundo lugar, la familia es crucial para el desarrollo de los hijos. Aunque los niños tienen una notable facilidad para superar las primeras dificultades, existen evidencias que apoyan la relación entre disfunción familiar y trastornos de la infancia, tanto físicos como conductuales.²⁸

La ausencia de los padres durante períodos prolongados se asocia con problemas psicológicos que incluyen el suicidio y los trastornos de la personalidad. El resultado depende de factores individuales, del tipo de la relación previa entre los padres y el hijo y de la disponibilidad de sustitutos paternos.²⁸

En tercer lugar, algunas familias son más vulnerables a la enfermedad que otras.²⁸

En cuarto lugar, la enfermedad infecciosa se disemina en la familia. El número de infecciones guarda relación directa con el tamaño de la familia.²⁸

En quinto lugar, los factores familiares afectan la morbilidad y la mortalidad de los adultos. La mortalidad aumenta de forma significativa en los viudos y viudas durante el primer año después de la muerte del cónyuge.²⁸

En sexto lugar, la familia es importante para la recuperación de la enfermedad. El apoyo de la familia representa un factor importante para el resultado de todo tipo de enfermedades.²⁸

1.1.3.2. CRISIS DE LA FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES

La familia es un sistema sociocultural abierto, en constante relación e interacción con la sociedad de que forma parte, y es también un sistema vivo, sometido a un ciclo de vida propio. Debe por tanto, adaptarse tanto a los cambios que suceden en su interior como a los que experimenta el suprasistema sociocultural en que se inscribe.^{18, 21, 26}

Se han mencionado las siguientes crisis por las que pasa una familia con hijos adolescentes:²⁶

1. Cambios en el modelo de autoridad. Emocionalmente el hijo es para los padres, una parte de sí mismos. El cuestionamiento por parte del adolescente de los límites del sistema parental y de la autoridad de los padres es vivido por los padres como un socavamiento de su posición. La autoridad debe ejercerse con menor asimetría, aceptando mayor diálogo con el adolescente.^{26,36}
2. El adolescente está expuesto a peligros externos reales (drogas, accidentes de circulación, embarazos no deseados, etc.).²⁶
3. Cambios físicos. Físicamente el adolescente es un adulto. La presencia de una situación de cambio y crisis dentro del ciclo vital de la familia hace que sea necesario un mayor grado de acuerdo entre los padres.^{26,36}
4. Ruptura en la solidaridad familiar. Todo ocurre como si se hubiese producido una ruptura. Para el adolescente los elementos externos al sistema familiar cobran mucha importancia, en especial el grupo de pares.^{26,40}
5. Fenómenos en espejo. Como en toda situación de cambio o crisis, se pone en cuestión no sólo la estabilidad del sistema, sino las funciones, competencia y autoestima de todos los miembros. Los cambios tradicionalmente observados y descritos en el adolescente tienen su imagen en "espejo" en los que se producen en sus padres.²⁶
6. Modificación en prioridad de las funciones familiares. Las funciones de cuidado y protección directo por parte de los padres pierden importancia. Los padres tienen ahora más tiempo para atender a sus propias necesidades y relaciones. El hecho de que el adolescente sea cada vez más autónomo y pueda cuidarse a sí mismo puede poner en cuestión el papel de sus padres como cuidadores.^{26,35,40}
7. Fenómeno de parentalización y conyugalización. La presencia de hijos mayores permite delegar en ellos algunas de las funciones de los padres y cumplir y desarrollar funciones de adultos, propias o impropias.²⁶
8. Los canales de comunicación están perturbados por fenómenos emocionales o por la sensación del adolescente de "no ser comprendido" y calla, lo que para él es importante.
9. Ciclos de agresividad/culpa. El adolescente y sus padres, ven con impotencia que no son capaces de aliviar el sufrimiento que perciben en sus hijos generando atrapamientos impropios para el momento.²⁶
10. Madurez y responsabilidad. El adolescente con sus conductas puede cuestionar la competencia de los padres como educadores. En un ambiente social marcado por un cierto "culto al hijo", éste es definido por sí mismo y por la sociedad como alguien capaz de decidir por sí solo, pero si decide mal, la familia, la sociedad y sus agentes harán responsables de este error a los padres.^{26,40}
11. Fenómeno de duelo. Estamos en la fase previa de la separación y diferenciación. Así mismo también son puestas en cuestión las expectativas de crecimiento personal y/o social que los padres habían depositado de forma un tanto proyectiva en sus hijos.²⁶

Finalmente el adolescente acabará por plantear la perspectiva de su abandono de la familia, que acaba por convertirse en lo que fue al inicio: la pareja.²⁶

1.1.3.3. INTERACCIÓN FAMILIAR Y EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

La familia tiene un rol crucial en el desarrollo de sus adolescentes. Es un micro ambiente donde conviven el adolescente y sus padres y por eso es el espacio que puede favorecer la generación de un estilo de vida saludable, promotor de bienestar y desarrollo de sus miembros. La familia es un contexto complejo e integrador de los sistemas biológicos, psicosocial y ecológico dentro del cual se movilizan los procesos fundamentales del desarrollo del adolescente. Es así una unidad psicosocial sujeta a factores protectores y o de riesgo cuyo ínter juego la hace más o menos vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales.³¹

Dependiendo del modo como las familias intervienen en el desarrollo yoico de sus hijos se las clasifica en familias habilitadoras y familias obstaculizadoras del desarrollo yoico de ellos.³¹

Las interacciones obstaculizadoras o habilitadoras al repetirse a lo largo del tiempo serán las que permitan, entre otros factores, el proceso del desarrollo yoico de los sujetos. Dentro de las distintas teorías que históricamente han estudiado la relación entre socialización familiar y desarrollo psíquico, se encuentran dos marcos conceptuales: la teoría psicoanalítica y el cognitivo estructural. El paradigma genético - estructuralista, Jean Piaget (1965) y Lawrence Kohlberg (1969), propone al hombre como un ser racional, con sentido innato de valores tales como la justicia que evoluciona progresivamente hacia un compromiso con principios morales universales. Posteriormente se intenta definir una jerarquía evolutiva que complementa la visión freudiana de la formación de la moralidad a partir de la aparición del Super Yo que resulta de la elaboración del complejo de Edipo. El niño internaliza los valores de ambos padres inicialmente y luego los impersonaliza. El niño obedece al Super Yo inicialmente por temor al castigo y a la pérdida del cariño parental, debiendo buscar constantemente un balance entre las presiones del Ello, las constricciones del Super Yo y la situación constatada en la realidad externa.^{31,41}

Piaget y Kohlberg se preocupan especialmente del desarrollo del razonamiento moral, postulando que la moralidad se desarrolla en una sucesión de tres etapas: una de la moralidad preconvenicional (preconformista) que conceptualiza las acciones como modos de evitar castigos y conseguir sus objetivos, otra convencional (conformista) en la que las acciones son vistas como, un modo de mantener las relaciones interpersonales y el sistema social, y una tercera postconvenicional (postconformista) en la que se aprecia mejor la existencia de principios universales que deben ser individualmente incorporados. En esta etapa los principios toman prioridad sobre las convenciones sociales.^{31,41}

La descripción de Freud se centra en las etapas preconvenicional y convencional del desarrollo moral, mientras que las etapas de Kohlberg elaboran y completan el ciclo al insistir en la maduración de un sentido moral más evolucionado, el postconvenicional.³¹

Desde el punto de vista histórico dos aproximaciones teóricas se han preocupado del estudio empírico del yo y su desarrollo. Una concibe al yo como un patrón de procesos conectados con una función total de "resolución de problemas" o

“ensayos de soluciones” entendida como una expresión instintiva y en el marco de la teoría psicoanalítica. La segunda aproximación acentúa los procesos de integración individual y la función total del yo como marco de referencia o unidad de personalidad. En el marco de esta segunda aproximación en la década de los 70, Jane Lovinger desarrolló un modelo de desarrollo del yo, sobre las bases de las teorías cognitivas evolutivas e influenciadas por los desarrollos teóricos de Piaget.^{27, 31, 41}

El modelo de Loevinger de desarrollo del yo plantea una serie de nueve etapas ordenadas secuencialmente.³¹

En la primera etapa del desarrollo del yo se caracteriza por que el bebé tiene como eje central la gratificación de sus necesidades físicas de manera inmediata; no logra distinguir entre lo animado e inanimado del medio y finaliza con la adquisición del lenguaje.³¹

En la segunda etapa, denominada impulsiva, la visión del mundo es egocéntrica y concreta; las preocupaciones se relacionan con la satisfacción de necesidades. Existe un control defectuoso de los impulsos, por lo que se refiere a un control externo. Las normas no son reconocidas como tales.³¹

En la etapa tres o auto protectora, aparecen los primeros atisbos de la capacidad de controlar los impulsos, y aceptación de las normas aunque éstas sean obedecidas en términos de interés propio y de ventajas inmediatas, configurándose una moral de conveniencia. Responsabilizan al otro de sus equivocaciones, la mayoría de las personas alcanzan este nivel al finalizar la infancia o al comienzo de la adolescencia. En dichos momentos el sujeto transita entre la etapa egocéntrica auto protectora a la conformista centrada en el grupo.³¹

En la etapa cuatro o conformista hay una aceptación y obediencia de las normas tal como son aceptadas por la mayoría. Lo socialmente aprobado es lo correcto. Hay reciprocidad interpersonal, aunque de un modo concreto y centrado en la acción.³¹

En la quinta etapa o auto consciente existe una distinción entre el sujeto y el grupo; al diferenciar entre lo que soy y lo que debo hacer. El sujeto desarrolla la habilidad de conceptualizar la experiencia interna. Las relaciones interpersonales se comienzan a describir en términos afectivos. El sujeto, en esta etapa, es capaz de fijar sus metas e ideales, según sus propios estándares. Las reglas se identifican más en su sentido y finalidad.³¹

En la sexta etapa o consciente se desvanecen los estereotipos rígidos, con una aceptación de la diversidad e individualidad de cada persona. Existe una rica vida interior, con claros motivos intencionales.³¹

En la séptima etapa o individualista, el individuo posee un sentido de individualidad de la personalidad con todo un sentido de vida. Las reglas se consideran en términos genéricos desde la propia visión del mundo.³¹

En la octava etapa o autónoma lo que se busca es la autonomía de los demás, existe un respeto por el otro, hay alta tolerancia. Los sujetos de este nivel buscan el ser realistas, objetivos y no prejuiciados. En la novena etapa integrada se logra la integración de los conflictos, llegando a una reconciliación con motivos contrapuestos y una capacidad para renunciar a lo imposible.³¹

Se encuentra un estilo de interacción familiar más obstaculizador cognitivo y afectivo en las familias de adolescentes con nivel bajo del desarrollo yoico (preconformista) que en los adolescentes con desarrollo yoico más alto.³¹

Se han propuesto tres constelaciones dentro de la normalidad psicológica del adolescente:

1. Grupo de crecimiento continuo: estos adolescentes poseen un ego (yo) fuerte, manejan adecuadamente sus demandas internas y externas, y son capaces de posponer gratificaciones. Aceptan las normas culturales predominantes mantienen relaciones con mutuo respeto y afecto con las generaciones adyacentes. No presentan problemas serios en el manejo de reglas, autoridad, valores, ni conciencia moral y desarrollan ideales importantes y realistas. Como mecanismo de afrontamiento ante las tensiones externas utilizan preponderantemente la negación y el aislamiento, lo que les permite menguar la intensidad del estímulo. No experimentan periodos prolongados de ansiedad o depresión.^{33,41}
2. Grupo de crecimiento agitado: este patrón es el más comúnmente seguido por los adolescentes normales. No manejan tan fácilmente el estrés inesperado. Sus estrategias de afrontamiento son la proyección, el enojo y la depresión. Con mayor frecuencia sus familias han sido afectadas por eventos estresantes, tales como separaciones, muertes o enfermedades graves. Tienen a reprimir o suprimir sus emociones.^{33,35}
3. Grupo de crecimiento tumultuoso: aquí se ubican aquellos adolescentes cuyos conflictos internos se manifiestan en problemas de conducta en la escuela y en el hogar. En sus familias hay menos estabilidad, con problemas conyugales y quizá enfermedades mentales. El separarse de sus familias les genera conflicto. Emplean demasiada energía para enfrentar los problemas cotidianos y les cuesta mucho tolerar las frustraciones.³³

1.1.3.4. INTENTO DE SUICIDIO Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Los factores familiares ocupan un lugar clave en la aparición y desarrollo de los intentos de suicidio y del suicidio consumado, de tal forma que la desestructuración y la conflictividad familiar son uno de los factores de riesgo fundamentales. En la mayoría de los casos se encuentra una disfunción psicológica en la familia; así como síntomas de ansiedad y depresión.^{3, 10, 17, 18}

Los niños y adolescentes que tienen conductas suicidas, provienen en su gran mayoría de un sistema psicosocial alterado. Generalmente hay una historia de separación y pérdidas repetidas. La ausencia de uno de los padres del medio familiar bien por muerte, separación o abandono se observa en el 30-70% de los niños y adolescentes que intentan suicidarse.^{2, 9, 17}

Las características de la interacción entre los distintos miembros de la familia son un factor esencial de protección o de riesgo para la aparición de comportamientos suicidas, de tal forma que la indiferencia de los padres hacia los problemas del niño, el desinterés y las críticas persistentes a su comportamiento, los castigos como medio fundamental de educación, bien sean de tipo físico o bien consistan en ignorarle y no manifestar afecto, son factores profundamente

desestabilizadores que adquieren una especial gravedad cuando el niño vive en una situación habitual de maltrato, de tal forma que la prevalencia de los intentos de suicidio es de tres a seis veces más alta en los niños maltratados.^{17, 18, 21,30}

El apoyo de los padres hacia el hijo es una variable tan importante, que en el 88% de los niños y adolescentes con intentos de suicidio se detecta precisamente una falta de apoyo familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar, lo que hace que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. El divorcio puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión.^{17,18}

Los estilos de vida familiar han cambiado dramáticamente en los últimos años, con claras repercusiones en la crianza y cuidado de los niños, en la interacción y comunicación de los miembros de la familia y en los modelos de educación de los hijos.¹⁷

Existen evidencias con relación a que el suicidio es un evento psicosocial, y que la autodestrucción o el acto autodestructivo puede ser necesario para que la familia mantenga sus patrones específicos de relación, como el presentar rigidez en sus roles. Las relaciones intrafamiliares se encuentran desbalanceadas y el adolescente sirve de chivo expiatorio que carga con las culpas, los defectos o las partes malas de la familia.^{2,19}

Para que una familia pueda tener un funcionamiento satisfactorio son necesarios varios factores, según Osornio:

1. La relación de pareja debe ser firme, madura y estable, creándose entre cada miembro una relación creativa y una comunicación clara teniendo presente el rol que le corresponde a cada uno de ellos.^{2,14}
2. La autonomía de cada miembro debe ser respetada.^{2,14}
3. La toma de decisiones para la búsqueda de una solución debe ser apropiada para cada problema, no para luchar por el poder.²
4. Que exista flexibilidad para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exijan de manera que se conserve la homeostasis funcional sin que un miembro de la familia desarrolle síntomas.^{2,14}

Irigoyen define que son cinco las funciones principales de la familia: 1. Socialización; la tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad, 2. Cuidado, en ella se identifican cuatro determinantes; alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional; 3. Afecto, 4. Reproducción y 5. Estatus y nivel socioeconómico.

Olson diseñó un modelo que denominó Circunflejo, el cual se basa en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.^{2, 10,14}

Se observa que los adolescentes que han intentado suicidarse, han reincidido en 56,2%. Se sienten rechazados y ajenos a sus amigos y/o familiares. Consideran que su intento de suicidio se vincula con su problemática familiar. Personas cercanas a ellas, particularmente familiares han presentado conducta suicida. Los

adolescentes con antecedentes de intento suicida, pertenecen en una proporción considerable a familias desintegradas.^{2, 10, 21}

Se ha encontrado falta de cohesión y bajo nivel de control de impulsos en las familias de los adolescentes suicidas, porque pertenecen a familias rígidamente desvinculadas, se caracterizan en cuanto a cohesión por una muy alta independencia de los miembros de la familia, sus lazos familiares externos son abiertos, los internos son cerrados; los generacionales rígidos. Con coaliciones débiles utilizadas como escapatorias. Tiempo separado de la familia al máximo (física y emocionalmente), amigos individuales y toma de decisiones también individuales.^{2, 10, 18}

En cuanto a la adaptación, se caracterizan por estilos pasivo-agresivos de interacción, con un líder autoritario, con negociaciones limitadas, pobre resolución de problemas, rigidez de roles, demasiadas reglas explícitas y pocas reglas implícitas.²

En relación con el factor adaptación, se clasifican dentro de la tipología caótica, lo que significa que se caracterizan por tener estilos pasivo-agresivos, pobre resolución de conflictos (negociaciones sin fin), cambio dramático de roles, ausencia de un líder y muchas reglas implícitas y pocas explícitas.²

Los menores suicidas no reciben suficiente cariño en sus familias y por eso carecen de fortaleza emocional ante situaciones estresantes. Esto puede ocurrir como resultado de una crianza defectuosa de parte de los progenitores, de que estos sufran sicopatología seria o de que el niño haya experimentado maltrato físico o abuso sexual.^{10, 19}

Se sabe que pertenecer a una familia bien estructurada protege al menor de una conducta suicida, pues dispone de apoyo tanto emocional como social y su aislamiento se reduce.³

1.1.3.5. FASES POR LAS QUE ATRAVIESA LA FAMILIA ANTE EL SUICIDIO

La pérdida de un ser amado es el mayor trauma emocional que puede experimentar una persona. La pérdida tiene consecuencias importantes sobre la mente y el cuerpo, y la persona doliente se muestra especialmente vulnerable a la enfermedad física y al trastorno mental, el efecto es desolador, de aislamiento y sensación de vacío. Son frecuentes los sentimientos de ira y culpa.²⁸

Elizabeth-Ross (1983), ha perfilado una serie de reacciones que las personas experimentan cuando un miembro de la familia ha cometido suicidio:¹⁹

1. La primera etapa se caracteriza por conmoción, negación y aturdimiento, les es difícil hablar al respecto, tienden a evitar usar la palabra suicidio y pasan por los arreglos del funeral como si no tuviera significado personal. El dolor es tanto, que se cierran a sus propios sentimientos.¹⁹
2. En la segunda etapa, comienzan a experimentar pena. Tratan de culpar a alguien o a sí mismos por lo que pasó y por último expresan cólera hacia el difunto: ¿Cómo pudiste hacernos esto?¹⁹
3. La tercera etapa es dejarlo ir, o terminar un asunto completo, como el hecho de pensar "nunca le dije que lo amaba".¹⁹

1.1.3.6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Se han identificado al menos siete instrumentos para la evaluación de la función familiar como son:

1. Family Assesment device (FAD).
2. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FASES).
3. Family Assesment Measure (FAM).
4. Family Environment Scale (FES).
5. Family Functionoig Questionnaire (FFQ).
6. Family Funtioning Index (FFI).
7. Selft Report Family Inventory (SFI)

El family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales (FASES) fue desarrollado a final de la década de los setenta por Olson para hacer operativa dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales el cual tiene el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica, las teoría y la investigación con familias. El modelo circunflejo ha sido el más exitoso en propiciar la integración entre la práctica, la teoría y la investigación en la última década y ha servido de guía en un amplia variedad de escenarios de la terapia familiar; lo cual ha propiciado su evaluación y comparación con otros modelos e instrumentos.^{2, 4, 10,43}

Integra tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras dos se mantengan en niveles saludables.

Este modelo propone que sus dos dimensiones principales presentan cuatro posibles grados o niveles, de los cuales, los dos intermedios son normales o balanceados, mientras que los niveles más altos y más bajos son los extremos.^{2, 4, 10,43}

La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultado del efecto de factores de estrés normativo o no normativo. La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión adaptabilidad.^{2, 4,43}

1.1.4. ADOLESCENCIA

El médico debe conocer los cambios orgánicos y mentales así como el medio ambiente que rodea al adolescente. Dentro de los cambios físicos están el rápido crecimiento con desproporción transitoria de la armonía corporal y el inicio de la pubertad con desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. En lo sociológico cambia el estilo de pensamiento hacia el hipotético-deductivo, lo que lo lleva a conflictos constantes con la autoridad y hacer críticas infundadas hacia la sociedad actual. En lo social se enfrenta con ser un adulto biológico pero que

depende económicamente de sus padres. Se le exige responsabilidades de persona madura pero recibe un trato de niño o niña.^{32, 33,34}

La pubertad se define como el proceso biológico que genera la capacidad reproductiva. El inicio y el tiempo de la pubertad varían según el sexo, grupo de población, y el individuo. Durante la pubertad se presentan los mayores cambios del sistema de regulación hormonal tanto en el sistema nervioso central como en las suprarrenales y las gónadas que causan cambios en el crecimiento esquelético, en la composición del cuerpo y en la adquisición de las características sexuales secundarias que hacen que el adolescente se vea así mismo con sentimientos de sorpresa, fascinación, atracción, temor y horror al mismo tiempo. Esto a su vez lleva a que se sienta inseguro, avergonzado y tienda a compararse con otros revisando su auto imagen.^{32, 34,38}

Los rasgos de madures sexual de Marsa y Tanner son de gran ayuda para monitorizar el desarrollo de las características sexuales secundarias de la maduración puberal. La edad promedio del inicio de la pubertad en las niñas se define por el botón del seno y es 11.2+/- 1.6 años, mientras que la edad promedio de inicio en los niños se define por agrandamiento de los testículos y es 11.6 +/- 1.1 años. La edad promedio de la menarquia es 13.3 +/- 1.3 años y la edad promedio de la espermaquia está entre 13.5 y 14.5 años.^{32,38}

Los adolescentes de manera abierta o encubierta utilizan las conductas de rebelión para probar los límites, buscar autonomía y capacidad, separarse de los parámetros y estándares parentales y desarrollar un sistema de valores independientes.³³

1.1.4.1. DESARROLLO PRIMARIO

La madre u otra persona que cuida al niño es el "ego auxiliar", y es principalmente a través de ella (los ritmos de su cuerpo durante la gestación y sus intervenciones físicas y sus estimulaciones sociales después del nacimiento) que el niño experimenta al mundo.²⁷

Durante los primeros meses de la vida, el lactante empieza gradualmente a percibir una diferencia entre el "yo central" y lo que experimenta como más periférico. Aunque busca escapar de la estimulación desagradable, la experiencia sobresaliente ordinaria consiste en exposición repetida, en un contexto decididamente social, a los estímulos placenteros y que alivian la tensión. Esta "interiorización" del mundo externo, principalmente por la boca durante al alimentación pero también a través de otras modalidades sensoriales, ha originado el concepto de oralidad en la teoría psicoanalítica. Esto explica quizá por qué los síntomas y las fantasías de esta fase "bucal" temprana sean tan persistentes en los trastornos mentales graves que se supone se han originado muy al principio de la vida.²⁷

De todas las características de los neonatos que estimulan las reacciones de los padres y afecta a lo que aprende el niño, la más notable es el género. Que el lactante sea una niña o un niño desencadena reacciones de los padres compatibles con sus esperanzas, sus temores, sus identificaciones y sus concepciones previas. Estas reacciones de los padres ejercen retroalimentación en el yo del niño en desarrollo, de una manera que configura la dirección de las

reacciones de éste y, más tarde, sus sentimientos sobre sí mismo, se han identificado tres fases por las que pasa el niño:²⁷

