



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS

HOSPITAL MATERNO INFANTIL. TOLUCA, ESTADO DE MEXICO

**CARACTERISTICAS DE LOS ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA EN EL
HOSPITAL REGIONAL ATLACOMULCO DEL ISSEMyM**

TRABAJO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JAVIER HERNANDEZ RAMIREZ



TOLUCA, ESTADO DE MEXICO 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**CARACTERISTICAS DE LOS ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA EN EL HOSPITAL
REGIONAL ATLACOMULCO DEL ISSEMyM.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

DR. JAVIER HERNANDEZ RAMIREZ.

AUTORIZACIONES

**DR FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M**

**CARACTERISTICAS DE LOS ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA EN EL HOSPITAL
REGIONAL ATLACOMULCO DEL ISSEMyM.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

DR. JAVIER HERNANDEZ RAMIREZ

AUTORIZACIONES

**M. ESP. M.F. DANIEL GODINEZ TAMAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS, HOSPITAL MATERNO INFANTIL**

**LIC. ANA LUISA SERVIN CARDENAS
DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS.**

**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION
EDUCATIVA EN SALUD DEL ISSEMYM**

**M. ESP M.F. MARTHA BERENICE HERNANDEZ MIRANDA.
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS, HOSPITAL MATERNO INFANTIL Y ASESORA DE TESIS.**

TOLUCA ESTADO DE MEXICO 2012

DEDICATORIAS

DALIA

POR TU INCONDICIONAL AMOR, POR TU APOYO EN ESTA ETAPA IMPORTANTE DE MI VIDA, QUE SIN TU APOYO NO HUBIERA CONCLUIDO, POR QUE EN ESTA HERMOSA ETAPA ME ALENTASTE A CONTINUAR SUPERANDOME.

PAPA

POR TU APOYO EN MI AREA ESTUDIANTIL, EL PRESENTE COMO UN AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO, POR QUE PESE A LAS DIFICULTADES HICISTE GRANDES ESFUERZOS POR QUE FUERA UN PROFESIONISTA Y QUE SIEMPRE DESEASTE QUE CONTINUARA ADELANTE, Y TU SUEÑO QUE FUERA UN MEDICO ESPECIALISTA.

MAMA

(MARIA TERESA)

POR DARMEL DON DE LA VIDA Y LLENARME DE AMOR MIS PRIMEROS AÑOS, A TI MI GRATITUD ETERNA.

MARIA DEL CARMEN

POR QUE AFRONTASTE CON GRAN FORTALEZA, CON FE, PACIENCIA Y AMOR LA EMPRESA DE HACERME UN HOMBRE DE BIEN. DIOS TE BENDIGA POR TODA LA ETERNIDAD.

KEVIN FERNANDO, JAVIER EDAIN Y DULCE AMY

POR QUE POR USTEDES Y PARA USTEDES HACEMOS TODO NUESTRO ESFUERZO Y CONTINUAMOS SUPERANDONOS DIA A DIA Y CON ELLO LES DEJAREMOS UN EJEMPLO DE LUCHA, SUPERACION Y CONTINUO ESTUDIO

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

FUENTE DE TODA INSPIRACION

A MI ESPOSA

POR SU PACIENCIA Y ALIENTO PARA NO DESFALLECER

A MIS HIJOS

POR ROBARLES TIEMPO QUE PUDE PASAR CON ELLOS

A MIS PADRES

SALVADOR Y CARMEN

POR GUIARME DESDE LA INFANCIA Y HACERME UN HOMBRE DE BIEN

A MIS PROFESORES

EDGAR DANIEL Y MARTHA BERENICE

POR SU SABIDURIA, SUS CONOCIMIENTOS Y POR ENSEÑARME A QUERER LA MEDICINA FAMILIAR.

**CARACTERISTICAS DE LOS ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA EN EL HOSPITAL
REGIONAL ATLACOMULCO DEL ISSEMyM**

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características individuales de los adolescentes con intento suicida del Hospital Regional Atlacomulco del Issemym. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y clínico, incluyendo pacientes adolescentes con edad comprendida entre 13 y 19 años, con intento de suicidio que ingresaron al Hospital Regional Atlacomulco. La muestra fue de 26 adolescentes de los cuales se incluyó para fines de la investigación la totalidad de los mismos. Se utilizó Instrumento de trabajo (cuestionario) creado exprofeso e Instrumento para medir percepción de Funcionamiento Familiar (FACES III). **Resultados:** De los 26 cuestionarios a pacientes adolescentes, se eliminaron 6 al encontrarse mal llenados o incompletos, resultando lo siguiente; Edad: El rango de edad va de 13 a 19 años. Género: se observó que el 73.7% corresponde al género femenino y el 26.3% al masculino. Tipología familiar: 42.2% provenía de familia nuclear, 36.8% de Uniparental y 21.1% de extensa. Causa de intento de suicidio: se observó que en un 52.6% fue por problemas familiares y con la pareja, 21.1% depresión, 21.1% regaños y 5.3% problemas escolares. Mecanismo de intento: la ingesta de fármacos destacó con 68.4%. De acuerdo a FACES III, en adaptabilidad 36.8% provienen de familias caóticas y en cohesión el 52.6% son familias no relacionadas. Conclusiones: Se encontró que el comportamiento de autoagresión se observa con mayor frecuencia en adolescentes mujeres, característica que concuerda con lo referido en la literatura por diversos autores, predominando asimismo edades comprendidas entre los 13 a 19 años.

Palabras clave: Adolescentes, intento de suicidio.

ABSTRACT

Objective: To identify the individual characteristics of adolescents with a suicide attempt in Atlacomulco Regional Hospital. **Material and methods:** A retrospective, transversal, observational and clinical study was made, including adolescents patients with an age between 13 and 19 old years, with a suicide attempt to join in Atlacomulco Regional Hospital. The sample was of 26 adolescents and all of them was including for the investigation. It was used a work instrument (questionnaire) created expressly for the study and FACES III who is an instrument to measure the perception of Family function. **Results:** From the 26 questionnaires, 6 were eliminated for incomplete. Age: The age level was 13th to 19th old years. Genus: Female was 73.7% and 26.3% to Male. Family typology: 42.2% come from a nuclear family, 36.5 from a family with only once parent and 21.1% from a long family. Cause of suicide attempt: 52.6% were for family troubles and couple, 21.1% for depression, 21.1% to scolding and 5.3% for school troubles. Attempt mechanism: the ingestion of drugs was prominent with 68.4%. Accordance with FACES III, in adaptability 36.8% come from caotic family and about cohesion 52.6% are not agglutinate family. Conclusions: the study found that self-aggression (suicide attempt) is more frequently in adolescent, characteristic according with the referees in literature for some authors, with age predominance between 13th and 19th old years.

Key words: Adolescents, suicide attempt.

INDICE

1.	Marco teórico	10
1.1	Aspectos generales de la adolescencia	10
1.1.1	Aspectos socio demográficos	10
1.1.2	Nivel de escolaridad	10
1.1.3	Incorporación al mercado de trabajo	10
1.2.	Perfil epidemiológico	10
1.2.1	Adicciones	12
1.2.2	Violencia	13
1.2.3	Nutrición	14
1.3	Cambios psicológicos en la adolescencia	14
1.3.1	Ámbitos de la adolescencia	16
1.4	Adolescencia y cambio social	17
1.5	Suicidio	18
1.5.1	Contexto histórico	18
1.5.2	Definición	20
1.5.3	Proceso psíquico	21
1.5.4	Vulnerabilidad y suicidio	21
1.6	Aspectos sociales del suicidio	22
1.6.1	Edad y suicidio	24
1.6.2	Sexo-suicidio	24
1.7	Conductas de riesgo en los adolescentes	26
1.8	Epidemiología	29
1.9	El proceso suicida	30
1.10	Factores determinantes del comportamiento suicida	36
1.11	Disconformidad con la orientación sexual e intento de suicidio	38
1.11.1	Orientación sexual y riesgo suicida	38
1.11.2	Implicaciones clínicas	39
1.12	Características de los adolescentes con intento suicida	42
1.13	Instrumento para medir percepción de funcionamiento familiar	42
1.13.1	Faces III	42
2.	Planteamiento del problema	43
3.	Justificación	45
4.	Objetivos	46
4.1	Objetivo general	46
4.2	Objetivos específicos	46