1. Fase "prepsicológica" de la fijación (de la concepción a los dos meses de edad). Los lactantes inicialmente no distinguen entre una persona y otra, sino que parecen buscar patrones y cosas que se mueven. Los lactantes muy pequeños reaccionan de manera preferencial a las voces suaves de timbre elevado y a los sonidos balbuceantes tranquilizadores, y quizá a la cuarta semana de vida se volverán hacia la voz de la persona encargada de cuidarlo a la vez que ignora a las demás. La sonrisa social se vuelve distinguible a la gesticulación refleja entre la cuarta y la octava semana. La sonrisa del lactante y sus primeros gorgoteos y balbuceos son "liberadores sociales" poderosos.²⁷

Los lazos estrechos entre el niño y quien lo cuida le brindan protección y sostén físico y son preparativos necesarios para la integración social durante la vida ulterior.²⁷

2. Fase positiva de la fijación (2 a 7 meses). Durante el tercer mes el lactante reconoce a la persona básica encargada de cuidarlo. Entre los cuatro y los seis meses y medio de edad estrechan su conducta de fijación para centrarla sobre la figura de la persona primaria que les brinda los cuidados emocionales y, en menor grado, con otras diversas personas de reacción social en el hogar, en especial su padre. Los lactantes que tienen fijación débil tienden más a confinar su conducta social a una sola persona. La interacción social con una o unas cuantas personas constantes es esencial para la formación de lazos seguros. Se inician los rostros serios ante los extraños y la fijación de la mirada en ellos entre las semanas 18 y 24 que anuncia el final de la fase positiva de la fijación.²⁷

3. Fase limitante de fijación (6 a 10 meses). Después de los seis meses, las condiciones para el desarrollo de la fijación se complican por la aparición de las reacciones de miedo ante los extraños, lo que refuerza la conducta de fijación.²⁷

La ansiedad de separación, que precipita la conducta de fijación, es la sensación de malestar que percibe el niño cuando siente la amenaza de una separación desagradable, o la experimenta, de la figura a la que se ha fijado. El logro más importante durante el primer año es la fijación segura a una o más personas que lo cuidan. Su capacidad para distinguir entre las personas y el miedo a los extraños fija al niño a la unidad familiar como el fenómeno que sirve para protegerlo contra los peligros.²⁷

Como se requiere la fijación para el desarrollo físico y emocional sano, y como la separación es tolerable sólo de manera moderada, cabe esperar que, la que se prolonga al principio de la vida tiende a producir consecuencias mórbidas. Bowlby ha descrito cómo los niños pequeños que han experimentado buena fijación reaccionan a la separación prolongada de sus padres sin substitutos adecuados con protesta, desesperación y desprendimiento. La fase de protesta se inicia después de tres días de separación con llanto, llamados a voces y búsqueda de la figura de fijación. El niño clama por la atención de adultos que lo cuiden, pero se sabe que son sólo substitutos. La ira que siente le produce ambivalencia cuando vuelve su madre, de modo que el niño puede rehuir su rostro, rechazar las ofertas de la madre de cariños afectuosos y sujetar a otra persona en su lugar. Durante la

fase de desesperación el niño sigue aún fijo a la madre ausente, pero comunica con aire de desesperanza. Finalmente, si prosigue la separación el niño se desprende, o sea que se va interesando cada vez más aún por los objetos materiales que por las personas. En el centro de la inadaptación se encuentra una relación profundamente insatisfactoria entre madre e hijo. La separación es un factor contribuyente.^{27,28}

Las preocupaciones principales del desarrollo de la adolescencia son, establecimiento de una individualidad firme, sentido del yo o identidad del ego y la integración de la fase puberal rápida de los impulsos sexuales y agresivos. Ambos aspectos, familiares desde la infancia, son los rasgos psicológicos concomitantes del desarrollo físico de la pubertad.^{27,35}

De las habilidades sociales desarrolladas en las relaciones con los miembros de la familia, los compañeros de juego, y otras personas, dependerá que la transición hacia la edad adulta sea turbulenta o suave durante un periodo breve o prolongado. Las etapas subsecuentes del progreso psicológico, regresión y reagrupación, fijación parcial y progreso ulterior, son diversos y pueden ocurrir de manera simultánea o alternando en cualquier persona joven. El punto final de la adolescencia se define como el punto de la vida del sujeto joven en que se completa la investidura social para la clase social determinada, de modo que se adoptan las obligaciones y privilegios de la edad adulta.²⁷

1.1.4.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Se han descrito tres etapas en el desarrollo de la adolescencia:

Adolescencia temprana (10 a 13 años): La adolescencia se inicia con el advenimiento del cambio puberal, época en la que aparecen nuevas maneras de expresión (sexuales y sociales) y las nuevas habilidades. Las personas que están fuera de la familia se convierten en los objetos de fijación ulterior. Esta persona importante puede ser un amigo, un profesor a quien admira, un músico, un héroe deportivo o cualquiera a cuyas opiniones da mucho valor. Esto sucede porque está buscando activamente modelos de conducta. Las relaciones disponibles dentro de la familia ya no bastan para satisfacer las nuevas aspiraciones de la persona progresivamente más poderosa y sexual. Refuerza la agresividad y el sentido de auto conservación, inicia la separación de los padres, en esta época suelen hacer un esfuerzo por sujetar sus impulsos dentro de los lazos de la vida familiar. La independencia está en el deseo de iniciar sus propios juicios y tomar decisiones acerca de ellos regulando su propia conducta.^{27,32,33}

Adolescencia media (14 a 16 años): Periodo de rápido crecimiento cognitivo, cuando emergen pensamientos operacionales formales. Están ensimismados en ellos, creen que sus emociones son exclusivas. Dentro de este mundo propio, egocéntrico, cree que vivirá para siempre lo que los induce a tomar riesgos innecesarios comunes en este periodo. Es el periodo más turbulento, es la guerra. Es aquí cuando no sabe definir en su deseo de autonomía si se arregla o vive desarreglado, si inicia la etapa de independencia pero continúa con la dependencia infantil, si debe iniciar su vida sexual o debe abstenerse, puede iniciar el contacto con las drogas. Todos los valores culturales son analizados y

criticados y aun reevaluados hasta grados de ser intolerables para los adultos.^{27, 32,33}

Adolescencia tardía (17 a 20 años): Ocurre consolidación de la personalidad, con estabilidad relativa y consonancia de los sentimientos y la conducta. En esta etapa ya se manifiesta la independencia total con grados de responsabilidad personal y empieza hacer parte de la comunidad a la cual pertenece. En cuanto a los cambios cognoscitivos que tiene el adolescente se pueden definir también por etapas en las cuales la primera según Piaget es la aparición de pensamientos de las operaciones formales. Es un procesamiento intelectual, abstracto, especulativo y libre de circunstancias. Se piensa en las posibilidades, en comparar la realidad con lo que podrá ocurrir o con lo que no podrá ocurrir. Se vuelven introspectivos y ensimismados, ponen todo en tela de juicio, rechazan los viejos límites, se convierten en pensadores creativos.^{27, 32,33}

1.1.4.3. LA CRISIS DE LA ADOLESCENCIA

La crisis psicosocial que experimenta el adolescente fue definida por Ana Freud como la "búsqueda del propio yo". No se es niño o niña pero tampoco se es adulto; sin embargo quienes les rodean muchas veces le exigen que empiece como adulto exigiéndoles responsabilidades de persona madura. Lo más importante que se presenta en esta etapa es la inseguridad, la confusión, la inestabilidad que se revela en su comportamiento. Tiene tendencias contradictorias.^{26, 32,38}

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad. La crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona. Se plantea que las crisis son inherente al desarrollo y se manifiestan en dos polos: positivo y negativo. La resolución de la crisis de lado positivo significará salud y corresponde al proceso de duelo; mientras que si se da del lado negativo significará enfermedad y corresponde al trauma. El origen de la palabra duelo, proviene del verbo adolecer, de donde se origina el participio activo "adolescente".^{38,39}

La pubertad y la primera adolescencia, representa el periodo intermedio entre la niñez y la adultez, supone la celeridad y la profundidad de los cambios producidos, orgánicos y psicológicos, una etapa de crisis. De acuerdo con Aberastury, durante la adolescencia se elaboran tres duelos básicos: a) el duelo por el cuerpo infantil, se desarrollan las características sexuales primarias y secundarias. El cuerpo cambia muy rápido; su mente aún infantil comienza a tener un cuerpo adulto, b) el duelo por la identidad y el rol infantil, el niño tiene una relación de dependencia necesaria con los padres, ellos deben hacer cosas que él no puede y el niño acepta esto. En el adolescente esta situación es dilemática ya que no puede mantener la dependencia infantil, pero tampoco puede sostener la independencia adulta y c) el duelo por los padres infantiles, es decir, el duelo por la imagen con que se percibía a sus padres durante la infancia, el niño ve a sus padres como figuras omnipotentes, ellos lo pueden todo, el adolescente comienza a notar sus

debilidades, puede percatarse de que no serán eternos. Una de las maneras de elaborar este duelo es proyectando estos padres ideales en otros ídolos, maestros, actores, deportistas, etc.^{19, 37, 39}

Si hay algo de específico en la adolescencia es que se trata de un "periodo cambiante", no sólo como el paso de la niñez a la adultez, sino como un periodo complejo y contradictorio en muchos aspectos, esta edad ha sido analizada, a partir de la noción de crisis; una crisis de emancipación, una crisis en la sexualidad y una crisis de identidad. Hemos de considerar que no es el adolescente el único que experimenta importantes modificaciones ante la creciente autonomía y la perspectiva del abandono por parte de uno de sus miembros, la crisis de identidad afecta a todo el grupo familiar.²⁶

La adolescencia es una etapa de donde el ser humano le "falta algo" para hacerse, para llegar a ser, y con mucha frecuencia los sistemas familiares y otros niveles que nutren a estos también "adolecen".²⁶

1.1.5. NECESIDADES DE ATENCIÓN

1.1.5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA DEL MÉDICO FAMILIAR Y SUS EJES DE ACCIÓN EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA

El tratamiento de la ideación suicida se lleva a cabo a distintos niveles, a continuación se describe la participación del médico de familia en el tratamiento a nivel familiar en la conducta suicida.

Doherty y Baird (1987) describen cinco niveles de participación del médico en la familia. El primero hace referencia a un involucramiento mínimo. El segundo esta en relación con la provisión de información y consejo. Para ejercer a este nivel, el médico tiene que estar abierto a la colaboración con la familia tratando de comunicar los hallazgos médicos y las distintas opciones terapéuticas a los miembros del grupo familiar y escuchando con atención sus preguntas y preocupaciones. El tercer nivel incluye además una comprensión de los aspectos afectivos de las relaciones familiares, debe ser capaz de proporcionar apoyo emocional y ayudar a que los miembros de la familia puedan superar los distintos estados de ánimo que aparecen. También necesita tener un conocimiento de sí mismo lo suficientemente amplio como para comprender cómo afectan sus propios sentimientos a su relación con el paciente y la familia. En el cuarto nivel, el médico puede realizar una evaluación sistemática del funcionamiento de la familia y planear una intervención diseñada para facilitar la resolución de los problemas familiares. El quinto nivel es el de la terapia familiar. Si el cambio en el funcionamiento familiar va contra los intereses de uno de sus miembros, las necesidades de la familia pueden prevalecer respecto a las del individuo.²⁸

El médico de familia debe identificar a las familias vulnerables y proporcionarles apoyo extra. Suministrar buena información. Estar disponible en momentos de crisis- enfermedad. Identificar a los miembros vulnerables de la familia, no tomar partido por ninguna de las partes en los conflictos familiares.²⁸

Es recomendable solicitar la evaluación e intervención del médico familiar, con relación a los problemas psicológicos del adolescente en las siguientes

situaciones: cambios en el rendimiento escolar, abuso de alcohol o drogas, incapacidad para enfrentar problemas comunes o actividades cotidianas, cambios en la alimentación o en los hábitos del sueño, múltiples quejas somáticas sin base biológica, violación de los derechos de los demás con ingredientes agresivos o sin ellos, miedo irracional a la obesidad, depresión y frecuentes brotes de enojo.³³

1.1.5.2. TRATAMIENTO

La aproximación terapéutica específica debe ser hecha en múltiples niveles y por lo menos debe incluir tres componentes: entender el desarrollo psicosocial del adolescente, mejorar la comunicación entre el joven y sus padres y desarrollar un contrato de conductas que facilite la resolución de conflictos.³³

Todo individuo que intente cometer un suicidio debe ser examinado como una persona única, insertada en una sociedad, viviendo una circunstancia particular de la vida y con su propia historia psicobiológica.²³

Se han propugnado numerosos tratamientos diferentes para el adolescente que intenta suicidarse, sin embargo, no se han llevado a cabo estudios controlados, que demuestren que un enfoque supera al otro. Es habitual usar un enfoque orientado al problema basado en la evaluación del estado mental del adolescente, las circunstancias que lo llevaron al intento, la situación familiar, el estado psiquiátrico de los padres y el carácter de las interacciones familiares. Solamente una cuarta parte de los adolescentes que intentan el suicidio acuden a la consulta médica porque creen no necesitar ayuda.^{9, 15, 18}

Se ha recomendado tanto terapia individual, la de grupo, la conductual y la familiar para reducir el conflicto padre-adolescente. Se ha sugerido la terapia conductual con el objeto de investigar las opciones de que dispone el paciente adolescente, modificando el estado de ánimo del enfermo, reorganizando las reacciones y consecuencias de sus actos, reforzando así toda conducta o reacción adaptativa. Si el suicidio es visto como la única solución para un problema de otra manera sin esperanza se ayudaría al adolescente a considerar más racionalmente las razones para vivir y morir, se enseñan soluciones alternativas para resolver problemas y, a través del uso de juego de roles u otras técnicas, practicar estrategias que puedan ser aplicadas la próxima vez que surja una situación de crisis. Un adolescente que recurre a un intento de suicidio para obtener un cambio dentro de la familia puede beneficiarse con el entrenamiento de afirmación. En ocasiones se utiliza terapia de grupo cuando hay la necesidad de reducir la sensación de aislamiento o brindar apoyo por parte de los pares y oportunidades para compartir el problema. Dada la evidencia de que el suicidio puede ser en ciertas oportunidades una conducta modelada, los grupos integrados por adolescentes que han intentado suicidarse deben ser formados y conducidos con prudencia por profesionales idóneos y experimentados.^{9, 10, 41}

Psicoterapia cognitiva: Una de las más difundidas, el terapeuta tiene como misión modificar la visión negativa que de sí mismo, del mundo y del futuro que le rodea tiene el enfermo depresivo, la famosa triada de Beck.⁴¹

La psicoterapia interpersonal, de intervención relativamente breve, dirigido a reducir la sintomatología del paciente, procurando la normalización o solución de los problemas interpersonales asociados al inicio de la depresión. La implantación

o mejora de las habilidades sociales es un recurso frecuente utilizado de modo complementario a las terapias de orientación conductual y cognitiva.⁴¹

No hay evidencia de que los antidepresivos tricíclicos ni los antagonistas de la monoaminooxidasa sean efectivos en los adolescentes, y debido a su bajo índice terapéutico, suelen estar contraindicados en pacientes ambulatorios adolescentes que han hecho un intento de suicidio previo. Los medicamentos antidepresivos sólo deben emplearse cuando los síntomas depresivos son severos y de larga duración.^{9,10}

Las personas deprimidas pueden intentar el suicidio, exactamente cuando parece que se están recuperando de la depresión, pues la mejoría de la disposición puede permitir la tentativa. El periodo del tiempo entre el inicio de la administración de medicación y el comienzo de sus efectos (de una a seis semanas) es crítico y representa un peligro para el paciente, pues en esta fase la persona aun no obtiene beneficios de la medicación, tornándose pesimista e incrédulo en que realmente va a mejorar. Otro periodo importante son los primeros meses después del alta hospitalaria, presentándose una elevación del riesgo suicida.²³

Otra forma de abordar al adolescente en situación de crisis suicida, es mediante la llamada primera ayuda psicológica que consta de cinco etapas:³⁷

1. Primera etapa: Establecimiento del contacto. Lo que se debe hacer es escuchar detenidamente, aceptar las razones que esgrime el sujeto y creerle, sin juzgarle.³⁷
2. Segunda etapa: Conocer la dimensión del problema. Lo que se debe hacer es formular preguntas abiertas, que permitan conocer cómo piensa el adolescente y facilitar la expresión de sentimientos. Explorar siempre la presencia de pensamientos suicidas.³⁷
3. Tercera etapa: Posibles soluciones. Lo que se debe hacer es establecer prioridades de soluciones, abordando directamente los posibles obstáculos para su consecución y desaprobar la solución suicida como forma de afrontar situaciones problemáticas. Reforzar el concepto de que el suicidio es una solución definitiva a problemas que usualmente son temporales.³⁷
4. Cuarta etapa: Acción concreta. Lo que se debe hacer es tomar una medida a tiempo (involucrar a otros familiares, acercar a las fuentes de salud mental, imponer tratamiento, realizar hospitalización, etc.). Se debe ser directivo y confrontar cuando la situación lo requiera. Nunca debe dejarse sólo a un sujeto en crisis suicida.³⁷
5. Quinta etapa: Seguimiento. Lo que se debe hacer es realizar una nueva cita para evaluar los progresos o retrocesos del adolescente en su sintomatología suicida.³⁷

Cuando el paciente no se muestra arrepentido de su acto suicida y en aquellos casos donde el método empleado produjo una intoxicación seria u otro tipo de complicaciones, se requiere hospitalizar al paciente para evitar un nuevo intento al darlo de alta.¹⁰

La evaluación inicial debe determinar: 1) si el adolescente puede ser dado de alta con seguridad o si necesita ser internado, y 2) si debe ser derivado a un profesional de salud mental o puede ser asistido adecuadamente por el médico de familia.^{9,15}

Los criterios de internamiento en un hospital para evaluación y supervisión son los siguientes:

1. Sexo: Todos los varones y las mujeres con antecedentes de varios intentos de suicidio y las que no han resuelto las condiciones que las tornan suicidas.⁹
2. Estado mental: Se debe internar a los adolescentes de ambos sexos ante cualquier evidencia de depresión significativa, sentimientos de desesperanza, evidencia de psicosis o antecedentes recientes de retraimiento social y falta de comunicación. Se impone la internación de cualquier adolescente que declara que todavía desea morir.^{9,15}
3. Carácter del intento: Está indicada la internación si se empleó un método distinto de la ingestión o de los cortes superficiales de la piel; por ejemplo, un intento de ahorcarse, saltar al vacío, o usar un arma de fuego, si la ingestión era potencialmente letal o el adolescente la consideraba como tal.⁹
4. Antecedentes: Los antecedentes de un intento de suicidio previo dentro del último año o los antecedentes establecidos de conducta voluble, impredecible o ambas.^{9,15}
5. Antecedentes del hogar: La falta de un contexto cuidadoso o responsable para recibir al paciente dado de alta.^{9,15}
6. Los pacientes en altísimo riesgo deben ser mantenidos lejos de todo aquello que pudiera utilizar para lesionarse (cristales, ventanas, fuego) mientras se dispone su traslado a un pabellón psiquiátrico cerrado.¹⁵

Se debe otorgar el alta al paciente después de adoptar las siguientes precauciones:

1. El médico debe corroborar los antecedentes (detalles del método empleado, antecedentes de otros intentos recientes, evidencias de conducta perturbada antes del intento).⁹
2. El médico debe ayudar a la familia del adolescente a eliminar o poner a resguardo de inmediato todas las armas de fuego o medicaciones potencialmente peligrosas que haya en el hogar.⁹
3. Se deben tomar disposiciones concretas y precisas para una cita de seguimiento.^{9,15}
4. Se debe proporcionar al adolescente un número telefónico para que llame en caso de que sienta la necesidad de volver a cometer el suicidio.^{9,15}

1.1.5.3. PREVENCIÓN

Las personas que están al borde del suicidio quieren básicamente tres cosas: que alguien los escuche, alguien en quien confiar y alguien que se preocupe. El intento de suicidio debe considerarse siempre una emergencia clínica.^{22, 23}

Los programas de educación sobre suicidio basado en planes de estudio, implementado en los Estados Unidos, están destinados a los adolescentes y al personal de la escuela, pero en muchos casos también a los padres; tienen por objetivo: 1) despertar la conciencia sobre el problema del suicidio en el adolescente, 2) aumentar el conocimiento acerca de las características clínicas de los jóvenes presuicidas, 3) brindar asesoramiento de conducta e información acerca de cómo derivar a los adolescentes en riesgo de posibles conductas

suicidas a los recursos apropiados y 4) alentar a todo joven suicida a obtener la ayuda apropiada.⁹

La mayoría de los programas de educación sobre suicidio operan sobre la base de que es más probable que los estudiantes potencialmente suicidas comenten sus sentimientos e intenciones con otros estudiantes y no con los adultos. Se desprende que otro objetivo es enseñar a los estudiantes que si un amigo les comenta la intención de suicidarse, aun en confidencia, es importante que lo comuniquen a un adulto responsable.⁹

Desjarlais, Eisenberg, Byron y Kleinman plantean los siguientes objetivos para la prevención del riesgo suicida y educación para la salud emocional de los adolescentes, sintetizando algunas necesidades de atención y ubicando los niveles propuestos bajo una perspectiva ecológica:

1. En el nivel macrosistema. Orientar esfuerzos para desestigmatizar la conducta suicida por sus connotaciones sociales, morales, religiosas y legales, a fin de que esta conducta sea detectada oportunamente. Desmitificar creencias y actitudes que entorpezcan la educación para la salud emocional de los adolescentes.
2. En el exosistema. Es función fundamental de los prestadores de servicios como maestros, profesionales de la salud, representantes religiosos, la de educar, pero muy en especial la de los medios masivos de comunicación, ya que se han identificado oleadas de suicidio por efecto de imitación, sobre todo en la población adolescente.
3. En el microsistema. Hace referencia a los adolescentes y a su entorno emocionalmente significativo como la familia y sus padres. Particularmente se requeriría involucrar en las propuestas profilácticas y de prevención a la familia y a los grupos de pares, a fin de incidir en los factores psicosociales de riesgo de la conducta parasuicida. La interacción de estos dos sistemas puede ser articulada en un ambiente externo como lo es la escuela, que por sus recursos humanos, su infraestructura y su funcionamiento se perfila como una alternativa para prevenir el malestar emocional y promover la educación para la salud integral de sus educandos.
4. En el individuo. Desarrollar estrategias que fortalezcan los factores protectores, teniendo en mente que mientras más temprana sea la estimulación de las características psicológicas protectoras, más resistentes serán las personas para lidiar con sus circunstancias de vida presentes y futuras.¹¹

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El intento de suicidio es la conducta asociada a la idea de muerte sin la consumación de la misma, se ha incrementado en la población de adolescentes y jóvenes adultos principalmente del sexo femenino. Así mismo se le ha identificado como el mejor predictor del suicidio. Es por esto que el Médico de Familia debe de estar atento a este hecho.²

En 1970 se registraron 554 defunciones por suicidio en toda la República Mexicana para ambos sexos y 2603 en 1994. En este periodo la tasa de suicidios paso de 1.13 por 100 000 habitantes en 1970 a 2.89 por 100 000 habitantes en 1994, un aumento de 156%. En 1994 la mortalidad por suicido representaba más del 0.6% del total de muertes.¹

Dentro de los factores de riesgo, identificados para la ideación suicida, se encuentran entre otros la falta de apoyo familiar, abuso verbal, pérdidas considerables antes de los dos años de edad, síntomas depresivos, actitud de rechazo a la ayuda, dificultades de aprendizaje y baja autoestima, se ha identificado la falta de cohesión familiar, como factor de riesgo predictivo de la ideación suicida y conductas relacionadas con el intento de suicidio. Se considera que la depresión sigue siendo la principal causa de conducta suicida. Por lo que su detección temprana por el médico de familia y tratamiento oportuno, y/o referencia evitarían muchos casos de suicidio.^{2,3}

Osornio Castillo L. estudio el intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar, en un diseño descriptivo transversal, en el cual encontró que en el grupo de adolescentes con intento de suicidio 56.2% han reincidido, perteneciendo en una proporción considerable a familias desintegradas, encontró falta de cohesión familiar, en cuanto a la adaptación, se caracterizaron por estilos pasivo – agresivos de interacción, con un líder autoritario, con negociaciones limitadas, pobre resolución de problemas y rigidez de roles. A diferencia de los adolescentes que no presentaron ideación suicida, que se caracterizaron por pertenecer a familias amalgamadas en relación con el factor cohesión.²

En un estudio realizado a nivel nacional, Medina - Mora y cols., sobre los trastornos mentales entre la población urbana de más de 18 años, encontró por medio de la Escala CES-D, que 34% había tenido uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio, y entre 10% y 14% de la población había tenido ideación suicida.¹¹

En 1984 Díaz-Guerrero R. Publicaron un artículo titulado tristeza y psicopatología en México, donde se investigó la relación entre los estados emocionales y la conducta psicopatológica en 100 hombres y 100 mujeres estudiantes de secundaria (14-16 años). Los resultados indican que generalmente las mujeres sufren mayor depresión que los hombres. Los sujetos más jóvenes tendieron a sufrir más ansiedad.¹¹

Arias Gómez J. En 1994 publicó, el intento de suicidio en adolescentes. El objetivo fue conocer, la prevalencia del intento suicida en una muestra de 20 adolescentes, con una media de 14 años, quienes fueron atendidos en los servicios de emergencias del Hospital Infantil de México en el periodo de junio de 1989 a septiembre de 1993. Se pudieron identificar ciertos factores asociados con este

fenómeno; en el 100% de los casos existía disfunción familiar, en el 65% había enfermedad crónica en algún pariente cercano, el 50% tenía acceso a medicamentos, 75% presentaba depresión, el 55% era de nivel económico medio y el 25% tenía antecedentes de un intento previo.¹¹

Este trabajo se realizó por que se ha observado que en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE. se tienen registros de que la población de adolescentes acude a la consulta del médico familiar en muy pocas ocasiones y cuando lo hacen, generalmente es por padecimientos como son las infecciones de vías respiratorias altas, enfermedades diarreicas, vacunas y por exámenes médicos; información obtenida de la hoja de registro diario de la consulta. En la misma se observó que no se registran padecimientos psicológicos importantes, como son la depresión y la ideación suicida, problemas de salud muy importantes, que de no atenderse oportunamente, pueden llevar al adolescente a cometer un suicidio.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de presentación de la ideación suicida en adolescentes de una escuela secundaria diurna, de la zona de influencia de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez?"