5.	Material y métodos	46
5.1	Tipo de estudio	46
75.2	Diseño de investigación	47
85.3	Población, lugar y tiempo	48
5.4	Tipo y tamaño de la muestra	48
5.5	Criterios de selección	48
5.5.1	Criterios de inclusión	48
5.5.2	Criterios de exclusión	48
5.5.3	Criterios de eliminación	49
5.6	Variables	49
5.7	Definición conceptual y operativa de las variables	49
5.8	Diseño estadístico	52
5.8.1	El propósito estadístico de la investigación	52
5.8.2	Grupo de estudio	52
5.8.3	Mediciones	52
5.8.4	Tipo de muestra	52
5.9	Instrumento de recolección de datos	54
6.10	Método de recolección de datos	54
6.11	Maniobras para evitar sesgos	54
6.11.1	Sesgos de información	54
6.11.2	Sesgos de selección	54
6.11.3	Sesgos de medición	54
6.11.4	Sesgos de análisis	54
6.12	Prueba piloto	54
6.13	Procedimientos estadísticos	55
6.14	Cronograma	55
6.15	Recursos humanos, materiales físicos y financieros del estudio	55
7.	Consideraciones éticas	56
8.	Resultados	57
9.	Discusión	69
10.	Conclusiones	76
11.	Referencias bibliográficas	80
12.	Anexos	82

1.- Marco Teórico.

1.1 Aspectos generales de la Adolescencia

1.1.1.-Aspectos socio demográfico:

Formación de la primera unión

- El 82.2% de los hombres se declaran solteros y el 65.8% de las mujeres.
- Declaran haber contraído matrimonio, adolescentes hombres 11.4% y mujeres 25.5%.¹

1.1.2.-Nivel de escolaridad

- El 92.6% de la población de 12 a 14 años acuden a la escuela, el 6.3% no estudian ni trabajan, en el 61% dedican su actividad principal a los estudios.²
- Abandonan los estudios antes de los 12 años el 2% y el 35.5% entre 15 a 17 años.¹

1.1.3.-Incorporación al mercado de trabajo

- Empleo. La tasa de desocupación en el 2005 en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años fue de 5.4, en hombres 4.6 y mujeres 6.8 con tendencia ascendente a partir del 2002.¹
- Trabajan actualmente el 32.6% y 15.0% en mujeres y hombres. El ingreso es de 1 salario mínimo el 5.3% en hombres y 25.1% en mujeres, de 1-2 salarios mínimos el 81.3% en hombres y 63.7% en mujeres.²

1.2 Perfil epidemiológico:

En primer lugar debemos situarnos en lo que pasa en la adolescencia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, dicha clasificación está basada en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de éste grupo poblacional. Para fines operativos ha sido caracterizada en dos grupos: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años.³

Para el 2006 en México habían 22, 190,481 adolescentes, esto representa el 20.63% de la población total. El CONAPO estima que para el 2020 y 2050 la población joven disminuirá a 19.2 y 14.1 millones de personas respectivamente.⁴

Pese a los logros durante los últimos años, hay muchos problemas y desafíos que amenazan las posibilidades de desarrollo saludable de los adolescentes. Los problemas de salud que más frecuentemente aparecen son las de origen infeccioso, como: las de vías respiratorias, gastrointestinales, urinarias y de transmisión sexual; dentro de las primeras veinte causas de atención médica también aparecen los accidentes de transporte de vehículo de motor.⁵

La población adolescente, muere cada año como consecuencia de afecciones que hubieran podido prevenirse: principalmente muertes ocasionadas por violencia, ya sea por acción directa (homicidios y suicidios) o negligencia (accidentes).⁵

Los adolescentes son el segmento de la población que está en mayor riesgo de tener problemas en el área de su salud sexual y reproductiva como lo son los altos contagios de ITS/VIH, embarazos no planeados y abortos.⁵

Según la Encuesta Nacional de Juventud 2005, el inicio de las relaciones sexuales de la mayor parte de los encuestados se dio entre los 15 y 19 años.¹

- En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) se especifica que el 14.4% de los adolescentes del país refieren haber tenido relaciones sexuales, siendo el mayor porcentaje entre los 16 a 19 años con el 29.6% de los encuestados.⁶

- La prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de entre 15 a 19 años que han iniciado vida sexual se incrementó del 36.4% en 1992 a 39.4% en el 2006 (Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, 1992, 2006).⁷

- Del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, se observa que el porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual es más alto en los hombres. Ya que 71.5% de ellos declaró haber utilizado algún método, mientras que en las mujeres la utilización reportada fue de 44.2%. (ENSANUT).⁶

- La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad, en el 2005 fue de 79 por cada mil mujeres. Mientras la tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 embarazos por cada mil, y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres. (ENSANUT).⁶

- La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en adolescentes, paso de 26.7% en 1997 a 36% en el 2006. (Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID. 1997 Y 2006.)

- El total de números de casos de egreso hospitalarios en adolescentes atendidos por el sistema de salud durante el 2006 fue de 201,475 por parto, y de 19,291 por abortos. (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, DGIS/SSA).⁵

- Referente a la formación de la primera unión, el 82.2% de los hombres y el 65.8% de las mujeres de la población adolescente se declaran solteros. Asimismo, el 11.4% de los hombres y 25.5% de las mujeres dicen haber contraído matrimonio. (Instituto Mexicano de la Juventud. *Encuesta Nacional de Juventud*. 2006).¹

1.2.1.-Adicciones

El uso de drogas y alcohol ha aumentado entre los jóvenes y se ha convertido en una importante fuente de morbilidad y mortalidad. La detección es relativamente difícil, dado que los signos o síntomas que permite descubrir a tiempo el uso de drogas en los adolescentes raramente son evidentes.⁵

- La prevalencia de tabaquismo entre adolescentes de 10 a 19 años fue de 7.6%, siendo mayor en el grupo de hombres de 16 a 19 años (25.9%), que en mujeres de la misma edad (9.5%).

En el estudio por zonas del área rural y urbano, los datos refieren una mayor proporción en poblaciones metropolitanas (23%), lo que equivale a 968,124 adolescentes. (ENA 2002)

- Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002), señala que la prevalencia de fumadores entre el grupo de adolescentes (12-17años) de zonas urbanas fue del 10.1%, en cuanto a los jóvenes de población rural, la frecuencia de fumadores fue de 6.1% (231,677), de los cuales 11.3% son varones y tan solo uno por ciento mujeres. La escolaridad de los jóvenes fumadores de áreas urbanas fue, en casi la mitad de ellos, (40.7%) de nivel secundaria, seguidos del 35.4% con preparatoria y del 23.4% con primaria.

- La información acerca del consumo de alcohol en la población adolescente mostró que 17.7% ha ingerido bebidas que contienen alcohol, se encontró que, independientemente de la frecuencia de consumo de alcohol por ocasión y por grupo de edad hay una tendencia sostenida a aumentar la ingesta con la edad, tanto en hombres como en mujeres. (NSP, SSA, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. 2006).⁶

- La ENA 2002, muestra que 3'522,427 adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población en este grupo. (Consejo Nacional contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de Adicciones, 2002.*)

· Asimismo, más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años han usado drogas ilícitas. De este grupo, sólo el 55.3% continúa usándola en el último año y de éstos, un 37% las ha usado en el mes previo a la encuesta. La primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína.