1.3. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país hay muy pocos estudios relacionados con el intento de suicidio en adolescentes. No se cuenta con estudios del funcionamiento psicosocial de dichos pacientes. El suicidio es un fenómeno muy complejo, multifactorial, y que tiene, siempre un enfoque muy personal, pues lo que en algunos individuos genera conducta autodestructiva, para otros no tiene importancia alguna.

El INEGI reportó en las estadísticas de mortalidad un incremento importante en las muertes por suicidio en adolescentes, correspondiendo en 1990 al 8%, con respecto al total de muertes violentas, y en el 2003, fecha del último reporte, correspondió al 23%, situándose dentro de las diez principales causas de muerte a nivel nacional. La mortalidad por suicidio en el 2003 para el Distrito Federal, fue del 9.5%, siendo en los hombres del 9.9% y en las mujeres del 8.0%

La OMS en 1995 reportó que las mujeres intentan quitarse la vida en una proporción aproximada de tres a uno con respecto a los varones, aunque éstos en mayor medida lo consuman (en una proporción de tres a uno) debido a que tienden a utilizar métodos más letales.

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional. En la mayoría de los países el suicidio se encuentra dentro de las diez principales causas de mortalidad general, en muchos de ellos se ubica entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de 15 a 34 años de edad. Estos datos solo se aproximan a la realidad, pues sólo se registra y se atiende a uno de cada cuatro intentos de suicidio. Debe tenerse en cuenta que por cada suicidio consumado existen de ocho a diez tentativas fallidas.

En la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE., no se lleva un registro de los casos de ideación suicida y depresión, reportándolos con otros diagnósticos diferentes a la conducta suicida, en muchos casos por las implicaciones de tipo legal que conlleva.

Esta investigación es posible de realizarse, ya que dentro de la población adscrita a la Clínica Dr. Ignacio Chávez, se encuentran los pobladores de la Unidad Habitacional Alianza Popular Revolucionaria y dentro de esta se localiza la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón", de la cual mucha de su población escolar recibe atención médica de primer nivel en la Clínica Dr. Ignacio Chávez. También se cuenta con el apoyo de autoridades de la misma, de la jefa de enseñanza y tutora de la tesis, del servicio de psicología y salud mental, del módulo de atención al adolescente, trabajo social y demás personal de la clínica, así como también se cuenta con el apoyo y autorización de las autoridades de la escuela secundaria, de la médico escolar y de los profesores que en ella laboran.

Los resultados que se obtendrán de la investigación serán de gran utilidad, para el equipo multidisciplinario, tanto de la unidad médica como del plantel escolar integrado por los siguientes servicios: consulta diaria del médico familiar, psicología y salud mental, modulo de atención al adolescente, trabajo social, médico y psicólogo escolar, ya que así se podrán realizar mejoras en la calidad de atención del adolescente.

Se han identificado factores de riesgo en los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio, como son los factores comórbidos (alcoholismo, fármaco

dependencia, depresión, trastornos de somatización y enfermedades médicas), los cambios biológicos, emocionales cognitivos y conductuales que todo adolescente presenta en su desarrollo normal y que muchas veces no se les da la importancia que requieren o que se pasan por alto, por el personal médico, y sobre los cuales se puede incidir para evitar la conducta suicida.

El seguimiento del desarrollo y la actitud preventiva por parte del equipo multidisciplinario, respecto de las conductas del adolescente, obligan a programar actividades enfocadas a detectar alteraciones y proporcionar información adecuadas en todas las fases de esta etapa. La escasa frecuencia a las consultas del primer nivel de atención y las dificultades para programar visitas de seguimiento hacen indispensable protocolizar actividades para la consulta espontánea y planear estrategias, con la finalidad de acercar al adolescente a los servicios de salud del primer nivel de atención, como el acudir a los planteles escolares tanto de educación media básica, como media superior, con el objetivo de ofrecer la posibilidad de hablar sobre temas de salud en el adolescente y detectar alteraciones físicas o del patrón de salud, involucrando al núcleo familiar donde se desarrolla el adolescente para realizar acciones tanto de prevención primaria como secundaria, pues como sabemos, este influye positiva o negativamente en el proceso de salud/enfermedad.

Dentro de la actividad del médico familiar está el realizar el Diagnóstico de Salud del paciente y su familia, que le ayuda no sólo a entender los problemas actuales sino a prever situaciones que se pueden presentar si no son atendidos.

1.4. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar la frecuencia de la ideación suicida en adolescentes en una escuela secundaria.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la frecuencia de la ideación suicida en un grupo de adolescentes de una Escuela Secundaria del turno matutino.
2. Detectar la frecuencia con la que se presentó la ideación suicida en cada uno de los tres grados escolares.
3. Clasificar el tipo de familia, de acuerdo a su estructura, desarrollo e integración en los adolescentes sin ideación suicida.
4. Clasificar el tipo de familia, de acuerdo a su estructura, desarrollo e integración en los adolescentes que presentaron ideación suicida.
5. Identificar la fase del ciclo de vida en que se encuentran las familias de los adolescentes que presentaron ideación suicida.
6. Identificar la fase del ciclo de vida en que se encuentran las familias de los adolescentes que no presentaron ideación suicida.

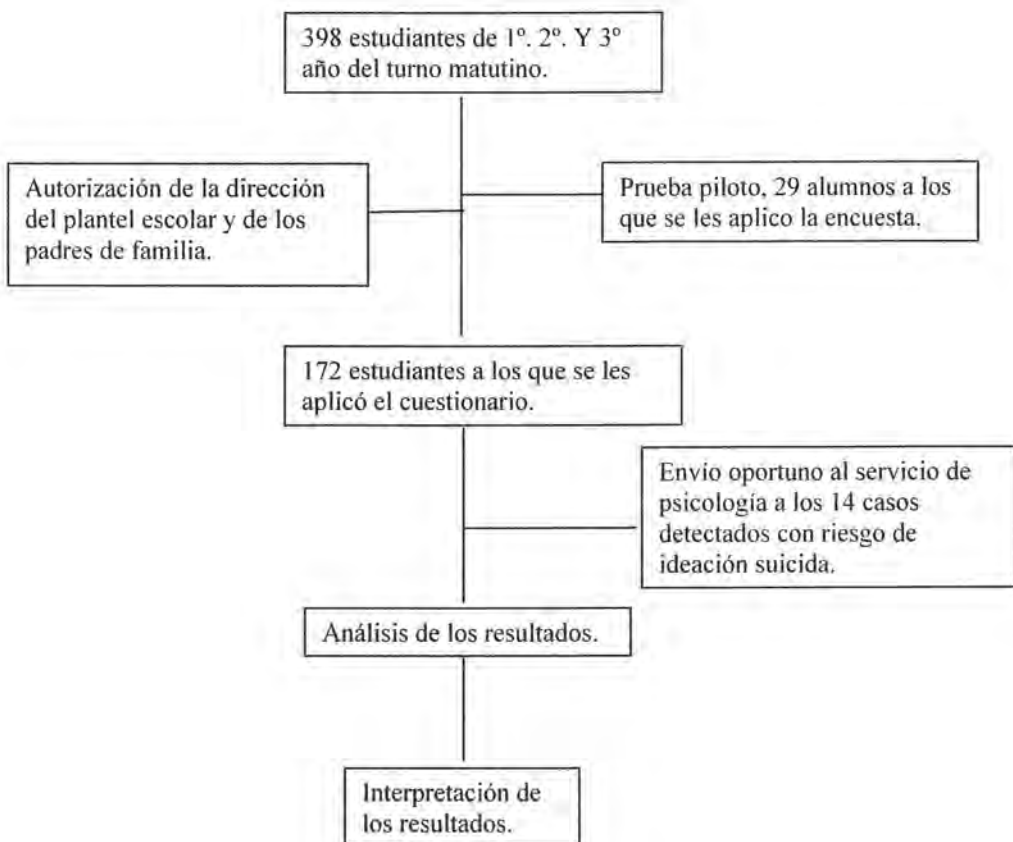
2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio prospectivo, transversal, observacional, descriptivo.

2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

El siguiente diagrama muestra el diseño del estudio: La población de referencia fueron los adolescentes de los tres grados escolares de la escuela secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".



2.3. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en los alumnos inscritos al ciclo escolar 2004-2005, en los tres grados de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón" localizada en la Unidad Habitacional "Alianza Popular Revolucionaria" Delegación Coyoacán de la Ciudad de México.

El estudio se llevó a cabo del 1º al 20 de junio del 2005.

2.4. MUESTRA.

Para obtener el tamaño de la muestra se utilizó la formula para la población menor de 10,000:

$$n_o = \frac{\frac{Z^2 q}{E^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{Z^2 q}{E^2 p} - 1 \right)}$$

Se utiliza un nivel de confianza de 92% (1.75), con un error del 10% (0.10), una p de 0.65 y una q de 0.35, con estos datos, se obtuvo un tamaño de muestra de 116 y redondeando o aumentando un 10% por las pérdidas sería el tamaño total de 130 encuestas aplicadas.

2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

2.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Todo alumno inscrito en 1º, 2º, y 3º años.
2. Turno matutino.
3. Ambos sexos.
4. Presencia en el momento de realización de la encuesta.
5. Autorización por parte del padre o tutor, de que el alumno conteste el cuestionario.
6. Que el alumno haya entregado oportunamente la carta de autorización a las autoridades de la escuela.

2.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Ausencia en el momento de la encuesta.
2. Que no sea alumno del plantel.
3. Que no desee participar en el estudio.
4. Que el padre o tutor no hayan autorizado al alumno para contestar el cuestionario.
5. Que el alumno no haya entregado oportunamente la carta de autorización a las autoridades de la escuela.

2.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. No haber contestado el cuestionario completo.
2. Presencia de respuestas dobles en algún reactivo.
3. No haber entregado el cuestionario por parte del alumno.

2.6. VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN)

Las variables del estudio se identifican en la siguiente tabla:

Nombre completo de la variable.	Tipo de variable.	Escala de medición.	Valores que toma la variable o código.
Número de folio.	Cuantitativa.	Discontinua.	Número consecutivo del 1 a N.
Año escolar del adolescente.	Cuantitativa.	Discontinua.	1= 1º año. 2= 2º año. 3= 3º año.
Edad del adolescente.	Cuantitativa.	Discontinua.	Número de años.
Sexo del adolescente.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.	1= Femenino. 2= Masculino.
Estado de salud actual del adolescente.	Cualitativa.	Nominal.	1= Sano. 2= Enfermo. 3= No sé.
Enfermedades que padece el adolescente.	Cualitativa.	Nominal.	1= DM TI. 2= Hipotiroidismo. 3= Obesidad. 4= Asma. 5= Infección de vías respiratorias altas. 6= Ninguna.
Tristeza por más de dos semanas en el adolescente.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.	1= Sí. 2= No.
Causas del periodo constante de tristeza en el adolescente.	Cualitativa.	Nominal.	1= Mala relación con el padre. 2= Mala relación con la madre. 3= Mala relación con las (os) hermanas (os). 4= Mala relación con las (os) amigas (os). 5= Mala relación con la (el) novia (o). 6= Bajo rendimiento escolar. 7= Algún miembro de la familia está fuera de la casa. 8= Divorcio o separación de los padres. 9= Muerte reciente de un familiar. 10= Enfermedad de un familiar. 11= Sentimientos de minusvalía. 12= No sé. 13= Ninguna.

Número de integrantes de la familia.	Cuantitativa.	Discontinua.	Número de personas.
Mamá trabaja.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.	1= Sí. 2= No.
Papá trabaja.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.	1= Sí. 2= No.
Parentesco con el adolescente.	Cualitativa.	Nominal.	1= Padre. 2= Madre. 3= Hermano. 4= Hermana. 5= Padrastro. 6= Tío paterno. 7= Tío materno. 8= Tía paterna. 9= Tía materna 10= Abuelo paterno. 11= Abuelo materno. 12= Abuela paterna. 13= Abuela materna. 14= Primo materno. 15= Yerno. 16= Nuera. 17= Nieto.
Edad del familiar.	Cuantitativa.	Discontinua.	Número en años.
Sexo del familiar.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.	1= Femenino. 2= Masculino.
Ocupación del familiar.	Cualitativa.	Nominal.	1= Ama de casa. 2= Jubilado / pensionado. 3= Desempleado. 4= Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.) 5= Menor de edad (menor de 4 años) 6= Estudiante. 7= Estudia y trabaja. 8= Obrero. 9= Chofer. 10= Técnico (electricista, campesino, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.) 11= Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.) 12= Profesional (maestro, médico, sacerdote, arquitecto, ingeniero, abogado, enfermera,

			psicólogo, etc. 13= Comerciante establecido. 14= Servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, etc.) 15= otras ocupaciones no especificadas.
Estado civil del familiar.	Cualitativa.	Nominal.	1= Casado. 2= Unión libre. 3= Soltero. 4= Viudo. 5= Divorciado. 6= Separado. 7= No sé.
Estado de salud actual del familiar.	Cualitativa.	Nominal.	1= Sano. 2= Enfermo. 3= No sé.
Relación del adolescente con sus familiares.	Cualitativa.	Ordinal.	1= Buena. 2= Regular. 3= Mala.
Tipo de familia según se estructura.	Cualitativa.	Nominal.	1= Construida nuclear. 2= Construida extensa. 3= Construida compuesta. 4= Reconstruida nuclear. 5= Reconstruida extensa. 6= Reconstruida compuesta. 7= Extensa binuclear. 8= Extensa polinuclear. 9= Familia de dos. 10= Vive solo.
Tipo de familia según su desarrollo.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.	1= Moderna. 2= Tradicional.
Tipo de familia según su ocupación.	Cualitativa.	Nominal.	1= Profesional. 2= Obrera. 3= Técnica.
Tipo de familia según su integración.	Cualitativa.	Nominal dicotómica.	1= Integrada. 2= Desintegrada.
Etapas del ciclo de vida de la familia.	Cualitativa.	Nominal.	1= Matrimonio. 2= Expansión. 3= Dispersión. 4= Independencia. 5= Retiro y muerte.

¿Tienes deseos de vivir?	Cualitativa.	Nominal.	1= Mi deseo de vivir es fuerte. 2= Mi deseo de vivir es débil. 3= No tengo deseos de vivir
¿Tienes deseos de morir?	Cualitativa.	Nominal.	1= No tengo deseos de morir. 2= Mi deseo de morir es débil. 3= Mi deseo de morir es fuerte
¿Qué es más fuerte, tu deseo de vivir o tu deseo de morir?	Cualitativa.	Nominal.	1= Mi deseo de vivir supera al de morir. 2= Es igual. 3= Mi deseo de morir supera al de vivir.
¿Has deseado hacerte daño con la intención de morirte?	Cualitativa.	Nominal.	1= No lo he deseado. 2= Mi deseo es débil. 3= Mi deseo es fuerte.
¿Has deseado hacerte daño, pero sin la intención de morirte?	Cualitativa.	Nominal.	1= Has tomado precauciones para salvar tu vida. 2= Dejarías a la suerte el vivir o el morir. 3= Dejarías de hacer cosas para mantener tu vida.
Si has tenido ideas de morir ¿Cuánto han durado?	Cualitativa.	Nominal.	1= Han sido periodos pasajeros. 2= Han sido periodos largos 3= Han sido periodos continuos.
¿Con qué frecuencia se han presentado?	Cualitativa.	Nominal.	1= Ocasionalmente. 2= En forma intermitente. 3= Han sido continuos.
¿Qué opinas de las personas que tienen pensamientos o deseos de morir?	Cualitativa.	Nominal.	1= Sientes rechazo. 2= Te es indiferente. 3= Lo aceptas.
¿Tienes control sobre el deseo de suicidarte?	Cualitativa.	Nominal.	1= Si. 2= Te has sentido inseguro. 3= No.
¿Tienes algún motivo que te detenga a suicidarte?	Cualitativa.	Nominal.	1= No lo intentaría porque algo me detiene. 2= Tengo cierta duda hacia el realizar un suicidio. 3= No tengo motivos que me detengan a realizar un suicidio.
¿Cuáles han sido tus razones para pensar en realizar un suicidio?	Cualitativa.	Nominal.	1= Llamar la atención o por venganza. 2= Por las dos razones. 3= Para escapar o salir de problemas.

¿Has considerado algún plan para suicidarte?	Cualitativa.	Nominal.	1= No lo he considerado. 2= Si lo he considerado, pero no he elaborado los detalles. 3= Si lo he considerado y he elaborado los detalles.
¿Posees algún instrumento para llevar a cabo el suicidio?	Cualitativa.	Nominal.	1= No cuento con algún instrumento. 2= Si cuento con algún instrumento, pero no lo utilizaría. 3= Si cuento con algún instrumento y lo utilizaría.
¿Tienes el valor para llevar a cabo un intento de suicidio?	Cualitativa.	Nominal.	1= No. 2= No estoy seguro de tener el valor. 3= Si.
¿Sí anteriormente has intentado un suicidio, has dejado una nota?	Cualitativa.	Nominal.	1= Nunca. 2= La he iniciado sin terminar. 3= La he escrito y terminado.
En alguna ocasión ¿has regalado tus cosas porque piensas que te vas a morir?	Cualitativa.	Nominal.	1= Nunca. 2= Si lo he pensado, pero no las he regalado. 3= Si.
¿Cuándo has tenido ideas de suicidio...?	Cualitativa.	Nominal.	1= Lo has hablado con alguien abiertamente. 2= Lo has hablado con alguien, pero sin decirle abiertamente sobre tus ideas de suicidio. 3= No lo has hablado con nadie.
¿Has intentado suicidarte anteriormente?	Cualitativa.	Nominal.	1= Nunca. 2= En una ocasión. 3= En más de una ocasión

2.7. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Número de folio: Número progresivo que se le asigna a cada uno de los cuestionarios.

Grado escolar del adolescente: Año que cursa el alumno que fue autorizado a contestar el cuestionario.

Edad del adolescente: Edad en años cumplidos que tiene actualmente el adolescente.

Sexo del adolescente: Hace referencia al género, si pertenece al sexo masculino o al sexo femenino.

Estado de salud actual del adolescente: Se refiere a si el adolescente actualmente está sano o enfermo.

Enfermedades que padece el adolescente: Enfermedades crónicas o agudas, como diabetes mellitus, hipotiroidismo, obesidad, asma e infección de vías respiratorias altas.

Tristeza por más de dos semanas en el adolescente: Si el adolescente se ha sentido con estado de ánimo bajo, pérdida de interés o de la capacidad de disfruta, por un periodo de dos semanas en los últimos doce meses.

Causa del periodo constante de tristeza del adolescente: Causas que ocasionan el estado de ánimo bajo, como la mala relación con algún familiar o con los amigos, bajo rendimiento escolar, separación o divorcio de los padres, y enfermedad o muerte reciente de algún familiar.

Número de integrantes de la familia: Hace referencia al número de personas que viven bajo el mismo techo.

Mamá trabaja: Si la madre tiene un empleo remunerado.

Papá trabaja: Si el padre tiene un empleo remunerado.

Parentesco con el adolescente: Vínculo que existe con el adolescente por consanguinidad o afinidad.

Edad del familiar: Edad en años cumplidos del familiar.

Sexo del familiar: Se refiere al género, si pertenece al sexo masculino o al femenino.

Ocupación del familiar: Trabajo que desempeña el familiar, ya sea remunerado o no; o se encuentre desempleado.

Estado civil del familiar: Se refiere a si el familiar esta casado, en unión libre, soltero, viudo, divorciado o separado.

Estado de salud actual del familiar: Si el familiar actualmente se encuentra sano o enfermo.

Relación del adolescente con sus familiares: Relación emocional o interpersonal del adolescente con cada uno de sus familiares, ya sea buena, regular o mala.

Tipo de familia según su estructura: Según las personas que integran el núcleo familiar, se clasifica a la familia en construida nuclear, construida extensa, construida compuesta, reconstruida nuclear, reconstruida extensa, reconstruida compuesta.

Tipo de familia según su desarrollo: Si la mujer tiene un empleo remunerado será moderna, si la mujer se dedica al hogar será tradicional.

Tipo de familia según su ocupación: Dependiendo del trabajo que desempeñe la persona que sea el sostén familiar, se trata de una familia profesional, obrera o técnica.

Tipo de familia según su integración: Si viven bajo el mismo techo ambos miembros de la pareja, se trata de una familia integrada, si uno de ellos falta, se trata de una familia desintegrada.

Etapas del ciclo vital de la familia: Una vez identificada a la familia se determinará la etapa del ciclo de vida que cursa actualmente según la clasificación de Geyman.

2.8. DISEÑO ESTADÍSTICO

El propósito del estudio fue detectar en un grupo de adolescentes de 11 a 16 años de edad, que presentan ideación suicida, en la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón" por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck y de una cédula de identificación, a los cuales se les realiza una medición independiente de variables cualitativas y cuantitativas; utilizándose para esto escalas de medición nominales y medidas de tendencia central y dispersión.