1.2.2.-Violencia

Las principales causas de muerte entre los jóvenes son las relacionadas, directa e indirectamente, con la violencia. Las denominadas causas externas como son los accidentes vehiculares, los homicidios y los suicidios son causas predominantemente altas en su nivel de incidencia.⁵

· En el 2005 la tasa de muertes por violencia en adolescentes varones fue de 46.7% en el rango de 10 a 14 años y del 65.4% en el de 15-19 años. Mientras que en el caso de las mujeres fue del 32.1% y 37.7% respectivamente.(INEGI. Estadísticas de Mortalidad, tasa por 100,000 hab., 2005.)

· En el 2006 el sistema de salud atendió un total de 4,339 casos por lesiones causadas por violencia en adolescentes de 10 a 19 años: 1,148 mujeres y 3,251 varones. (Sistema de Información de Salud, DGI/SSA.)

· La tasa de muertes por accidente con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos en el 2005, fue del 72.6% en varones de 10 a 14 años y del 64.1% de 15 a 19 años. En el caso de las mujeres fue ligeramente menor con un 69.6% y 62.9% respectivamente en el grupo de edad. (INEGI. Estadísticas de Mortalidad, tasa por 100,000 hab., 2005.)

· La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006, refleja un aumento considerable en la prevalencia de accidentes en el grupo de adolescentes de 10 a 19 ya que aumentó del 6% según resultados de la ENSA 2000 A 8.8% en el 2005.

· Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, permiten identificar que la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes aumenta en aquellos que viven con su pareja (3.1%), en los que consumen alcohol (3.0%) y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses (4.1%).⁵

· Asimismo, las estadísticas del INEGI muestran el alto nivel de muertes por suicidio en adolescentes, ya que en el rango de 10 a 14 años se encuentra una tasa del 10.5% mientras que entre los adolescentes de 15 a 19 años se incrementa a un 12.6%.(INEGI. Estadísticas de Mortalidad, tasa por 100,000 hab., 2005).

1.2.3.-Nutrición

La desnutrición, las deficiencias de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad son los más importantes problemas de salud nutricional entre los adolescentes que deben ser atendidos.⁵

- Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la prevalencia de baja talla en las mujeres de 12 a 17 años de edad disminuyó entre 1999 y 2006 de 19.5% a 12.3%, al igual que en 1999, durante el año 2006 la prevalencia de baja talla aumentó progresivamente con la edad. Así, en las mujeres de 12 años fue de 6.5% aumentando hasta 19.7% en las de 17 años.⁶

- La incidencia nacional de anemia en adolescentes de ambos sexos fue de 11.5%, lo cual representa a 2'116,582 adolescentes anémicos en todo el país. Los adolescentes hombres de 12 años tuvieron la prevalencia más alta (28.6%) (ENSANUT)⁶

- En 2006, de acuerdo con los resultados de esta misma encuesta, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tienen sobrepeso u obesidad. Esto representa alrededor de 5'757,400 adolescentes en el país. (ENSANUT)⁶

- La presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social. Los resultados señalan que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer. (ENSANUT)⁶

- Otras prácticas de riesgo son las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. A este respecto, 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado estas conductas en los últimos tres meses. En menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos. (ENSANUT)⁶

- Por otra parte, se observó que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años. (ENSANUT).⁶

1.3 Cambios psicológicos en la adolescencia

La adolescencia es un período intenso de cambios a todo nivel: corporal, psíquico, afectivo, familiar y social. La infancia relativamente segura debe ser abandonada para ganarse un lugar en el mundo de los adultos; el adolescente quiere ser autónomo aunque aún dependa de los padres y de otros adultos.⁸