La distribución de los datos será paramétrica para las variables cuantitativas y no paramétrica para las variables cualitativas.

Se compararán la etapa del ciclo de vida de las familias con adolescentes con ideación suicida y con adolescentes sin ideación suicida.

2.9. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una cédula de identificación, la cual incluye la ficha de identificación, a la que se les asignó un folio, el grupo, grado, edad, sexo, estado de salud, además se preguntó sobre las enfermedades que padece el adolescente y si se ha sentido triste por un periodo de dos semanas en los últimos doce meses.

También se utilizó un cuadro de tipología familiar donde se pregunta si el padre o la madre tienen un empleo remunerado, el número de integrantes de la familia, el parentesco que tiene la persona con el adolescente, edad, sexo, ocupación, estado civil, estado de salud del familiar y la relación afectiva que tiene el adolescente con cada uno de sus familiares.

Para detectar el riesgo de ideación suicida en el adolescente se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck, la cual se modificó tanto en las preguntas como en las respuestas para hacerlas más comprensibles, para que los alumnos pudieran contestar las preguntas. Esta modificación fue autorizada por un grupo de expertos. El cuestionario consta de 18 preguntas. Se calificó con un mínimo de diez puntos, para detectar a los adolescentes con riesgo de ideación suicida.

Se agregó una hoja de consentimiento informado y de autorización, dirigido a los padres de familia para que permitieran a sus hijos participar en el estudio, contestando el cuestionario. Anexo 1, 2, 3, 4 y 5.

2.10. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez que se realizaron los cuestionarios, y que fueron revisados y autorizados por la tutora y autoridades del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM, se procedió a solicitar la autorización de la directora de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón", se seleccionó un grupo de primer año al cual se le aplicó la prueba piloto, previa autorización de los padres de familia para que sus hijos participaran contestando el cuestionario. No fue necesario hacer más modificaciones al instrumento.

Se enviaron 350 solicitudes de autorización a los padres de familia, de las cuales solamente se autorizaron a 172 alumnos para participar contestando el cuestionario de ideación suicida, a los cuales se les aplicó el instrumento de evaluación. Se identificó en cada grupo a los alumnos autorizados, se les

distribuyó la prueba para la auto aplicación, se recabaron las 172 encuestas, de las cuales se eliminaron 42, ya que no se contestaron completamente, quedando un total de 130 cuestionarios.

La información se capturó en una base de datos, que se describirá posteriormente, se realizó el análisis estadístico en el programa SPSS.

Se presentaron los resultados en gráficas y tablas.

2.11. MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS

El sesgo de selección no se pudo controlar, ya que solamente se incluyó en el estudio a los alumnos que fueron autorizados por sus padres para participar contestando el cuestionario.

El sesgo de información tampoco se pudo controlar debido a que se confió en la información que proporcionaron los alumnos y no se pudo corroborar la veracidad de la misma.

El sesgo de medición no se pudo controlar, ya que se utilizó una encuesta de auto aplicación, aunque se tuvo la disposición por parte del investigador de resolver las dudas que pudieran tener los adolescentes sobre la encuesta en cualquiera de sus apartados.

El sesgo de análisis se controló al realizarlo tres investigadores.

2.12. PRUEBA PILOTO

Una vez que se contó con los cuestionarios, se solicitó la autorización de la directora de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón", se enviaron 47 cartas de autorización a los padres de familia para que sus hijos pudieran participar en el estudio, se autorizaron a 29 alumnos, para que pudieran contestar el cuestionario, a los cuales se les aplicó la prueba, se recabaron las 29 encuestas, de las cuales se eliminaron 12, ya que no fueron contestados en su totalidad, quedando un total de 17 cuestionarios. No se encontró problemas en la comprensión de las preguntas, ni de las respuestas, por parte de los alumnos que participaron en la prueba piloto, por lo que el cuestionario se aplicó en su integridad.

Para poder identificar a los alumnos con riesgo de ideación suicida y poder darles un seguimiento adecuado, fue necesario otorgarle un número de folio a la carta de autorización enviada a los padres de familia, en la cual se registró el nombre del alumno participante, año y grupo escolar; aun cuando el cuestionario fue anónimo, se dio el mismo número de folio al cuestionario entregado a los adolescentes autorizados que participaron en el estudio.

2.13. DESCRIPCIÓN OPERATIVA Y PLAN DE CODIFICACIÓN DE DATOS

El siguiente cuadro describe la estructura de la base de datos así como los valores operativos de las variables.

La base de datos fue diseñada en el programa de computo **SPSS**.

Número de la variable.	Nombre de la variable (8 caracteres).	Tipo. N= numérico o	Ancho de la columna Enteros.	Etiqueta nombre completo de la variable	Valores que toma la variable. Códigos.	Escala de medición. S= Escalar. N= Nominal.
1	Numfol	N	3	Número de folio.	Número consecutivo del 1 a N.	S
2	Añoescad	N	3	Año escolar del adolescente.	1= 1º año. 2= 2º año. 3= 3º año.	S
3	Edadadol	N	3	Edad del adolescente.	Número de años.	S
4	Sexoadol	N	3	Sexo del adolescente.	1= Femenino. 2= Masculino.	N
5	Edsaladl	N	3	Estado de salud actual del adolescente.	1= Sano. 2= Enfermo. 3= No se.	N
6	Enfadol	N	3	Enfermedades que padece el adolescente.	1= DM TI. 2= Hipotiroidismo. 3= Obesidad. 4= Asma. 5= Infección de vías respiratorias altas. 6= Ninguna.	N
7	Trisdosad	N	3	Tristeza por más de dos semanas en el adolescente.	1= Si. 2= No.	N
8	Cautrist	N	3	Causas del periodo constante de tristeza en el adolescente.	1= Mala relación con el padre. 2= Mala relación con la madre. 3= Mala relación con las (os) hermanas (os). 4= Mala relación con las (os) amigas (os). 5= Mala relación con la (el) novia (o). 6= Bajo rendimiento escolar. 7= Algún miembro de la familia esta fuera de la casa. 8= Divorcio o separación de los padres. 9= Muerte reciente de un familiar. 10= Enfermedad de	N

					un familiar. 11= Sentimientos de minusvalía. 12= No sé. 13= Ninguna.	
9	Numinfam	N	3	Número de integrantes de la familia.	Número de personas.	S
10	Mamatrab	N	3	Mamá trabaja.	1= Sí. 2= No.	N
11	Papatrab	N	3	Papá trabaja.	1= Sí. 2= No.	N
12	Pareadol	N	3	Parentesco con el adolescente.	1= Padre. 2= Madre. 3= Hermano. 4= Hermana. 5= Padrastro. 6= Tío paterno. 7= Tío materno. 8= Tía paterna. 9= Tía materna 10= Abuelo paterno. 11= Abuelo materno. 12= Abuela paterna. 13= Abuela materna. 14= Primo materno. 15= Yerno. 16= Nuera. 17= Nieto.	N
13	Edadfam	N	3	Edad del familiar.	Número de años.	S
14	Sexofam	N	3	Sexo del familiar.	1= Femenino. 2= Masculino.	N
15	Ocupfam	N	3	Ocupación del familiar.	1= Ama de casa. 2= Jubilado / pensionado. 3= Desempleado. 4= Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.) 5= Menor de edad (menor de 4 años) 6= Estudiante. 7= Estudia y trabaja. 8= Obrero. 9= Chofer. 10= Técnico (electricista, campesino, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.) 11= Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista,	N

					<p>archivista, etc.) 12= Profesional (maestro, médico, sacerdote, arquitecto, ingeniero, abogado, enfermera, psicólogo, etc.) 13= Comerciante establecido. 14= Servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, etc.) 15= otras ocupaciones no especificadas.</p>	
16	Edocivfa	N	3	Estado civil del familiar.	1= Casado. 2= Unión libre. 3= Soltero. 4= Viudo. 5= Divorciado. 6= Separado. 7= No sé.	N
17	Edsalfam	N	3	Estado de salud actual del familiar.	1= Sano. 2= Enfermo. 3= No sé.	N
18	Reladfam	N	3	Relación del adolescente con sus familiares.	1= Buena. 2= Regular. 3= Mala.	N
19	Tipfames	N	3	Tipo de familia según su estructura.	1= Construida nuclear. 2= Construida extensa. 3= Construida compuesta. 4= Reconstruida nuclear. 5= Reconstruida extensa. 6= Reconstruida compuesta. 7= Extensa binuclear. 8= Extensa polinuclear. 9= Familia de dos. 10= vive solo.	N
20	Tipfamde	N	3	Tipo de familia según su desarrollo.	1= Moderna. 2= Tradicional.	N

21	Tipfamoc	N	3	Tipo de familia según su ocupación.	1= Profesional. 2= Obrera. 3= Técnica.	N
22	Tiptamin	N	3	Tipo de familia según su integración.	1= Integrada. 2= Desintegrada.	N
23	Etcivitf	N	3	Etapas del ciclo de vida de familia.	1= Matrimonio. 2= Expansión. 3= Dispersión. 4= Independencia. 5= Retiro y muerte.	N
24	Tiedevi	N	3	¿Tienes deseos de vivir?	1= Mi deseo de vivir es fuerte. 2= Mi deseo de vivir es débil. 3= No tengo deseos de vivir.	N
25	Tiedemo	N	3	¿Tienes deseos de morir?	1= No tengo deseos de morir. 2= Mi deseo de morir es débil. 3= Mi deseo de morir es fuerte.	N
26	Quefuvom	N	3	¿Qué es más fuerte, tu deseo de vivir o tu deseo de morir?	1= Mi deseo de vivir supera al de morir. 2= Es igual. 3= Mi deseo de morir supera al de vivir.	N
27	Hadedamo	N	3	¿Has deseado hacerte daño con la intención de morirte?	1= No lo he deseado. 2= Mi deseo es débil. 3= Mi deseo es fuerte.	N
28	Hdedasmo	N	3	¿Has deseado hacerte daño, pero sin la intención de morirte?	1= Has tomado precauciones para salvar tu vida. 2= Dejarías a la suerte el vivir o el morir. 3= Dejarías de hacer cosas para mantener tu vida.	N
29	Idmocudu	N	3	Si has tenido ideas de morir ¿Cuánto han durado?	1= Han sido periodos pasajeros. 2= Han sido periodos largos 3= Han sido periodos continuos.	N
30	Frecpre	N	3	¿Con qué frecuencia se han presentado?	1= Ocasionalmente. 2= En forma intermitente. 3= Han sido continuos.	N

31	Opertdmo	N	3	¿Qué opinas de las personas que tienen pensamientos o deseos de morir?	1= Sientes rechazo. 2= Te es indiferente. 3= Lo aceptas.	N
32	Contdesu	N	3	¿Tienes control sobre el deseo de suicidarte?	1= Sí. 2= Te has sentido inseguro. 3= No.	N
33	Timodesu	N	3	¿Tienes algún motivo que te detenga a suicidarte?	1= No lo intentaría porque algo me detiene. 2= Tengo cierta duda hacia el realizar un suicidio. 3= No tengo motivos que me detengan a realizar un suicidio.	N
34	Raperesu	N	3	¿Cuáles han sido tus razones para pensar en realizar un suicidio?	1= Llamar la atención o por venganza. 2= Por las dos razones. 3= Para escapar o salir de problemas.	N
35	Conplasu	N	3	¿Has considerado algún plan para suicidarte?	1= No lo he considerado. 2= Sí lo he considerado, pero no he elaborado los detalles. 3= Sí lo he considerado y he elaborado los detalles.	N
36	Poinacsu	N	3	¿Posees algún instrumento para llevar a cabo el suicidio?	1= No cuento con algún instrumento. 2= Sí cuento con algún instrumento, pero no lo utilizaría. 3= Sí cuento con algún instrumento y lo utilizaría.	N
37	Tivacasu	N	3	¿Tienes el valor para llevar a cabo un intento de suicidio?	1= No. 2= No estoy seguro de tener el valor. 3= Sí.	N
38	Aninsuno	N	3	¿Sí anteriormente has intentado un suicidio, has dejado una nota?	1= Nunca. 2= La he iniciado sin terminar. 3= La he escrito y terminado.	N
39	Harecomo	N	3	En alguna ocasión ¿has regalado tus cosas porque piensas que te vas a morir?	1= Nunca. 2= Si lo he pensado, pero no las he regalado. 3= Sí.	N

40	Cuidsuha	N	3	¿Cuándo has tenido ideas de suicidio...?	1= Lo has hablado con alguien abiertamente. 2= Lo has hablado con alguien, pero sin decirle abiertamente sobre tus ideas de suicidio. 3= No lo has hablado con nadie.	N
41	Hainsuan	N	3	¿Has intentado suicidarte anteriormente?	1= Nunca. 2= En una ocasión. 3= En más de una ocasión	N

2.14. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para la variable cuantitativa se analizaron con medidas de tendencia central (moda, mediana, media), medidas de dispersión (desviación estándar, rango, máximo y mínimo).

Para las variables cualitativas se analizaron con medidas de tendencia central (frecuencia y porcentaje).

Se realizó la comparación de las variables cualitativas con la prueba t de Students y la prueba χ^2 .

2.15. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA

Etapa/actividad	Mensual													
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
Etapa de planeación del proyecto	X	X	X	X										
Marco teórico			X	X	X	X								
Material y métodos						X	X	X						
Registro y autorización del proyecto								X	X					
Prueba piloto										X				
Etapa de ejecución del proyecto										X	X			
Recolección de datos											X	X		
Almacenamiento de los datos											X	X		
Análisis de los datos												X		
Descripción de los resultados												X	X	
Discusión de los resultados												X	X	
Conclusiones del estudio													X	
Integración y revisión final													X	X
Reporte final														X
Autorizaciones														X
Impresión del trabajo final														X
Solicitud de examen de tesis														X

2.16. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO

2.16.1. RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos con los que se planeó realizar el trabajo, fueron los alumnos inscritos en la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvados Díaz Mirón", de los tres grados escolares del turno matutino. Se solicitó la autorización de los padres de familia y de las autoridades directivas del plantel, para poder llevar a cabo la encuesta en los adolescentes. Así como también se obtuvo apoyo del médico escolar y un grupo de psicólogos y psiquiatras que dan pláticas con cierta frecuencia en el plantel escolar.

Se solicitó el apoyo de los tutores del curso y de la asesora de tesis para la realización del proyecto, todos pertenecientes al Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de medicina de la UNAM.

2.16.2. RECURSOS FÍSICOS

Se requirió de las instalaciones de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón", como son aulas, pupitres, escritorios, gis, pizarrón, hojas para los cuestionarios, lápices, bolígrafos, grapas, oficinas de la dirección, así como disquetes y fotocopias.

Apoyo bibliográfico de la Biblioteca del Departamento de Medicina Familiar y de la Facultad de Medicina de la UNAM, así como del equipo de cómputo de la misma y del autor.

2.16.3. RECURSOS FINANCIEROS

Los recursos financieros fueron aportados en su totalidad por el autor del trabajo.

2.17. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se realizó de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos, manifestadas en la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y Enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, en octubre del 2000, la cual menciona que el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

También menciona que para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Se procedió conforme al artículo número 24, el cual menciona, que cuando la persona sea un menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la Ley vigente.

En este trabajo se tomo en cuenta, también el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se apega a lo establecido en el título segundo, capítulo I, artículo 17, categoría I de investigación sin riesgo.

En el Artículo 100 fracción IV, se menciona que se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

En esta investigación se solicitó el permiso de las autoridades directivas de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón" mediante un oficio dirigido a la directora Lilia Morales Zarco, para la aplicación del instrumento de trabajo.

Así mismo se envió información y se solicitó la autorización de los padres de familia para que los estudiantes participaran contestando la encuesta.

Se respeto la decisión de los alumnos que desearon no participar, o que no fueron autorizados a participar en el estudio.

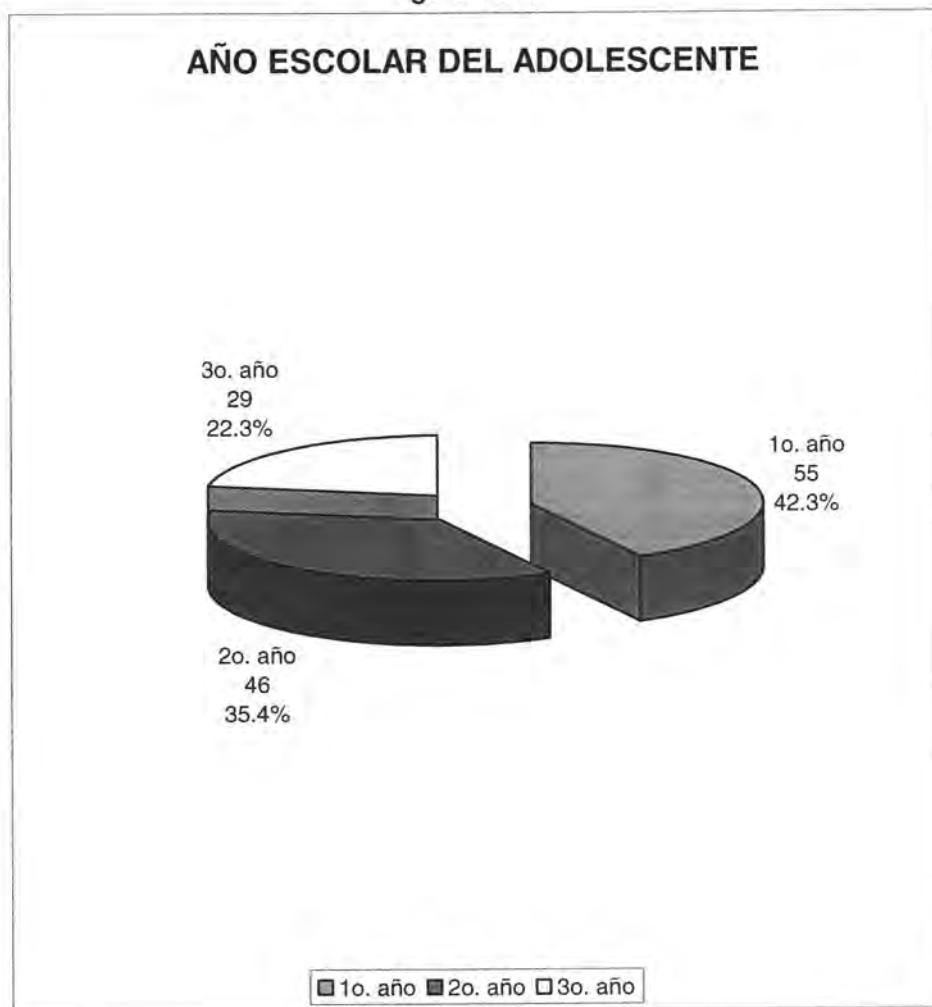
Los resultados obtenidos con la aplicación de este instrumento, serán manejados de manera confidencial y únicamente serán empleados para los fines y objetivos determinados en esta investigación.

3. RESULTADOS

3.1 PARTICIPACIÓN DE LOS ALUMNOS POR GRADO ESCOLAR

Se aplicaron 130 cuestionarios a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón" con un 92% de confianza, 10% de error, p de 0.65 y q de 0.35 de variabilidad. En la figura No. 1 se representa la frecuencia de la participación de los alumnos de 1º, 2º y 3º años. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.000$.

Figura No. 1.

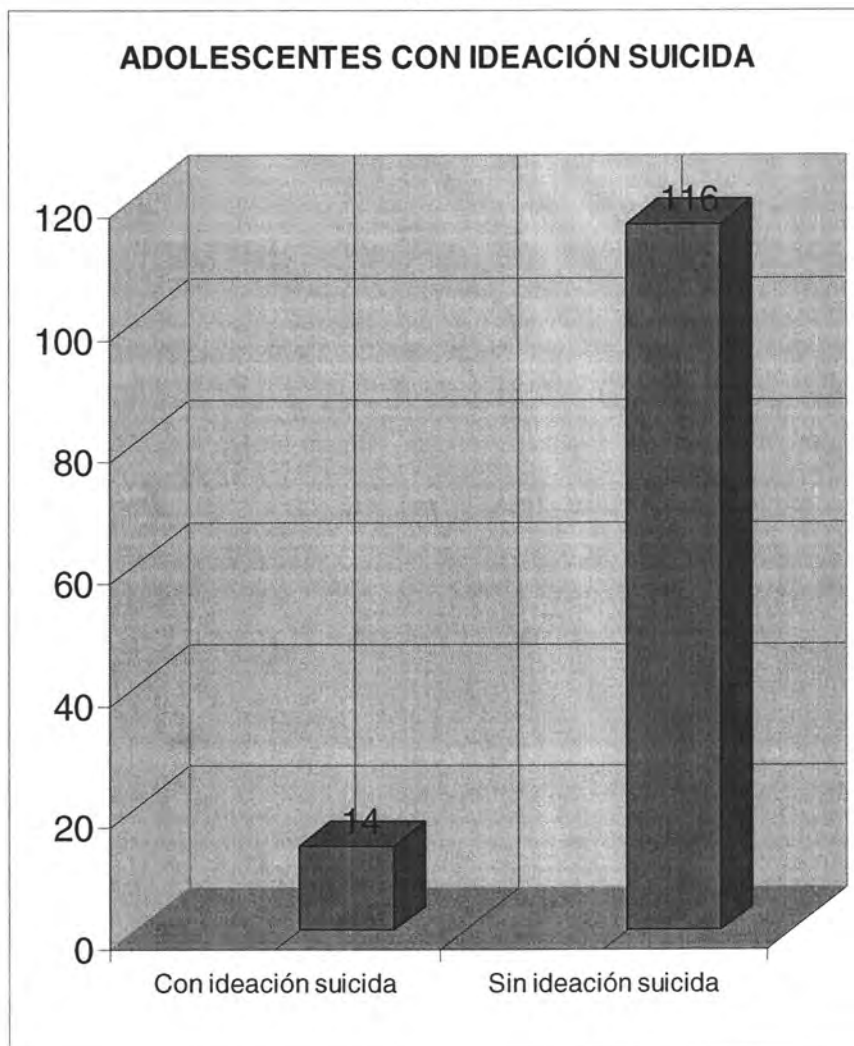


Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.2 ADOLESCENTES DETECTADOS CON IDEACIÓN SUICIDA

En la siguiente figura se representa la frecuencia con la que se presentó la ideación suicida en los adolescentes que participaron en el estudio. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.005$.

Figura No. 2.



Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.3 EDAD DEL ADOLESCENTE

En el siguiente cuadro se observa la media, mediana, moda, rango, mínimo y máximo de la edad de los alumnos que participaron en el estudio.

Cuadro No.1

Edad	Media	Mediana	Moda	Rango	Mínimo	Máximo
	13.5308 años	14 años	14 años	5 años	11 años	16 años

Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.4 EDAD DE LOS ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDAS

En el cuadro No. 2 se presenta la media, mediana, moda, rango, mínimo y máximo de la edad de los adolescentes detectados con riesgo de ideación suicida.

Cuadro No. 2

Edad	Media	Mediana	Moda	Rango	Mínimo	Máximo
	13.7857 años	14 años	13 años	3 años	12 años	15 años

Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

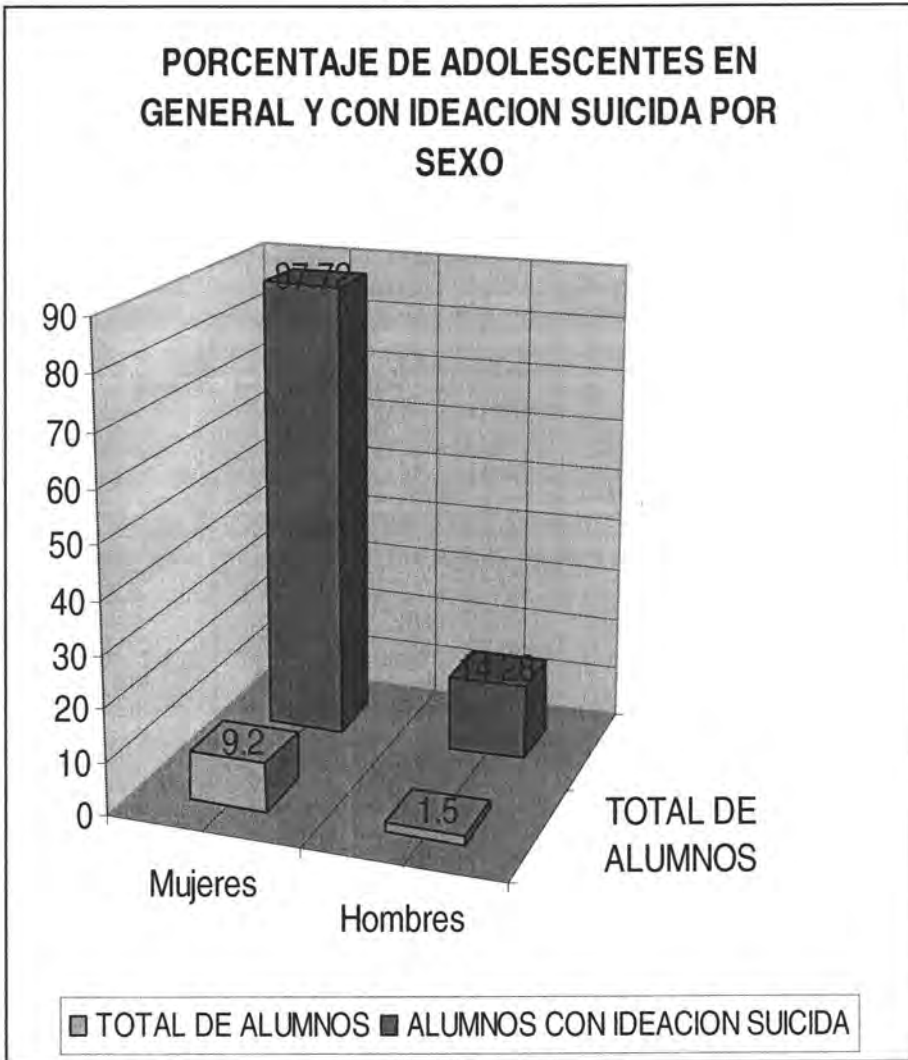
3.5 SEXO DEL ADOLESCENTE

Se aplicó el cuestionario a 130 alumnos, teniendo una participación de 87 mujeres, el cual representa el 66.9% del total de adolescentes participantes, y 43 varones, siendo el 33.1%. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.000$.

3.6 SEXO DE LOS ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDAS

En la siguiente grafica, se observa el porcentaje de adolescentes por sexo, detectados con riesgo de ideación suicida, se representa el porcentaje con respecto al total de alumnos que participaron en el estudio, y el del grupo de participantes con conductas suicidas. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.005$.

Figura No. 3.



Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130

3.7 ESTADO DE SALUD DEL ADOLESCENTE

La siguiente figura representa el estado de salud de los alumnos que participaron en el estudio. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.000$.

Figura No. 4.



Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón", $n = 130$.

3.8 ENFERMEDADES QUE PADECE EL ADOLESCENTE

El siguiente cuadro muestra la frecuencia y el porcentaje de las enfermedades que fueron reportadas por los alumnos sin ideación suicida que participaron en el estudio y las enfermedades más frecuentes que padecen los adolescentes detectados con ideación suicida.

Cuadro No. 3.
Enfermedades que padece el adolescente.

PADECIMIENTOS	FRECUENCIA ADOLESCENTES SIN IDEACION SUICIDA	FRECUENCIA ADOLESCENTES CON IDEACION SUICIDA
Diabetes Mellitus insulino dependiente.	1 (0.8%)	0
Hipotiroidismo.	1 (0.8%)	0
Obesidad.	0	1 (7.14%)
Asma.	0	1 (7.14%)
Infecciones de vías respiratorias altas.	8 (6.2%)	0
Ninguna.	106 (91.37%)	12 (85.71%)
Total.	116 (100%)	14 (100%)

Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.9 TRISTEZA POR MÁS DE DOS SEMANAS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

Al revisar los resultados reportados por los adolescentes, se observa que 44 de los alumnos participantes en el estudio, los cuales representan el 33.8% del total, reportaron haber sentido tristeza por más de dos semanas en los últimos doce meses, y 86 adolescentes (66.2%), no presentaron tristeza ($p = 0.000$).

Los adolescentes detectados con riesgo de ideación suicida se observa que 11 (78.57%) de los 14 alumnos, reportaron haberse sentido tristes por más de dos semanas en los últimos doce meses, y 3 (21.42%) no presentaron tristeza ($p = 0.033$).

3.10 CAUSAS DEL PERIODO CONSTANTE DE TRISTEZA

El siguiente cuadro muestra la frecuencia y el porcentaje de las causas del periodo constante de tristeza, reportado por los alumnos sin ideación suicida que participaron en el estudio y en los adolescentes detectados con ideación suicida.

Cuadro No. 4.
Causas del periodo constante de tristeza.

CAUSAS	FRECUENCIA ADOLESCENTES SIN IDEACION SUICIDA	FRECUENCIA ADOLESCENTES CON IDEACION SUICIDA
Mala relación con el padre.	3 (2.5%)	2 (14.28%)
Mala relación con la madre.	2 (1.72%)	1 (7.14%)
Mala relación con los hermanos (as).	1 (0.86%)	1 (7.14%)
Mala relación con los amigos (as).	5 (4.31%)	1 (7.14%)
Mala relación con el novio (a).	5 (4.31%)	0
Bajo rendimiento escolar.	8 (6.89%)	0
Algún miembro de la familia está fuera de casa.	3 (2.5%)	1 (7.14%)
Divorcio o separación de los padres.	0	1 (7.14%)
Muerte reciente de algún familiar.	2 (1.72%)	0
Enfermedad de algún familiar.	0	1 (7.14%)
Sentimientos de minusvalía.	3 (2.5%)	2 (14.28%)
No sé.	1 (0.86%)	1 (7.14%)
Ninguna.	83 (71.55%)	3 (21.42%)
Total.	116 (100%)	14 (100%)

Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.11 ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

En el siguiente cuadro se muestran los reactivos de la Escala de Detección de Ideación Suicida de Beck, con sus respectivas respuestas, indicando la frecuencia y el porcentaje en que fueron contestadas por los adolescentes sin ideación suicida y por los adolescentes detectados con ideación suicida.

Cuadro No. 5.
Escala de Ideación Suicida de Beck.

No.	REACTIVO	FRECUENCIA ALUMNOS SIN IDEACIÓN SUICIDA	FRECUENCIA ALUMNOS CON IDEACIÓN SUICIDA
1.	¿Tienes deseos de vivir?		
	Mi deseo de vivir es fuerte.	97 (83.62%)	4 (28.57%)
	Mi deseo de vivir es débil.	19 (16.38%)	9 (64.28%)
	No tengo deseos de vivir.	0	1 (7.14%)
2.	¿Tienes deseos de morir?		
	No tengo deseos de morir.	97 (83.62%)	6 (42.85%)
	Mi deseo de morir es débil.	19 (16.38%)	7 (50%)
	Mi deseo de morir es fuerte.	0	1 (7.14%)
3.	¿Qué es más fuerte, tu deseo de vivir o tu deseo de morir?		
	Mi deseo de vivir supera al de morir.	97 (83.62%)	3 (21.42%)
	Es igual.	17 (14.65%)	9 (64.28%)
	Mi deseo de morir supera al de vivir.	2 (1.72%)	2 (14.28%)
4.	¿Has deseado hacerte daño con la intención de morirte?		
	No lo he deseado.	97 (83.62%)	1 (7.14%)
	Mi deseo es débil.	19 (16.38%)	8 (57.14%)
	Mi deseo es fuerte.	0	5 (35.71%)

Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130

Cuadro No. 5.
Escala de Ideación Suicida de Beck.

No.	REACTIVO	FRECUENCIA ALUMNOS SIN IDEACIÓN SUICIDA	FRECUENCIA ALUMNOS CON IDEACIÓN SUICIDA
5.	¿Has deseado hacerte daño, pero sin la intención de morirte?		
	Has tomado precauciones para salvar tu vida.	96 (82.75%)	2 (14.28%)
	Dejarías a la suerte el vivir o el morir.	15 (12.93%)	8 (57.14%)
	Dejarías de hacer cosas para mantener tu vida.	5 (4.31%)	4 (28.57%)
6.	Si has tenido ideas de muerte ¿cuanto han durado?		
	Han sido periodos pasajeros.	109 (93.96%)	6 (42.85%)
	Han sido periodos largos.	5 (4.31%)	5 (35.71%)
	Han sido periodos continuos.	2 (1.72%)	3 (21.42%)
7.	¿Con qué frecuencia se han presentado?		
	Ocasionalmente.	102 (97.93%)	6 (42.85%)
	En forma intermitente.	14 (12.06%)	4 (28.57%)
	Han sido continuos.	0	4 (28.57%)
8.	¿Qué opinas de las personas que tienen pensamientos o ideas de morir?		
	Sientes rechazo.	55 (47.41%)	4 (28.57%)
	Te es indiferente.	39 (33.62%)	3 (21.42%)
	Lo aceptas.	22 (18.96%)	7 (50%)
9.	¿Tienes control sobre el deseo de suicidarte?		
	Sí.	93 (90.17%)	3 (21.42%)
	Me siento inseguro.	16 (13.79%)	11 (78.57%)
	No.	7 (5.03%)	0

Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130

Cuadro No. 5.
Escala de Ideación Suicida de Beck.

No.	REACTIVO	FRECUENCIA ALUMNOS SIN IDEACIÓN SUICIDA	FRECUENCIA ALUMNOS CON IDEACIÓN SUICIDA
10	¿Tienes algún motivo que te detenga a suicidarte?		
	No lo intentaría por que algo me detiene.	97 (83.62%)	5 (35.71%)
	Tengo cierta duda hacia el realizar un suicidio.	14 (12.06%)	8 (57.14%)
	No tengo motivos que me detengan a realizar un suicidio.	5 (4.31%)	1 (7.14%)
11.	¿Cuáles han sido tus razones para pensar en el suicidio?		
	Llamar la atención.	72 (52.06%)	2 (14.28%)
	Para escapar de problemas.	31 (26.72%)	12 (85.71%)
	Por las dos razones.	13 (11.20%)	0
12.	¿Has considerado algún plan para suicidarte?		
	No lo he considerado.	108 (93.10%)	7 (50%)
	Sí lo he considerado, pero no he elaborado los detalles.	8 (6.89%)	6 (42.85%)
	Sí lo he considerado y he elaborado los detalles.	0	1 (7.14%)
13.	¿Posees algún instrumento par llevar a cabo el suicidio?		
	No cuento con algún instrumento.	86 (74.13%)	3 (21.42%)
	Sí cuento con algún instrumento, pero no lo utilizaría.	30 (25.86%)	7 (50%)
	Sí cuento con algún instrumento y lo utilizaría.	0	4 (28.57%)
14.	¿Tienes el valor para llevar a cabo un intento de suicidio?		
	No.	98 (84.48%)	3 (21.42%)
	No estoy seguro de tener el valor.	15 (12.93%)	8 (58.14%)
	Sí.	3 (2.58%)	3 (21.42%)

Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130

Cuadro No. 5.
Escala de Ideación Suicida de Beck.

No.	REACTIVO	FRECUENCIA ALUMNOS SIN IDEACIÓN SUICIDA	FRECUENCIA ALUMNOS CON IDEACIÓN SUICIDA
15.	Si anteriormente has intentado un suicidio ¿has dejado una nota?		
	Nunca.	115 (99.13%)	10 (71.42%)
	La he iniciado sin terminar.	1 (0.87%)	2 (14.28%)
	La he escrito y terminado.	0	2 (14.28%)
16.	¿En alguna ocasión has regalado tus cosas porque piensas que te vas a morir?		
	Nunca.	108 (93.10%)	7 (50%)
	Sí lo he pensado, pero no las he regalado.	8 (6.89%)	6 (42.85%)
	Sí.	0	1 (7.14%)
17.	Cuándo has tenido ideas de suicidio....		
	Lo has hablado con alguien abiertamente.	88 (75.86%)	3 (21.42%)
	Lo has hablado con alguien, pero sin decirle tus ideas.	7 (5.03%)	5 (35.71%)
	No lo has hablado con nadie.	21 (18.10%)	6 (42.85%)
18.	¿Has intentado suicidarte anteriormente?		
	Nunca.	114 (98.27%)	2 (14.28%)
	En una vacación.	2 (1.73%)	9 (64.28%)
	En más de una ocasión.	0	3 (21.42%)

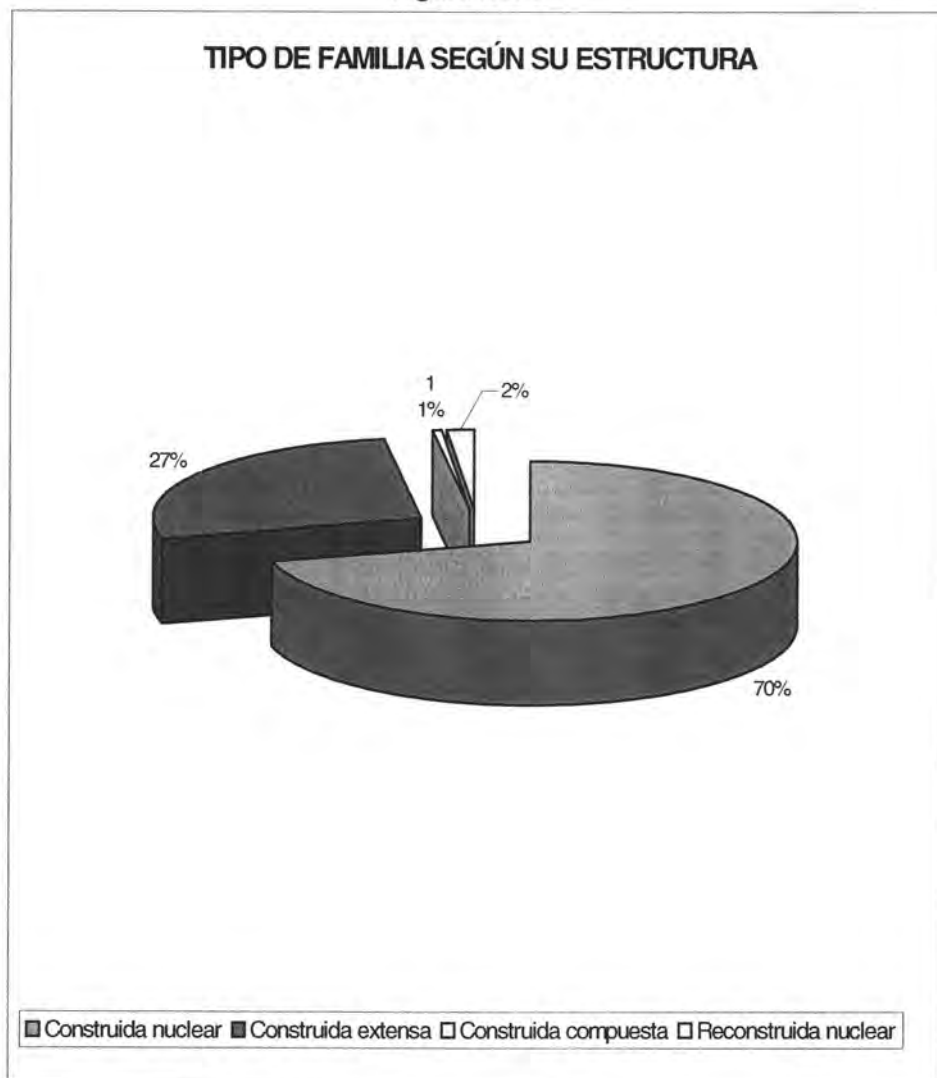
Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

3.12 ESTRUCTURA FRAMILIAR

En cuanto a la clasificación de las familias, según su estructura, se obtuvieron los siguientes resultados. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.000$

Figura No. 5.

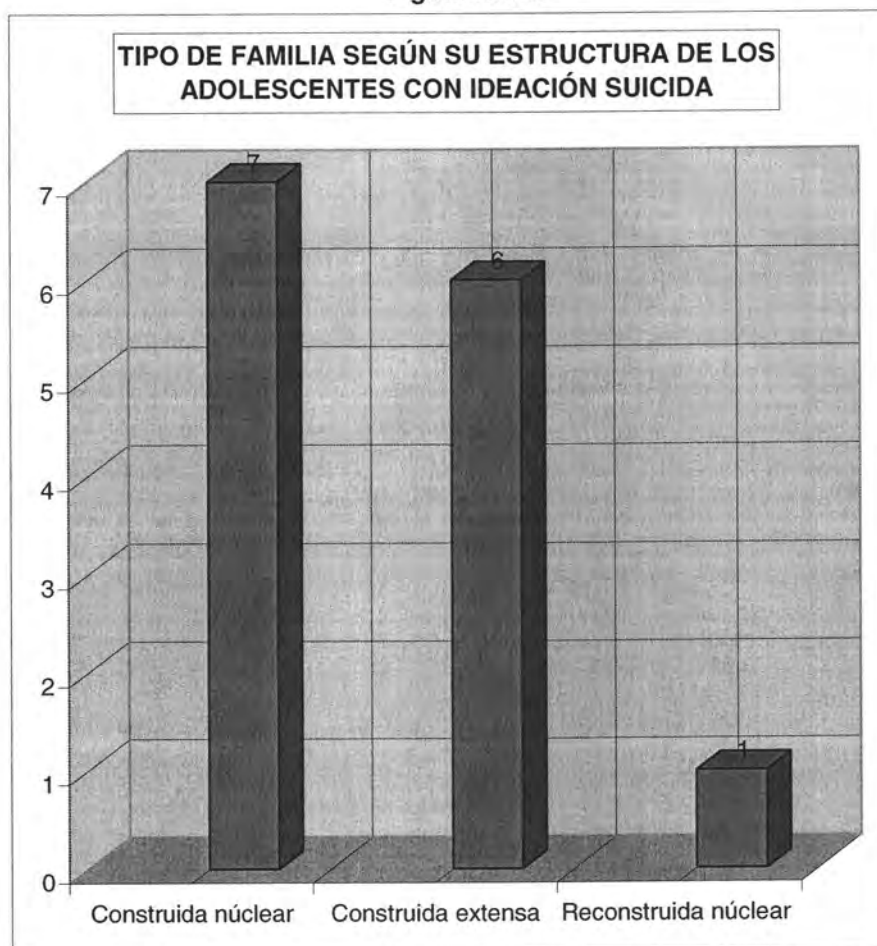


Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.13 ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA

En cuanto a la clasificación de las familias, de los adolescentes con ideación suicida, según su estructura, se obtuvieron los siguientes resultados. La diferencia no es estadísticamente significativa $p = 0.109$.

Figura No. 6.



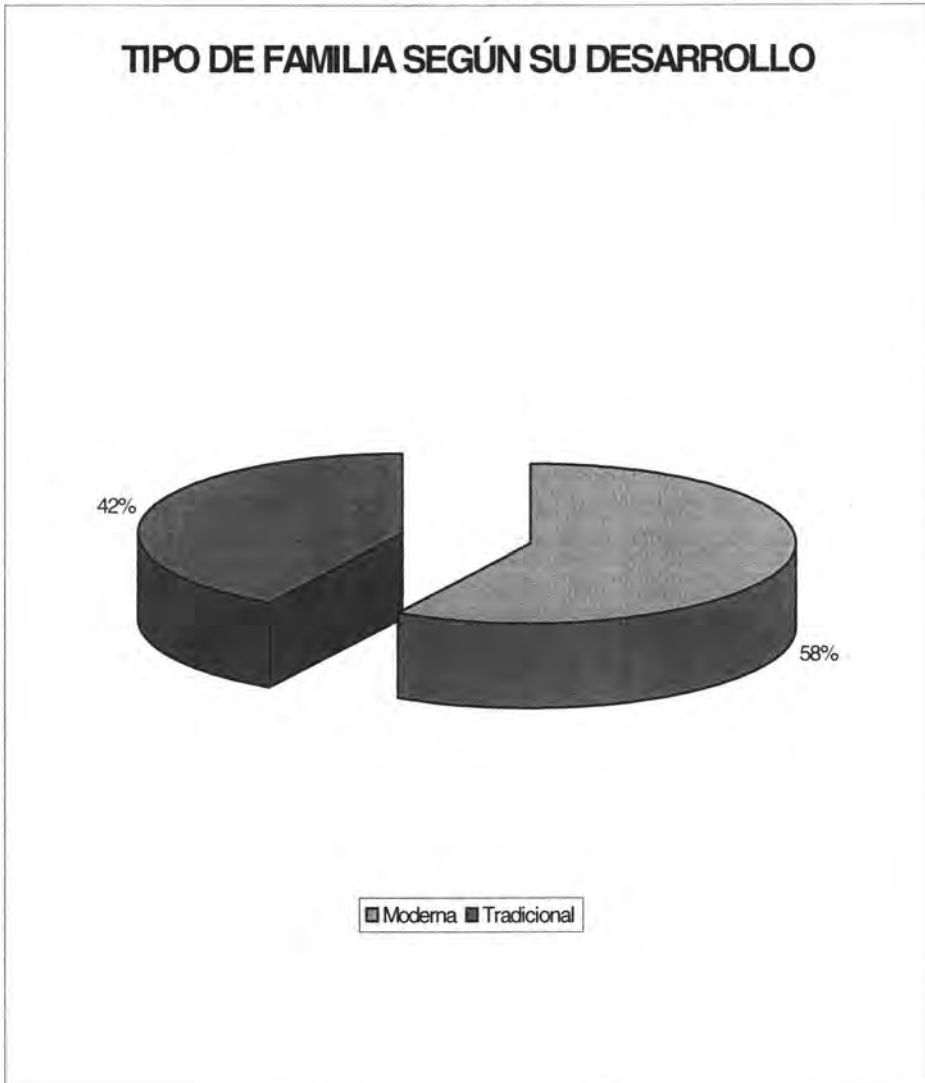
Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
 $n = 130$.

La diferencia entre la estructura de las familias de los adolescentes sin ideación suicida y las de los adolescentes con ideación suicida no es estadísticamente significativa ya que $p = 0.124$

3.14 DESARROLLO FAMILIAR

La clasificación de las familias según su desarrollo, muestra la siguiente distribución. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.035$.

Figura No. 7.



Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.15 DESARROLLO FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA

La distribución de las familias de los adolescentes con ideación suicida según su desarrollo se muestra en la siguiente figura. No es estadísticamente significativo $p = 0.109$.

Figura No. 8.



Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

La diferencia entre el desarrollo familiar de los adolescentes sin ideación suicida y la de los adolescentes con ideación suicida no es estadísticamente significativa $p = 0.39$.

3.16 OCUPACIÓN FAMILIAR

En la figura No. 9 se presenta el porcentaje de la ocupación de las familias con base en los datos aportados en el cuestionario. Se observa que no existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.061$.

Figura No. 9.



Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.17 OCUPACIÓN FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA

En la siguiente figura se presenta la frecuencia de las familias según su ocupación de los adolescentes con ideación suicida. La diferencia no es significativa $p = 0,395$.

Figura No. 10.



Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
 $n = 130$.