Hay un gran cambio en la percepción de sí mismo y de los demás, comenzando por los cambios corporales; los cambios de su cuerpo no le ofrecen una referencia segura, se siente desorganizado, torpe, fuerte, poco atractivo o muy atractivo. En el ámbito sexual, el adolescente debe definir su identidad, con el fin de poder establecer una relación con el otro. En el ámbito social, va y viene entre la infancia y la edad adulta, a veces se le exige comportarse como un adulto y en otras se le trata como a un niño. El adolescente además está siendo mirado críticamente; el mundo adulto lo evalúa, lo juzga, lo critica y lo confronta permanentemente. Su maduración intelectual le permite filosofar y preguntarse sobre el sentido de la vida y su lugar en el mundo. En el ámbito psicológico, es impulsivo, hipersensible, susceptible, emotivo, impaciente, apasionado. Se puede afirmar que el adolescente está constantemente en desequilibrio y en estado de conflicto, lo que es normal debido a los múltiples e intensos cambios que está viviendo.⁸

Todos estos cambios generan un grado de angustia que varía de un adolescente a otro.⁸

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo.⁹

Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una "solución."⁹

Mauricio Knobel ha caracterizado al estadio de la adolescencia normal a través de 10 aspectos básicos de este periodo de vida:^{9,10}

- 1) Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
- 2) Tendencia grupal.
- 3) Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- 4) Crisis religiosa que puede ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
- 5) Desubicación temporal
- 6) Evolución sexual manifiesta que comprende desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
- 7) Actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales de diversa intensidad.
- 8) Contraindicaciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción que constituye la forma de expresión más típica de este periodo de vida.
- 9) Separación progresiva de los padres.
- 10) Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

1.3.1 Ámbitos de la adolescencia.

Podemos clasificar las formas de entender la adolescencia en cuatro grandes grupos que nos permiten englobarla en su totalidad, así logramos interpretarla como intervalo de edad, como perspectiva socio demográfica, como características psicobiológicas o como imagen colectiva compartida.¹⁴

En el primer grupo –*intervalo cronológico de edad*– podemos ubicar a la adolescencia en cuatro ámbitos: la adolescencia entendida como edad escolar, ya sea de escolarización obligatoria o finalización de estudios cualificados, derivado de este primer ámbito se sitúa el segundo, relacionado con la posibilidad de acceder al mundo del trabajo, es decir a una actividad laboral, y cuáles son las posibilidades, dificultades e inconvenientes que se encuentran durante el inicio y consolidación en este proceso. Un tercer ámbito se relaciona con aspectos judiciales y de ciudadanía la denominada *mayoría de edad*, aspecto que por su determinismo conforma nuevas formas de atención hacia este segmento de población. En ocasiones se puede diferenciar entre la mayoría de edad penal y edad civil, aspecto que presenta importantes dificultades ya sea en su desarrollo como en las posibles formas de intervenir, presentándose un importante cambio en la manera de entender la adolescencia y la juventud.¹⁴

El cuarto ámbito, estrechamente relacionado con el anterior, es el que podemos denominar como la edad de protección que generalmente se correlaciona con la mayoría de edad civil, pero que no establece ninguna relación con la edad de escolarización, de acceso al mundo laboral y de independencia personal.¹⁴

La perspectiva demográfica, es el segundo grupo de estudio, el conocer o presentar a un conjunto de adolescentes, no por sus características personales ni por su intervalo de edad, sino bajo la descripción del lugar donde viven y conviven con su grupo de iguales o con otros miembros de la comunidad. Así, describimos la adolescencia como la población que reside en un determinado territorio en un momento histórico concreto.¹⁴

El tercero se refiere sus *características psicopsicosociobiológicas*, esta perspectiva nos introduce a aspectos más relacionados con el bienestar psicológico y psicosocial de los adolescentes. Este periodo se caracteriza por la necesidad y la búsqueda de una identidad, que en ocasiones se ha de construir atendiendo a patrones culturales, sociales y psicológicos, es decir, a elementos impuestos por los modelos sociales, y a las características de predisposición de cada sujeto. Preguntas y afirmaciones acerca de quién soy (*self*) y la necesidad de identificarse con modelos sociales configuran la estructura de su personalidad y el desarrollo de los principales criterios morales.¹⁴