La diferencia entre la ocupación de las familias de los (as) adolescente sin ideación suicida y aquellos con ideación suicida no es estadísticamente significativa $p = 0,006$

3.18 INTEGRACIÓN FAMILIAR

Se dividió a las familias según su integración con los siguientes resultados. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.000$.

Figura No. 11.

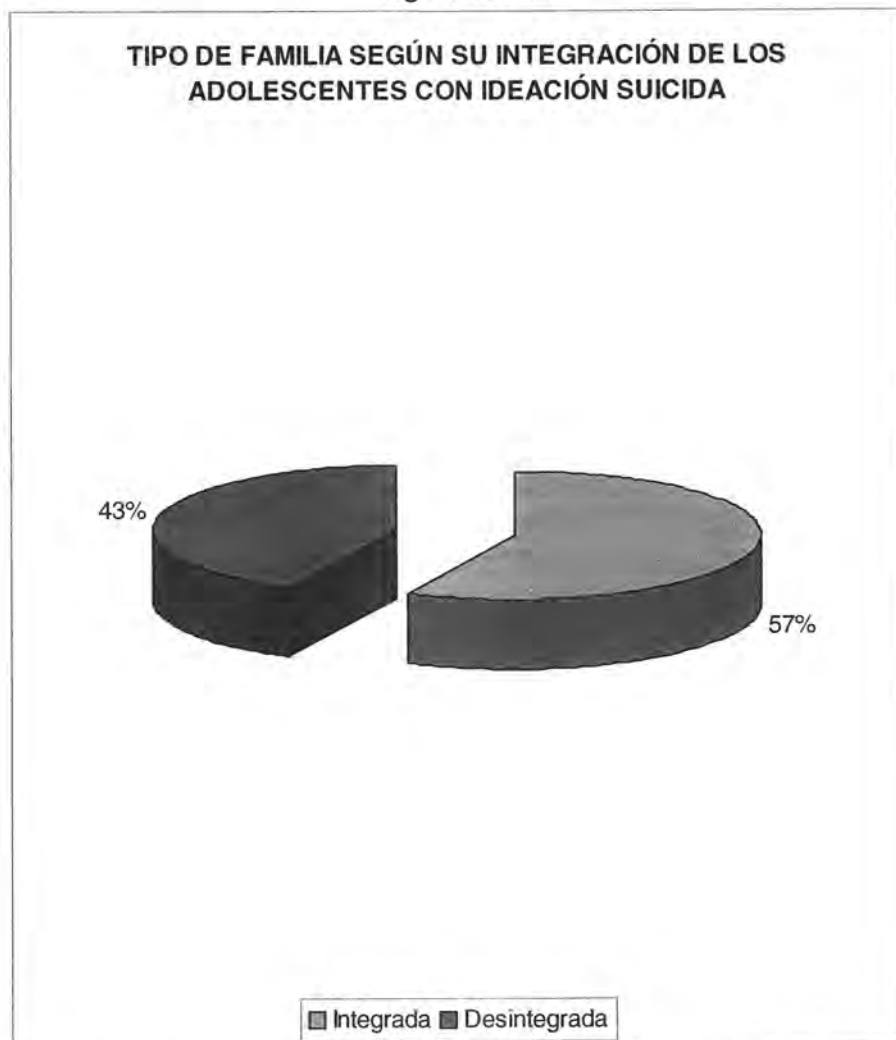


Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
 $n = 130$.

3.19 INTEGRACIÓN FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA

Se dividió a las familias de los adolescentes con ideación suicida, según su integración con los siguientes resultados. Se observa que no existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.593$.

Figura No. 12.



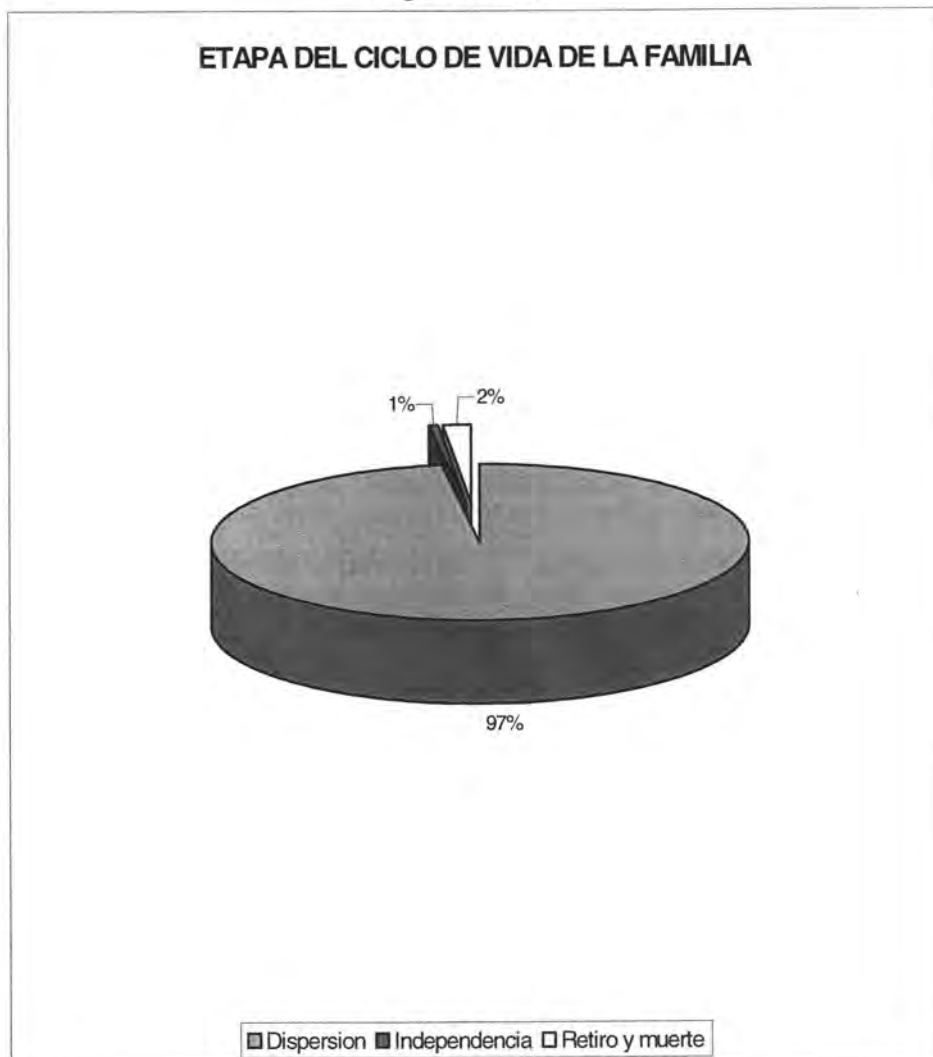
Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
 $n = 130$.

La diferencia en la integración familiar de los adolescentes sin ideación suicida y los que sí tienen ideación suicida sí es estadísticamente significativa $p = 0.023$

3.20 CICLO DE VIDA FAMILIAR

Las diferentes etapas del ciclo de vida de la familia que se lograron identificar en las familias estudiadas, se muestran en la siguiente figura. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.000$.

Figura No. 13.



Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.21 CICLO DE VIDA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA

De acuerdo con los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a los 130 estudiantes, los 14 adolescentes detectados con ideación suicida reportaron que sus familias se encontraban en etapa de dispersión (100%).

La diferencia en el ciclo de vida de las familias de los adolescentes sin ideación suicida y aquellos con ideación suicida no es estadísticamente significativa $p = 0.083$

3.22 NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA

En la tabla No. 6 se observa el porcentaje y la frecuencia del número de integrantes de las familias de los adolescentes sin ideación suicida y de los adolescentes detectados con ideación suicida, que viven en la misma casa.

Cuadro No. 6.

Número de integrantes de la familia.

INTEGRANTES DE LA FAMILIA	FRECUENCIA ALUMNOS SIN IDEACIÓN SUICIDA	FRECUENCIA ALUMNOS CON IDEACIÓN SUICIDA
2	3 (2.58%)	1 (7.14%)
3	15 (12.93%)	1 (7.14%)
4	33 (28.44%)	5 (35.71%)
5	31 (26.72%)	4 (28.57%)
6	16 (13.79%)	0
7	9 (7.75%)	1 (7.14%)
8	4 (3.44%)	1 (7.14%)
9	5 (4.31%)	1 (7.14%)

Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón", $n = 130$.

3.23 SEXO DEL FAMILIAR

Del total de alumnos encuestados, reportaron que de sus familiares, 260 pertenecen al sexo femenino, lo cual representa el 50.7%, y 252 al sexo masculino, siendo el 49.1%. Se observa que no existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.724$.

3.24 ESTADO DE SALUD DEL FAMILIAR

La siguiente figura representa el estado de salud de los familiares, reportados por los adolescentes que participaron en el estudio. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.000$.

Figura N. 14.

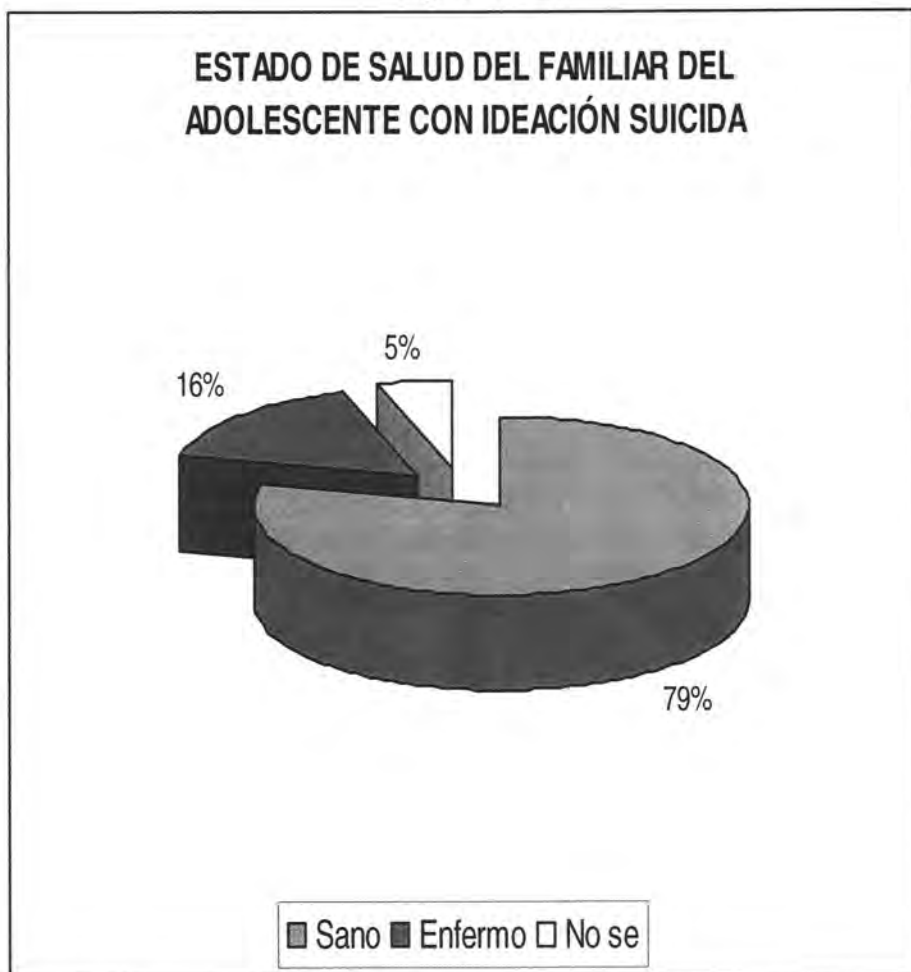


Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón", n = 130 (512).

3.25 ESTADO DE SALUD DEL FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA

La siguiente figura representa el estado de salud de los familiares de los adolescentes con ideación suicida. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.000$.

Figura No. 15.



Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.26 OCUPACIÓN DEL FAMILIAR

En el siguiente cuadro se observa la ocupación de los familiares, reportados por los adolescentes que participaron en el estudio.

Cuadro No. 6.
Ocupación del familiar.

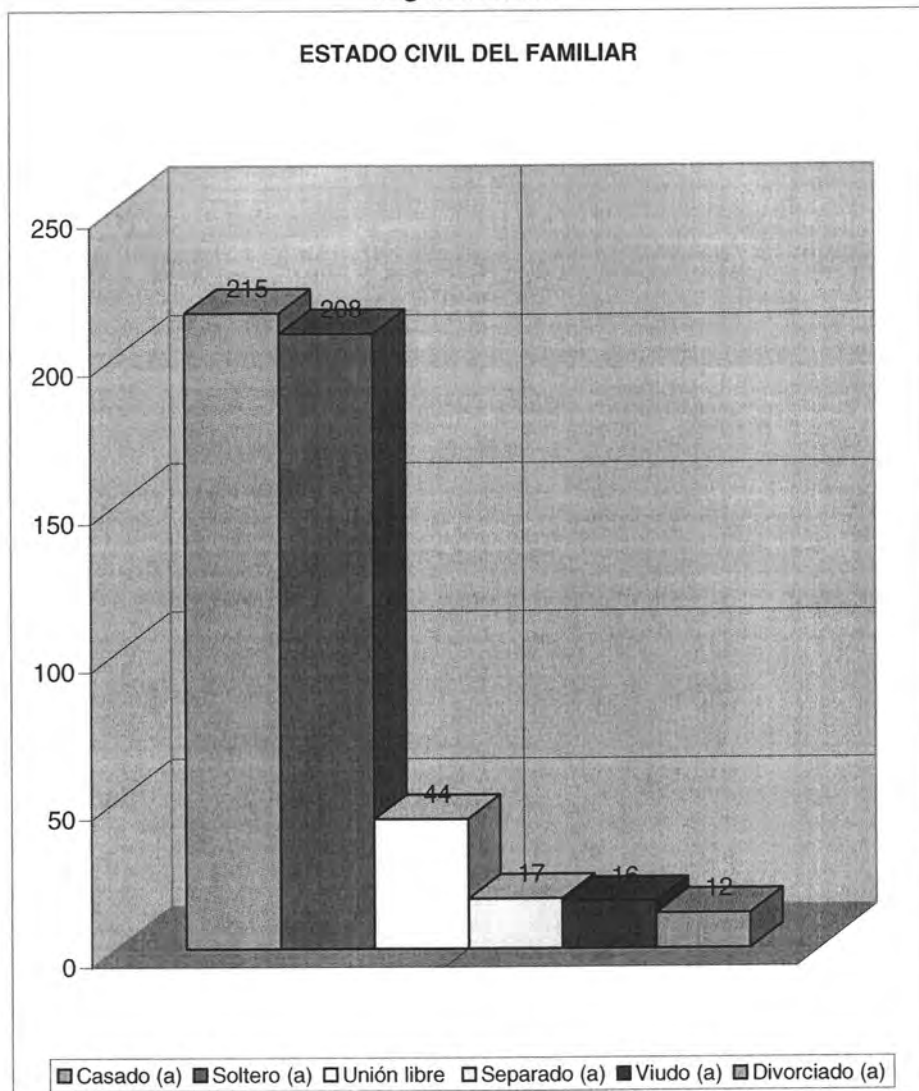
OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudiante.	182	35.5
Ama de casa.	85	16.6
Profesional (maestro, médico, abogado, enfermera, ingeniero, sacerdote, arquitecto, psicólogo, etc.).	84	16.4
Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.).	33	6.4
Comerciante establecido.	23	4.5
Técnico (electricista, campesino, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.).	21	4.1
Jubilado-pensionado.	19	3.7
Chofer.	16	3.1
Obrero.	14	2.7
Menor de edad (menor de 4 años).	13	2.5
Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)	9	1.8
Desempleado.	5	1
Servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, etc.).	4	0.8
Estudia y trabaja	2	0.4
Otras ocupaciones no especificadas.	2	0.4

Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.27 ESTADO CIVIL DEL FAMILIAR

En la siguiente figura se observa la frecuencia del estado civil de los familiares, reportados por los alumnos que participaron en el estudio. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.000$.

Figura No. 16.

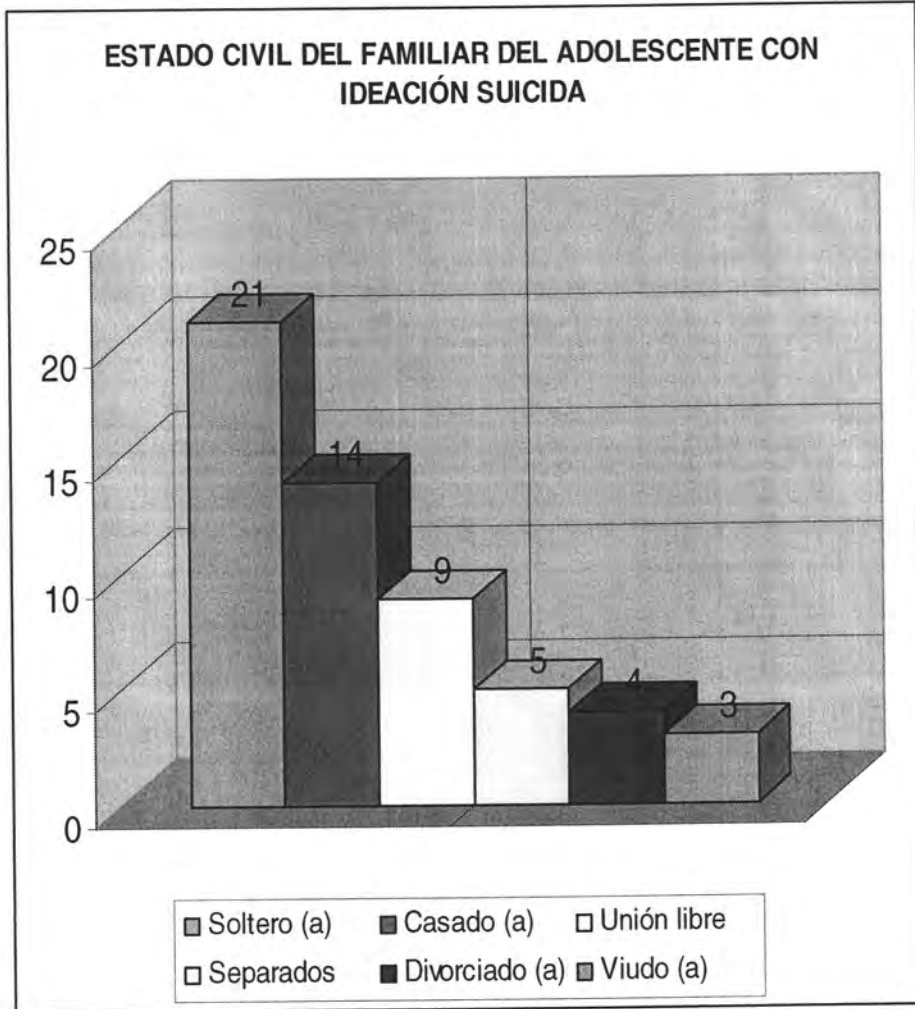


Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.28 ESTADO CIVIL DEL FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA

En la siguiente figura se observa la frecuencia del estado civil de los familiares de los adolescentes con ideación suicida. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.000$.

Figura No. 17

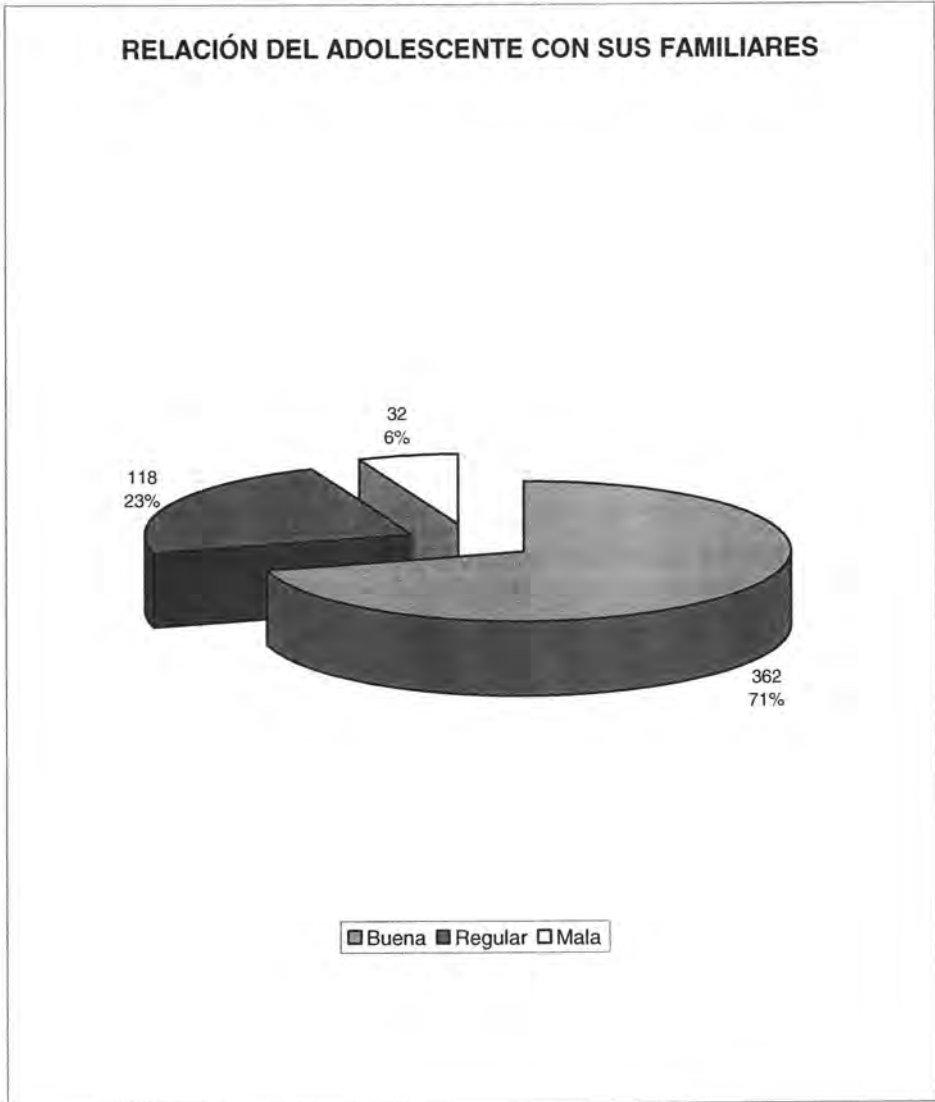


Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.29 RELACIÓN DEL ADOLESCENTE CON SUS FAMILIARES

En la figura No. 18 se representa la frecuencia de la relación de los adolescentes con sus familiares. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.000$.

Figura No. 18.

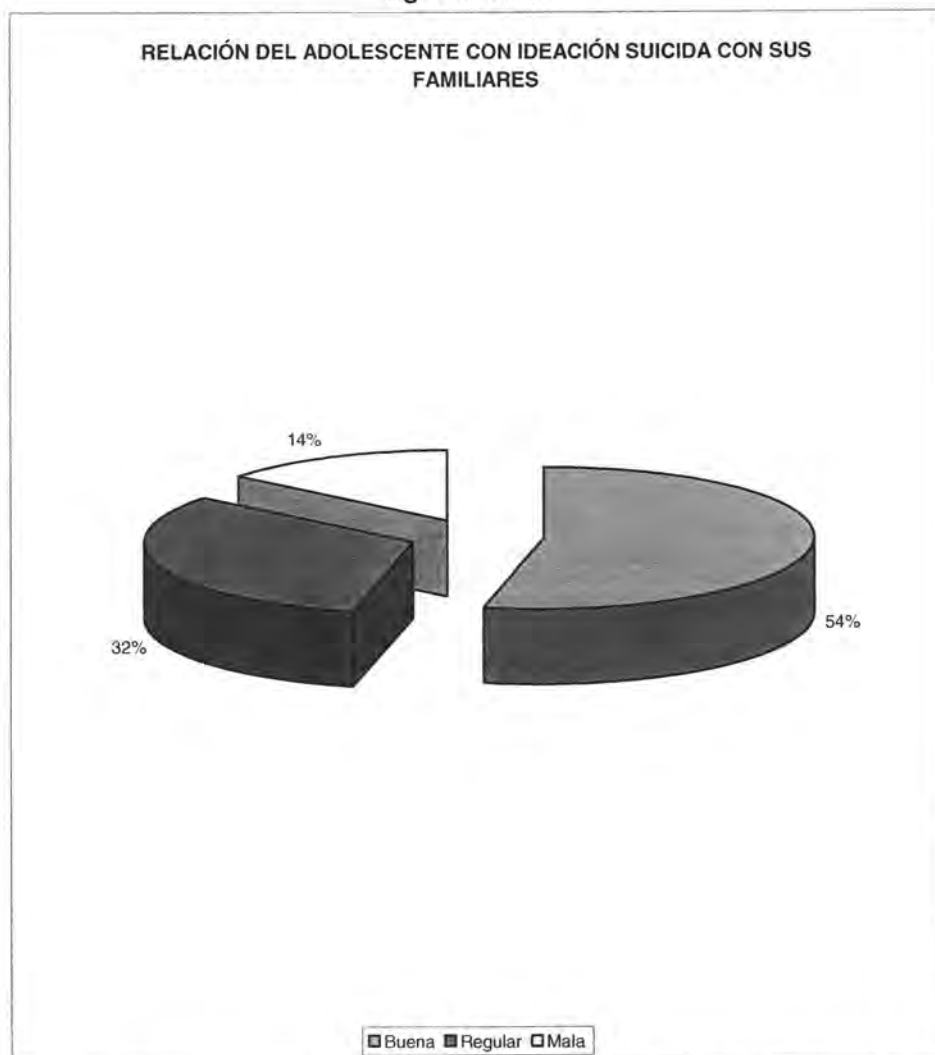


Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130 (512).

3.30 RELACIÓN DEL ADOLESCENTE CON IDEACIÓN SUICIDA CON SUS FAMILIARES

En la siguiente figura se representa la frecuencia de la relación de los adolescentes con ideación suicida con sus familiares. Se observa que sí existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.002$.

Figura No. 19.



Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130 (512)

La diferencia entre la relación del adolescentes sin intento suicida y sus familiares y la de los adolescentes con intento suicida y sus familiares sí tiene una relación estadísticamente significativa $p = 0.008$.

3.31 RELACIÓN DEL ADOLESCENTE CON IDEACIÓN SUICIDA CON SU PAPÁ

En la siguiente figura se muestra la relación del adolescente con ideación suicida con su papá. Se observa que no existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.699$.

Figura No. 20.

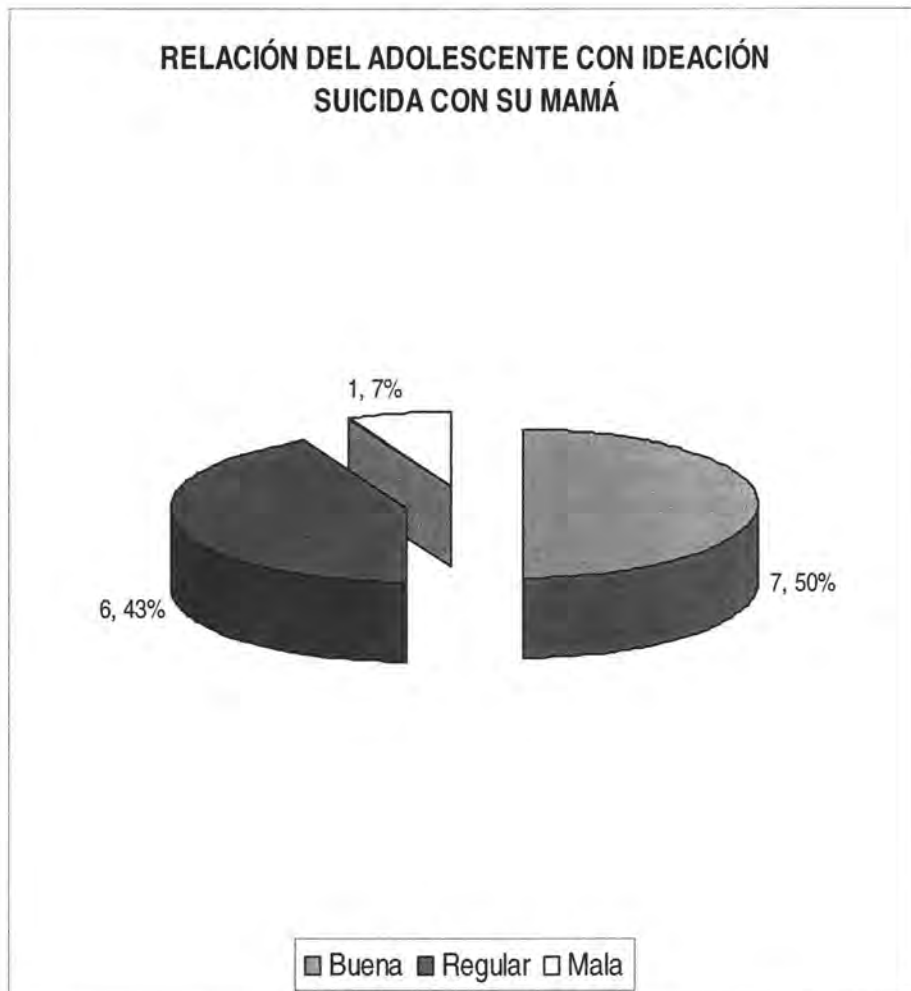


Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

3.32 RELACIÓN DEL ADOLESCENTE CON IDEACIÓN SUICIDA CON SU MAMÁ

En la figura No. 21 se muestra la frecuencia de la relación del adolescente con ideación suicida con su mamá. Se observa que no existe una diferencia estadísticamente significativa con una $p = 0.109$.

Figura No. 21.



Fuente: cuestionarios aplicados a los alumnos de la Escuela Secundaria Diurna No. 208 "Salvador Díaz Mirón".
n = 130.

4. DISCUSIÓN

Durante el análisis de la información y los resultados proporcionados por los adolescentes, en los 130 cuestionarios, se encontró, una mayor participación de los alumnos de primer año (42.3%), seguidos en orden de frecuencia por los de segundo y tercer año con un 35.4 y un 22.3% respectivamente ($p = 0.000$) (figura No.1).

También se observó un porcentaje más alto de participación de las mujeres (66.9%) en relación con los varones (33.1%) ($p = 0.000$).

De las 130 encuestas aplicadas a los alumnos, se detectó a 14 participantes (10.7%) con ideación suicida, ya que obtuvieron una calificación mayor a 10 puntos en el instrumento aplicado, en el resto, 116 adolescentes los cuales representan el 89.3%, no se detectó ideación suicida.

Del total de alumnos encuestados, se detectaron a 12 mujeres con ideación suicida, las cuales representan el 9.2%, también fueron detectados 2 varones, representando el 1.5%. Del grupo de alumnos con ideación suicida, las 12 mujeres representan el 85.72% y los 2 hombres, el 14.28% ($p = 0.005$).

De acuerdo con la bibliografía consultada, la OMS en 1995, reportó que las mujeres intentan quitarse la vida en una proporción aproximada de tres a uno con respecto a los varones, aunque estos en mayor medida lo consuman (en una proporción de tres a uno) debido a que tienden a utilizar métodos letales, las mujeres pueden llegar a presentar una conducta manipuladora en mayor grado.^{5, 6, 8, 9, 10, 11, 15, 21, 25.}

Los alumnos que participaron en el estudio presentaron, en cuanto a la edad una media de 13.53, mediana de 14, moda de 14, rango de 5, mínimo de 11 y un máximo de 16 años.

En cuanto a los alumnos detectados con ideación suicida, se observó una media de 13.78, mediana de 14, moda de 13, rango de 3, mínimo 12, máximo de 15 años.

Se menciona que los intentos de suicidio, son poco frecuentes antes de la pubertad, la incidencia aumenta de los 13 a los 15 años de edad y alcanza un pico entre los 16 y 17 años, se puede considerar que hay intentos de suicidio o suicidio alrededor de los 7 años, pues en esta etapa el niño ya tiene definido el concepto de muerte.^{3, 4, 9, 16, 18, 2.}

Entre los 11 y los 14 años el adolescente abandona los valores de los padres, busca su independencia emocional y su autonomía sin contar con suficientes recursos psicológicos para enfrentar sus frustraciones, además de que siente con gran intensidad sus emociones.

Se observó que la mayoría de los adolescentes que participaron en el estudio reportaron estar sanos (81.5%), sólo el 9.2% refirió padecer alguna enfermedad, ($p = 0.000$), se encontró que los padecimientos reportados con mayor frecuencia, fueron las infecciones de vías respiratorias altas (6.2%), se encontró un porcentaje de 0.8% en los siguientes padecimientos: Diabetes Mellitus insulino dependiente e hipotiroidismo. El 91.37% de los alumnos refirieron que no padecían ninguna enfermedad.

En los alumnos detectados con ideación suicida se encontró que el 64.28% reportaron estar sanos, el 14.28% refirió estar enfermo y el 21.42% no sabía su estado de salud.

De las enfermedades que fueron reportadas por los adolescentes, se encontró con la misma frecuencia el asma y la obesidad (7.14%), el 85.71% reportó que no padecían ninguna enfermedad.

De acuerdo con algunos autores, se menciona que una enfermedad física esta presente en el 25 a 75% de todas las víctimas de suicidio.²³ Botega y Forster (2002) mencionan que entre los factores determinantes del intento de suicidio se encuentran entre otros los trastornos comórbidos, como el alcoholismo, fármaco dependencia, depresión, trastornos de somatización y enfermedades médicas.^{3, 8, 13, 22.}

Se encontró que en relación a la pregunta ¿has estado triste por más de dos semanas en los últimos doce meses?, que el 33.8% de los alumnos, contestó haber estado tristes, el resto (66.2%) refirió no haber presentado tristeza. De las causas de este periodo de tristeza, se reportó con una mayor frecuencia, en el bajo rendimiento escolar (6.89%), seguido en orden de frecuencia por la mala relación con los amigos (as) (4.31%), mala relación con el padre, mala relación con el novio (a) y finalmente los sentimientos de minusvalía (2.5% cada uno), sólo el 1.72% reportó que la causa del periodo de tristeza fue la mala relación con la madre. En cuanto a los alumnos detectados con ideación suicida, se aprecia que 11 de los 14 alumnos; el 78.57%, reportó haberse sentido triste por más de dos semanas en los últimos doce meses y solamente 3 (21.42%) no presento tristeza; la frecuencia de las causas del periodo constante de tristeza son las siguientes: mala relación con el padre y baja autoestima (14.28% cada una), el 21.42% no reportó ninguna causa de tristeza y el 7.14% no sabía la causa.

Se ha encontrado que los factores desencadenantes de la conducta suicida abarcan tres áreas principales de conflictos: con la familia, con novios o amigos y con la escuela.^{10, 21} Los problemas de aprendizaje de cualquier tipo generan un deficiente rendimiento escolar y baja autoestima, estos pueden conducir al adolescente a quitarse la vida, al considerar que su desempeño escolar es malo,^{4, 5, 6, 15.}

Con lo que respecta a la Escala de Ideación Suicida de Beck , se encontró que 83.62% de los adolescentes sin ideación suicida que participaron en el estudio, reportaron que su deseo de vivir es fuerte, sin embargo al preguntar ¿Qué es más fuerte tu deseo de vivir o tu deseo de morir?, se observa un incremento del 1.72%, pues los alumnos contestaron, que es más fuerte su deseo de morir. También se describe que el 83.6% de los alumnos no han deseado hacerse daño con la intención de morirse. Se observó que el 4.3% de los participantes han deseado hacerse daño, pero sin la intención de causar la muerte.

En cuanto a la duración de las ideas de morir, se encontró que en el 97.9%, se han presentado en forma ocasional. El 4.31% de los participantes consideran que no tienen motivos que los detengan a realizar un suicidio. En el 11.20% de los adolescentes, se encontró, que sus razones para pensar en el suicidio han sido para escapar de problemas, el 52.06% reportó que lo haría por llamar la atención o por venganza, y sólo el 26.7% lo haría por escapar de problemas y por llamar la atención.

Un dato interesante a resaltar, es el que el 6.89% de los alumnos han considerado un plan para suicidarse pero no han elaborado los detalles. El 25.8%, reportaron que poseen algún instrumento para llevar a cabo el suicidio, pero no lo utilizarían. Se observó que el 1.73% del total de los adolescentes reportaron que en una ocasión han intentado suicidarse.

Al realizar el análisis de las respuestas que dieron los alumnos detectados con ideación suicida, en el instrumento aplicado, se observó que el 64.28% de los adolescentes reportó que su deseo de vivir es débil, se encontró que el 7.14% no tiene deseos de vivir, siendo fuerte su deseo de morir, el 50% refirió que su deseo de morir es débil. El 14.28% reportó que su deseo de morir es más fuerte que el de vivir, se encontró que el 35.71% de los casos han deseado hacerse daño con la intención de causar la muerte, el 28.57% lo ha deseado, pero sin la intención de morir.

En cuanto a la duración de las ideas de morir, se observó que en el 21.42% han sido periodos continuos, el 50% de los casos acepta los pensamientos o deseos de morir, el 7.14% de los alumnos consideran que no tienen motivos que los detenga a realizar un suicidio, en el 85.71% de los casos se encontró que sus razones para pensar en el suicidio han sido para escapar de problemas, el 14.28% reportó que lo haría por llamar la atención o por venganza.

Se encontró que el 7.14% de los adolescentes han considerado un plan para suicidarse y han elaborado los detalles, el 28.57% posee algún instrumento para llevar a cabo el suicidio y lo utilizaría, el 14.28% ha escrito y terminado una nota.

Se observó que el 42.85% de los alumnos, cuando han tenido ideas de suicidio no lo han hablado con nadie. Se encontró que el 21.42% de los casos ha intentado suicidarse en más de una ocasión.

Con los datos aportados en los cuestionarios se clasificó a las familias de los adolescentes según su estructura, encontrándose que la mayoría son construidas nucleares (70.8%), seguidas en orden de frecuencia por las construidas extensas, las reconstruidas nucleares y las construidas compuestas ($p = 0.000$).

Las familias de los adolescentes detectados con ideación suicida pertenecen en una mayor proporción a familias construidas nucleares (50%), seguidas de las construidas extensas y de las reconstruidas nucleares ($p = 0.109$). La diferencia entre los adolescentes sin ideación suicida y los adolescentes con ideación suicida y la estructura de su familia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.124$).

El tipo de familia según su integración correspondió en la mayor parte a familias integradas (81.5%), el resto correspondió a familias desintegradas ($p = 0.000$). Las familias de los alumnos con ideación suicidas corresponden a familias integradas en su mayor parte (57.2%), sólo el 42.8% reportó pertenecer a familias desintegradas ($p = 0.593$).

La diferencia en la integración de las familias de los adolescentes sin ideación y con ideación suicida sí fue estadísticamente significativa, ($p = 0.023$) siendo la diferencia mayor para las familias integradas en ambos grupos de adolescentes.

Según su desarrollo, la mayoría de las familias es moderna, tanto en el grupo de adolescentes sin ideación suicida, como en el de aquellos detectados con ideación suicida, correspondiendo al 58.5% ($p = 0.035$) y al 71.42% ($p = 0.109$) respectivamente. La diferencia que hay entre los adolescentes sin ideación suicida y con ideación suicida no fue significativa $p = 0.39$.

Se encontró que según su ocupación la mayoría de las familias son profesionales (41.5%), seguida de las familias obreras ($p = 0.061$). Las familias de los adolescentes con ideación suicida son en su mayor parte técnicas (50%), seguidas de las familias profesionales (28.57%) ($p = 0.395$). La diferencia entre la ocupación de las familias de los adolescentes con y sin ideación suicida no fue estadísticamente significativa $p = 0.006$.

Con respecto a la etapa del ciclo de vida de la familia, se logra identificar que el 97.7% se encuentran en fase de dispersión, seguida de la etapa de retiro y muerte y por último la etapa de independencia ($p = 0.000$). Los participantes que fueron considerados con ideación suicida reportaron pertenecen en el 100% de los casos a familias en etapa de dispersión. La diferencia entre los dos grupos de adolescentes no fue significativa $p = 0.83$.

Al analizar los datos de la familia, se observó que en el número de integrantes que las conforman, se obtuvo un rango de 2 a 9 personas por familia, presentándose en una mayor frecuencia las familias constituidas por cuatro integrantes (28.44%), seguidas de las familias con 5 miembros (26.72%). El número de personas que integran a las familias de los adolescentes con riesgo de ideación suicida varío de 2 a 9 miembros, siendo formadas en su mayor proporción por 4 personas (35.71%), seguidas de las familias con 5 integrantes (28.57%).

Los adolescentes reportaron que la relación que tienen con cada uno de los integrantes de sus familias es buena en el 70.6% de los casos, seguida de una relación regular, en el 6.2% se observó una mala relación ($p = 0.000$). Se encontró que 53.57% de los adolescentes detectados con ideación suicida mantienen una buena relación con los miembros de sus familias, sólo el 14.28% reportó tener una mala relación. Entre los adolescentes sin ideación suicida y los adolescentes con ideación suicida sí existe una diferencia estadísticamente significativa con respecto a las relaciones con sus familiares $p = 0.008$. En lo referente a la relación con sus padres, se encontró que el 28.57% de los casos tienen una buena relación con el papá, seguida de una relación regular (21.42%) y de una mala relación (14.28%), con una $p = 0.699$ no es significativo. La relación con la mamá fue buena en el 50% de los casos, seguida de una relación regular (42.85%) y de una mala relación (7.14%) $p = 0.109$, no es significativo.

De acuerdo con la bibliografía revisada, se ha encontrado que los adolescentes que intentan auto lesionarse, provienen en su gran mayoría de un sistema psicosocial alterado. Kjelsberger identificó una combinación de factores de riesgo con un poder predictivo de intento suicida del 84%, tales factores fueron entre otros, la falta de apoyo familiar. Pelcovitz destaca la falta de cohesión familiar como factor de riesgo predictivo de la ideación suicida y conductas relacionadas con el intento de suicidio.^{2,9}

El apoyo de los padres hacia el hijo es una variable tan importante, que en el 88% de los niños y adolescentes con intentos de suicidio se detecta una falta de apoyo familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar, lo que hace que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión. El divorcio de los padres puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como es la depresión.^{17, 18, 21, 30.}

Considerando los alcances y limitaciones del diseño utilizado, se observa que la finalidad del estudio fue el identificar la frecuencia de la ideación suicida en un grupo de adolescentes de 11 a 16 años de edad en una escuela secundaria de la Ciudad de México.

El instrumento aplicado a los alumnos que participaron en el estudio, fue la Escala de Ideación Suicida de Beck, la cual mide la intensidad y las dimensiones de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas del individuo al intentarlo.

Los reactivos evalúan la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas, así como la actitud del paciente hacia ellos. También evalúa el grado del deseo de morir y el deseo de vivir, el deseo de intentar suicidarse, los planes para ello, en caso de que los hubiera, y por último evalúa los sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidarse.

El punto de corte planteado por Beck es un puntaje igual o mayor a diez, el cual indica que se corre el riesgo de suicidarse.

La Escala de Ideación Suicida de Beck, no pretende poder predecir el intento suicida, pero si valorar la intensidad del deseo de suicidarse, para saber si el sujeto corre el riesgo de suicidarse pronto, por lo que es importante saber si tiene o no la idea de hacerlo y detectarlo oportunamente para evitarlo y proporcionarle un tratamiento adecuado.⁸

Conocer el sexo y la edad del adolescente es de gran importancia, pues como se ha observado en las últimas décadas, la ideación suicida así como el intento de suicidio se ha incrementado, presentándose con mayor frecuencia en el sexo femenino.^{1,4,5.}

Con respecto a la edad, Haim refiere que al entrar a la adolescencia, el factor más significativo del adolescente que intenta suicidarse, es su capacidad interna de elaborar y superar los procesos de pérdida y duelo por los que pasa.¹¹

Conocer el tipo de familia a la que pertenece el adolescente, de acuerdo con su integración, nos permite conocer, en caso de ser una familia desintegrada, debido a la ausencia de uno de los padres, a quienes afecta esta crisis y que efectos tubo sobre la salud física y emocional de los miembros de la familia.^{14,28.}

El conocer la etapa del ciclo de vida por la que cursa la familia del adolescente permite comprender mejor los cambios emocionales, conductuales y de interacción que se producen en cada una de estas etapas. Los cambios que adoptan los miembros de la familia son previsibles, pero pueden provocar alteraciones en la dinámica familiar y problemas de salud en algunos de sus miembros.^{2,28.}

El identificar las relaciones interpersonales del adolescente con los miembros de su familia, nos podrían indicar si existen alianzas, triangulaciones, coaliciones o mecanismos de desviación de la tensión entre los integrantes de la familia, estas relaciones pueden determinar los roles de cada individuo en el núcleo familiar. También auxilia en la búsqueda de redes de apoyo. No fue el propósito del estudio identificar estos factores.²⁸

Durante la elaboración de este trabajo se encontraron algunas dificultades operativas, como el haber aplicado el cuestionario a los alumnos autorizados a participar en el estudio, por grupos, de acuerdo al grupo y grado, no se realizó en forma individual, lo que pudo influir en las respuestas de los adolescentes, ya que no se contó con privacidad para expresar la información que consideran delicada y en consecuencia ocultándola. En este sentido no se pudo controlar el sesgo de información ya que no se pudo corroborar la información que aportaron los informantes.

Con el fin de tratar de evitar el sesgo en la recolección de la información se formaron grupos con un máximo de quince alumnos al momento de realizar la encuesta, separándolos de uno a dos lugares entre cada uno de los participantes, sin embargo, se observa que del total de los cuestionarios recolectados, en algunos reactivos existían respuestas dobles, o no se contestaban en su totalidad, por lo que fueron excluidos de acuerdo con los criterios de eliminación utilizados en el desarrollo de esta investigación.

La ficha de identificación fue contestada en su totalidad, en todas las encuestas incluidas en el estudio, por lo que fue posible identificar, el grupo, grado, edad, sexo y enfermedades que padecen los adolescentes.

Al analizar los datos sobre la familia del total de los cuestionarios, se observa que en algunos casos no se contestó en su totalidad; en la sección de parentesco que existe entre el familiar y el adolescente, algunos de ellos respondieron, escribiendo el nombre de la persona, por lo que no se pudo identificar el parentesco, por lo que también fueron eliminados estos cuestionarios.

Al revisar los datos obtenidos en la Escala de Ideación Suicida de Beck, también se encontró que en algunos casos no fue contestada en su totalidad, la existencia de respuestas dobles o los alumnos que obtuvieron puntuaciones bajas, al preguntarles en el reactivo número 18, si habían tratado de suicidarse anteriormente, algunos contestaron que si lo habían hecho en una o en más de una ocasión, aun cuando no se detectaron factores de riesgo y que muchos de ellos pertenecían a familias integradas, con buenas relaciones familiares.

Al analizar los datos obtenidos en la ficha de identificación de la familia, para realizar su clasificación y la etapa del ciclo de vida familiar por la que cursan, se encontró con los siguientes problemas: se solicitó a los alumnos que proporcionaran los datos sobre el número de personas que integran su familia y que viven bajo el mismo techo, no se reportó a las personas que se encontraban fuera de casa. Se observó en varios cuestionarios a familias construidas extensas donde se agregan a uno o ambos abuelos, no se puede saber si acaso estas personas mayores llegaron a la fase de retiro y muerte, donde se quedó la pareja sola y posteriormente necesitaron incorporarse a las familias de los hijos, o si acaso los hijos formaron a sus familias sin haber sido totalmente independientes, viviendo siempre con los padres.

Con los datos aportados en los cuestionarios y de acuerdo con las características de las familias, se pudieron clasificar según el ciclo de vida de la familia en las siguientes fases: dispersión, independencia y retiro y muerte.

Los datos que se obtienen en este trabajo no pueden ser generalizados a la población de adolescentes que habitan en la zona urbana, ya que la muestra no fue representativa ni aleatoria.

4.1. APLICABILIDAD PRÁCTICA Y CLÍNICA DE LOS RESULTADOS EN EL PERFIL PROFESIONAL, LOS EJES DE ACCIÓN Y LAS ÁREAS DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR

Los resultados del trabajo muestran, que de acuerdo con la literatura, que el riesgo de ideación suicida se presentó con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, con un mayor porcentaje años de edad. ^{1, 4, 5, 24, 25}

Durante la adolescencia, el individuo abandona gran parte de sus ideas e imágenes infantiles, tan importantes para él durante todo su desarrollo anterior, de esta manera el intento suicida puede ser la representación de su trabajo de duelo. ^{39, 41.}

Como se ha observado la manipulación de la idea de muerte en el joven suele ser frecuente, pero debe hacerse la diferencia entre el adolescente que piensa en el suicidio como una llamada de auxilio como una manera de comunicar su descontento a los demás y aquel que realmente lo lleva a cabo. ¹¹

Durante la adolescencia se presenta inseguridad, confusión e inestabilidad que se revela en su comportamiento, tiene tendencias contradictorias. Las personas que están al borde del suicidio quieren básicamente tres cosas: que alguien los escuche, alguien en quien confiar y alguien quien se preocupe. El intento de suicidio debe considerarse siempre una emergencia clínica. ^{36, 37, 39, 41.}

Es por esto que el médico de familia debe conocer los cambios orgánicos y mentales, así como las crisis por las que atraviesa durante su desarrollo normal y el medio ambiente que lo rodea. Debe elaborar un plan de atención preventivo apoyándose con el resto del equipo de salud para la aplicación del Programa de Salud del Adolescente, el cual incluye salud reproductiva, salud bucal, salud psicológica, aplicación de vacunas, medidas de prevención de enfermedades agudas, evaluación integral del estado de salud, incorporación a grupos de apoyo, prevención de adicciones, entre otras. También debe atender, canalizar y reportar oportunamente los casos de depresión y conductas suicidas, para prevenir los casos de suicidio. ^{14, 22, 24.}

La familia se ha considerado un sistema sociocultural abierto, en constante relación e interacción con la sociedad de que forma parte, y es también un sistema vivo sometido a un ciclo de vida propio, por lo que juega un rol importante en el desarrollo de los adolescentes, dentro de ella conviven el adolescente y sus padres, y por eso es el espacio que debe favorecer la generación de un estilo de vida saludable, promotor de bienestar y desarrollo de sus miembros. La familia es un contexto complejo, en ella se integran los sistemas biológicos, psicosocial y ecológico, dentro del cual se movilizan los procesos fundamentales del desarrollo del adolescente. ^{34, 41, 42.}

Los factores familiares ocupan un lugar clave en la aparición y desarrollo de los intentos de suicidio y del suicidio consumado, de tal forma que la desestructuración y la conflictividad familiar son uno de los factores de riesgo fundamentales, en la mayoría de los casos se encuentra una disfunción psicológica en la familia, así como síntomas de ansiedad y depresión.

El médico de familia atiende a varios miembros de la unidad familiar, por lo que una de sus ventajas, es que tiene el conocimiento personal de los miembros individuales, lo que le da una mayor comprensión del contexto familiar.

La participación del médico de familia en la atención del adolescente debe incluir la colaboración con la familia, comunicando a esta los hallazgos médicos y las distintas opciones de tratamiento a los miembros del grupo familiar.

El médico de familia debe comprender los aspectos afectivos de las relaciones familiares, debe ser capaz de proporcionar apoyo emocional y ayudar a que los miembros de la familia puedan superar los distintos estados de ánimo que aparecen, así mismo debe realizar una evaluación sistemática del funcionamiento de la familia y planear una intervención diseñada para facilitar la resolución de los problemas familiares. Otra de las acciones del médico de familia es el identificar a los miembros vulnerables de la familia.^{24, 27, 29.}

5. CONCLUSIONES

El estudio cumplió con los objetivos de identificar la frecuencia de presentación de la ideación suicida en adolescentes de 11 a 16 años de edad en una escuela secundaria de la Ciudad de México, utilizando la Escala de Ideación Suicida de Beck, la cual se calificó con un mínimo de 10 puntos par poder identificar a los adolescentes con riesgo de ideación suicida. De acuerdo con los datos aportados en el cuestionario se pudo clasificar a las familias de los adolescentes con conductas suicidas y de los que no la presentaron, de acuerdo a su estructura, desarrollo, ocupación e integración y se describieron las etapas del ciclo de vida por las que cursaban sus familias.

Se hace evidente que para poder clasificar a las familias en forma integral es necesaria la aplicación de otros instrumentos, como es el familiograma, también para poder valorar la funcionalidad de la familia se podrá aplicar algún instrumento como el FASES III; no fue la intención del trabajo identificar estos factores. Para la aplicación de estos instrumentos, así como para la Escala de Ideación Suicida de Beck se requiere de un espacio físico que proporcione el ambiente necesario para establecer una relación de confianza entre el médico y el paciente y que este último pueda expresar sus sentimientos con la seguridad de que serán manejados con discreción.

Para poder ofrecer una atención integral a los adolescentes, con mayor calidad y humanismo se propone promover la educación saludable del niño y del adolescente impartiendo cursos al personal de salud en unidades operativas de primer nivel de atención sobre la promoción de salud mental del adolescente, los indicadores de psicopatología y sus componentes. Diseñar contenidos educativos, considerando los ya publicados por organismos internacionales reconocidos, enfocados hacia los padres de familia, población infantil y adolescente, que ilustren el sano desarrollo del individuo durante las etapas de su ciclo de vida y al mismo tiempo informen sobre la presentación de factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes.

Será necesario diseñar e instrumentar el contenido temático que abarque la psicopatología infantil y del adolescente, su detección y la información sobre las

alternativas de atención, para la realización del curso "Escuela para Padres" en centros comunitarios de salud y salud mental. ⁴¹.

En la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" se cuenta con el modulo de atención al adolescente en el que se podrá realizar la elaboración de material gráfico, textual, audiovisual y de audio (documentos, folletos, trípticos, carteles, cápsulas informativas, etc.) sobre temas de salud mental infantil y del adolescente, el cual deberá proyectarse hacia la población en general en las unidades operativas de atención a la salud de los tres niveles de atención, a través de los medios masivos de comunicación.

Se propone realizar el diagnóstico epidemiológico y situacional de las necesidades y recursos para la atención de la salud mental del niño y el adolescente, mediante la realización de la Encuesta Nacional de Salud Mental a fin de conocer la prevalencia y características de la psicopatología del adolescente, de los trastornos mentales y del comportamiento en el país. Realizar en unidades operativas de la Secretaría de Salud un diagnóstico situacional de los recursos humanos, financieros y materiales, así como de la capacidad instalada de que se dispone para la atención a los padecimientos mentales del adolescente.

Será de gran importancia promover e impulsar de la Norma Oficial Mexicana 025 SSA 1994 en todas las unidades de primer y tercer nivel, para la atención de la salud mental de la población infantil y del adolescente.

También será de gran utilidad la elaboración de una guía de consulta clínica de la psicopatología infantil y del adolescente dirigida a médicos familiares y pediatras.

Promover la participación de México en organismos multinacionales de salud, en particular la OMS, OPS, UNICEF, el Fondo de Naciones Unidas para la Población y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Se deberá promocionar la participación de la comunidad en actividades de educación familiar preventiva, atención, rehabilitación y reinserción social. Es necesaria la creación de una agenda de investigaciones, para incrementar la investigación epidemiológica y clínica, así como la estandarización de los instrumentos necesarios en el campo de la salud mental infantil y del adolescente.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública de México* 1996; 38 (3): 197-206.
2. Osmio-Castillo L. Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar. *Archivos de Medicina Familiar* 2001; 3 (2): 33-39.
3. Platas VEC, Saucedo GJM, Higuera RF, Cuevas UML. Funcionamiento psicosocial en menores que intentan el suicidio. *Revista de Psiquiatría Mayo - Agosto* 1998; 14 (2): 51-55.
4. Rivera Martínez C. Análisis criminológico del suicidio en el Distrito Federal. *Revista de Psiquiatría Enero - Abril* 1998; 14 (1): 33-44.
5. González - Forteza C, Berenzon - Gorn S, Tello - Granados AM, Facio - Flores D, Medina - Mora IME. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México Septiembre - Octubre* 1998; 40 (5): 430 -437.
6. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental* 2001; 24 (6): 4-15.
7. González - Forteza C, Ramos - Lira L, Vignau - Brambila LE, Ramírez - Villarreal C. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental* 2001; 24 (6): 16-25.
8. González MS, Díaz MA, Ortiz LS, González FC, González NJJ. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental* 2000; 23 (2): 21-30.
9. Saucedo - García JM. El intento de suicidio en menores de edad. *Revista Médica del IMSS* 1998; 37 (2): 85-87.
10. González FC, Berenzon S, Jiménez A. Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental* 1999; 145-153.
11. Ajdacic GV, Wang J, Bopp M, Eich D, Rössler W, Gutzwiller F. Are seasonalities in suicide dependent on suicide methods? A reappraisal. *Social Science & Medicine* 2003; 57: 1173-1181.
12. Hernández Pérez F. Frecuencia de intentos suicidas atendidos en un servicio de urgencias. *Revista Médica del IMSS* 2002; 40 (3): 247-251.
13. Marcas VA, Mariscal LE, Muñoz PMA, Olid CF, Pardo RMJ, Ruiz RA. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental ¿Existe tal asociación? *Atención Primaria* 2000; 26 (7): 453-456.
14. Hyman SE, Tesar GE. El paciente suicida. En: *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Editorial Masson. Barcelona. 3ª Edición. 19-25.
15. Callabed J, Comellas MJ, Mardomingo MJ. La familia y la escuela. Factores de vulnerabilidad en el medio familiar y patología psicosomática 1997. disponible en: <http://www.fumdatip.org.ar/mardomingo.htm>
16. Larraguibel QM, González MP, Martínez NV, Valenzuela GR. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría* 2000; 71 (3): 11-19.
17. Macías Placeres LE. Suicidio en adolescenetes. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos10/salud/salud.shtml>

18. Martínez Jiménez A. Comportamiento de la conducta suicida infanto - juvenil. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 1998; 14 (6): 554-559.
19. Rivera G. Evaluación del riesgo de suicidio en la práctica clínica 2004. disponible en: <http://www.galenored.com/argentina/reportajes/evaluacion%20del%20riesgo%20de%20suicidio%20en%20la%20practica%20clinica.htm>
20. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados Básicos. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/>.
21. Estadísticas del INEGI sobre Intentos de Suicidio y Suicidios de 1990-2003. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/>.
22. Pérez BS, Reytor SF. El suicidio y su atención por el médico de familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral* Octubre – Diciembre 1995. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_4_95/mgi01495.htm.
23. Pérez García J, Del Pino Montesinos JI, Ortega Beviá F. El adolescente, la muerte y el suicidio. *Jornadas Europeas para la Prevención de la Violencia en el Medio Escolar* Mayo 2002.
24. Mc Whinney IR. La familia en la salud y la enfermedad. En: *Medicina Familiar*. Capítulo 10. Editorial MOSBY, 1995: 207-233.
25. Espinosa Morett A, Anzures López B. Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Revista Medica del Hospital General* 1999; 62 (3): 183-190.
26. Rico H, Guerrero MG, Ruiz CT, Vargas O. La frecuencia de los trastornos mentales en los niños escolares de primer grado de primaria. *Salud Mental* 1998; 21 (4): 12-18.
27. Valdés M, Huepe G, Riozbalta A, Serrano T, Florenzano R, Cruz CM, Charlín M. Estilo de interacción familiar, desarrollo yoico y riesgo psicosocial en la adolescencia. *Revista de la Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Católica de Chile* 2003; 12 (1). Disponible en: <http://ocenet.oceano.com/salud/welcome.do?at=1p&prd=3&login=issste&password=is2812>.
28. Méziat Restrepo M. Enfoque integral del adolescente. *Medicina Familiar* 2003. Disponible en: <http://ocenet.oceano.com/salud/welcome.do?at=1p&prd=3&login=issste&password=is2812>.
29. Mendizabal RJA, Anzures LB. La familia y el adolescente. *Revista Médica del Hospital General* 1999; 62 (3): 191-197.
30. Masdeu Huget M. Las características de la adolescencia. Universidad de Barcelona Virtual, 2003. Disponible en: <http://ocenet.oceano.com/salud/welcome.do?at=1p&prd=3&login=issste&password=is2812>.
31. Pérez Barrero SA ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Manejo de la crisis saucida en el adolescente. Disponible en: <http://psicologia-online.com/ebooks/suicidio/manejo.shtml>
32. Marín Badilla L. Adolescencia ¿Crisis o duelo? Ensayo. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/adolescencia-crisis/adolescencia-crisis.shtml>

33. Rincón L, García AM. Crisis. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/mcrisis/mcrisis.shtml>
34. Herrera Santí PM, González Benítez I. La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2002; 18 (5). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0352002.html.
35. Fortes AJL, Ramos FMI. El suicidio y sus circunstancias. *Jano. Medicina y Humanidades* 1999; 56 (1296). Disponible en: <http://ocenet.oceano.com/Salud/welcome.do?at=1p&prd=3&login=issste&password=is2812>
36. Santos PJI, Villa BJP, García AMA, León AG, Quezada BS, Tapia CR. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México* 2003; 45, suplemento 1: 140-151.
37. Celis de la Rosa A. La salud del adolescente en cifras. *Salud Pública de México* 2003; 45, suplemento 1: 153-166.
38. Maddaleno M, Morello P, Infante EF. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México* 2003; 45, suplemento 1: 132-139.
39. Cuevas Corona P. Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. *Psiquiatría Enero – Abril* 1996; 12 (1): 8-11.
40. Santos PL, Béria JU, Fernández FA, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Atención Primaria* 2001; 28 (8): 543-549.
41. Programa de Acción de Salud Mental. Programa Específico de Atención a la Psicopatología Infantil y del Adolescente. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/conadicc/prog_psicoinf_cap6.htm.
42. Irigoyen Coria A. Perfil profesional del Médico Familiar en México. En: *Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar*. 1ª edición México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2002.
43. Meneses GJ, Armengol OJAQ, Arias CL, Piña AC. *Salud del adolescente*. En: PAC MF-1. Editores Inter. sistemas. 1ª edición; 1999.
44. Monroy – Caballero C, Boschetti – Fentanes B, Irigoyen – Coria A. Propuesta de una clasificación de la familia con base en su composición. *Archivos de medicina Familiar* 2002; 4 (1): 42-44.
45. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud. México. Capítulo I, Artículo 17. Aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Apartado I.
46. Declaración de helsinki de la Asociación médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea general, Edimburgo, Escocia. Octubre 2000.
47. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. *Atención Primaria* 1998; 21 (5): 331-339.

7. ANEXOS.

ANEXO 1

LA IDEACIÓN SUICIDA.

Por medio de la presente me dirijo a usted, para solicitar su autorización para que su hijo participe contestando un cuestionario que forma parte de la investigación "Detección de ideación suicida en adolescentes de 11 a 16 años en una escuela secundaria", que se está realizando en la Clínica Dr. Ignacio Chávez.

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública nacional e internacional. Los factores desencadenantes de este fenómeno abarcan tres áreas principales de conflictos: con la familia, con novios o amigos y con la escuela.

Se ha reportado un incremento importante en las muertes por suicidio en adolescentes, situándose dentro de las diez principales causas de muerte.

El suicidio consumado afecta en mayor medida al sexo masculino, el intento de suicidio es más común en el sexo femenino.

La adolescencia, es una etapa del desarrollo en la que se presentan cambios difíciles que producen ansiedad y depresión hasta llegar en muchas ocasiones a una tentativa de suicidio.

Los factores familiares ocupan un lugar clave en la aparición y desarrollo de los intentos de suicidio y del suicidio consumado, de tal forma que la mala estructuración y la conflictividad familiar son uno de los factores de riesgo fundamentales.

Favor de cortar por la línea punteada.

FOLIO: DISAESOO

Si usted autoriza a su hijo (a) para que participe contestando el cuestionario favor de marcar con una X en el cuadro correspondiente.

- Sí acepto.
- No acepto.

Grupo: _____ Grado: _____ Turno: _____

Nombre del alumno: _____

Firma del padre o tutor: _____

Favor de enviar esta sección a las autoridades de la escuela.

Si usted desea conocer el contenido del cuestionario que se aplicará, se encuentra a su disposición con las autoridades del plantel.

De antemano agradezco su participación.

ANEXO 2.

Folio: DISAESOO

DETECCIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES EN ETAPA TEMPRANA EN UNA ESCUELA SECUNDARIA.

ENCUESTA

1.- CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

El presente cuestionario es anónimo y forma parte de la investigación que se realiza en adolescentes por parte de un médico investigador de la Clínica Dr. Ignacio Chávez, la información que proporciones será confidencial y con carácter de investigación. Si sientes que alguna de las preguntas o más te causan incomodidad o molestia, tienes la libertad de no contestarla(s) respetando tu pensamiento y decisión. Del mismo modo, si te sientes en algún momento herido, lastimado o agredido en tu intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a ti terminando así tu valiosa colaboración.

El cuestionario se contesta aproximadamente en 20 minutos, no existen preguntas buenas ni malas, únicamente te pido que tus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Aceptas contestar el cuestionario? Sí No

Muchas gracias por tu participación.

2.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Instrucciones. Contesta las preguntas de cada sección, marcando con una X en el paréntesis o escribiendo tus respuestas en el espacio correspondiente.

Turno.	
Grupo.	
Grado.	
Edad.	
Sexo.	Masculino () Femenino ()

Actualmente, ¿tu estado de salud es?: Sano () Enfermo () No sé ()

Si estas enfermo menciona que enfermedad padeces: _____

¿Te has sentido triste constantemente por más de dos semanas en los últimos doce meses? Sí () NO ()

Menciona la causa o causas de este periodo constante de tristeza. _____

ANEXO 4.

4. Instrucciones: Marca con una X dentro del cuadro correspondiente, de acuerdo a como tu creas que te sientes, por favor se lo más sincero posible, sólo marca una opción.

- 1.- ¿Tienes deseo de vivir?
 - Mi deseo de vivir es fuerte.
 - Mi deseo de vivir es débil.
 - No tengo deseos de vivir.
- 2.- ¿Tienes deseos de morir?
 - No tengo deseos de morir.
 - Mi deseo de morir es débil.
 - Mi deseo de morir es fuerte.
- 3.- ¿Qué es más fuerte, tu deseo de vivir o tu deseo de morir?
 - Mi deseo de vivir supera al de morir.
 - Es igual.
 - Mi deseo de morir supera al de vivir.
- 4.- ¿Has deseado hacerte daño con la intención de morirte?
 - No lo he deseado.
 - Mi deseo es débil.
 - Mi deseo es fuerte.
- 5.- ¿Has deseado hacerte daño, pero sin la intención de morirte?
 - Has tomado precauciones para salvar tu vida.
 - Dejarías a la suerte el vivir o el morir.
 - Dejarías de hacer cosas para mantener tu vida.
- 6.- Si has tenido ideas de morir ¿Cuánto han durado?
 - Han sido periodos pasajeros.
 - Han sido periodos largos
 - Han sido periodos continuos.
- 7.- ¿Con qué frecuencia se han presentado?
 - Ocasionalmente.
 - En forma intermitente.
 - Han sido continuos.
- 8.- ¿Qué opinas de las personas que tienen pensamientos o deseos de morir?
 - Sientes rechazo.
 - Te es indiferente.
 - Lo aceptas.
- 9.- ¿Tienes control sobre el deseo de suicidarte?
 - Sí.
 - Te has sentido inseguro.
 - No.
- 10.- ¿Tienes algún motivo que te detenga a suicidarte?
 - No lo intentaría porque algo me detiene.
 - Tengo cierta duda hacia el realizar un suicidio.
 - No tengo motivos que me detengan a realizar un suicidio.
- 11.- ¿Cuáles han sido tus razones para pensar en realizar un suicidio?
 - Llamar la atención o por venganza.
 - Por las dos razones.
 - Para escapar o salir de problemas.

- 12.- ¿Has considerado algún plan para suicidarte?
- No lo he considerado.
 - Sí lo he considerado, pero no he elaborado los detalles.
 - Sí lo he considerado y he elaborado los detalles.
- 13.- ¿Posees algún instrumento para llevar a cabo el suicidio?
- No cuento con algún instrumento.
 - Sí cuento con algún instrumento, pero no lo utilizaría.
 - Sí cuento con algún instrumento y lo utilizaría.
- 14.- ¿Tienes el valor para llevar a cabo un intento de suicidio?
- No.
 - No estoy seguro de tener el valor.
 - Sí.
- 15.- ¿Si anteriormente has intentado un suicidio, has dejado una nota?
- Nunca.
 - La he iniciado sin terminar.
 - La he escrito y terminado.
- 16.- En alguna ocasión ¿has regalado tus cosas porque piensas que te vas a morir?
- Nunca.
 - Sí lo he pensado, pero no las he regalado.
 - Sí.
- 17.- ¿Cuándo has tenido ideas de suicidio...?
- Lo has hablado con alguien abiertamente.
 - Lo has hablado con alguien, pero sin decirle abiertamente sobre tus ideas de suicidio.
 - No lo has hablado con nadie.
- 18.- ¿Has intentado suicidarte anteriormente?
- Nunca.
 - En una ocasión.
 - En más de una ocasión.



ACUSE DE RECIBIDO
ENSEÑANZA

SUDELEGACION MEDICA ZONA SUR
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
DR. IGNACIO CHAVEZ
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INV.
OF. ENS. 121/05

6 de junio de 2005.

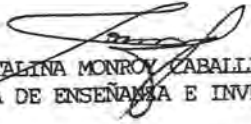
PROFRA. LILIA MORALES ZARCO
DIRECTORA DE LA ESCUELA SECUNDARIA
DIURNA "SALVADOR DIAZ MIRON"
P R E S E N T E .

La Dirección y la Jefatura de Enseñanza de la Clínica "Dr. Ignacio Chávez" por este conducto se dirigen a usted para presentar a sus finas atenciones al DR. MIGUEL ANGEL NUÑEZ BENITEZ, quien es Residente de 3er. año de Medicina Familiar y está realizando un trabajo de investigación denominado "DETECCION DE IDEACION SUICIDA EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES EN LA ETAPA TEMPRANA"; motivo por el cual solicitamos se le brinden las facilidades que sean necesarias a fin de aplicar un cuestionario previa autorización de los padres o tutor de los alumnos.

Sin otro particular, quedamos de usted.

A T E N T A M E N T E


DR. ALBERTO CHAVEZ SOLORZANO
DIRECTOR


DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

c.c.p. Profr. Jorge E. García López.- Subdirector de la Escuela Secundaria Diurna 208, "Salvador Díaz Mirón".-Presente.