En el cuarto grupo podemos describir a la adolescencia como una *imagen colectiva compartida*, este aspecto requiere de un compromiso de la comunidad, en el sentido de entenderla como categoría social,

es decir, como un elemento activo de la sociedad con características propias que, en ocasiones, pueden ser contrarias o no coincidir con las de otros miembros de la comunidad. La representación social que cada comunidad –grupo social– construya de la adolescencia, sea cual sea la forma de clasificación que adopte, nos permitirá describirla y desarrollar políticas, ya sean, preventivas, proteccionistas o punitivas hacia este grupo de edad.

Estos cuatro grupos en que hemos clasificado y descrito a la adolescencia, no se dan de manera unitaria sino que se complementan entre ellos, aunque, sin lugar a dudas, en ocasiones alguno se desarrollará o impondrá sobre los otros, lo que generará diferentes maneras de concebir las políticas, necesidades, aspiraciones, inquietudes y percepciones de los adolescentes.¹⁴

1.4.- Adolescencia y cambio social

Existe un acuerdo mayoritario entre los principales autores que estudian la adolescencia como categoría social: consideran que en la actualidad las dinámicas sociales y psicológicas, así como los rápidos avances tecnológicos están produciendo importantes cambios en las formas y en las interacciones entre los adultos y los adolescentes (entre padres e hijos, entre educadores y educandos).¹⁴

Asimismo, la introducción de tecnologías modernas, en cuanto a información y comunicación se refiere, han generado nuevas formas de entender e interrelacionarse los adolescentes con los adultos y con su grupo de iguales.

Estos procesos, en una sociedad aceleradamente cambiante, han conllevado elementos diferenciados en las dinámicas sociales. De entre las que podemos destacar dos aspectos: en primer lugar, la progresiva infantilización y feminización de la pobreza y la exclusión social, que repercute en las formas de aspirar a la adolescencia, donde se producen importantes transformaciones y dificultades en el momento de acceder a la edad adulta; en segundo lugar se encuentran los cambios en las formas de entender e interpretar los nuevos valores sociales.

Estos dos aspectos plantean la necesidad de desarrollar nuevas políticas e investigaciones en la intervención con esta categoría social, cambios o diferencias en los planteamientos, que creemos que se han de plantear sobre la base de las siguientes características: El adolescente como *agente de su propio cambio*, las actuaciones deben dirigirse hacia la necesidad de entender al adolescente como sujeto activo y ciudadano de pleno derecho. Debemos pasar del concepto de que al adolescente se le dará al epígrafe *el adolescente tiene derecho*.¹⁴

1.5 Suicidio

1.5.1 Contexto histórico

El suicidio aparece en todas las sociedades desde los tiempos más remotos, sin embargo, a lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad frente a este acto¹¹, las culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de distinta manera. Aunque algunas de ellas son muy parecidas, las mismas culturas han incluso modificado su propio acercamiento al mismo con el paso de los años, retomando o abandonando posturas anteriores.

La antigüedad:

Los Galios consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte de los esposos, por muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para los Celtas, Hispanos, Vikingos y Nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables. En los pueblos germánicos (Visigodos), el suicidio buscaba evitar la muerte vergonzosa ("kerlingedale"), lo cual era loable y bien visto. En la China (1.800 a.c) se llevaba a cabo por lealtad, en Japón se trataba de un acto ceremonial, por expiación o por derrota, y en la India por motivos litúrgicos o religiosos, así como por muerte de los esposos (éste último considerado hoy día un delito criminal).

Las Tribus Africanas consideraban maligno y terrible el contacto físico con el cuerpo del suicida, incluso se quemaba la casa y el árbol donde se hubiese ahorcado éste; el suicidio reflejaba la ira de los antepasados y se consideraba asociado a brujería; por otra parte, el cuerpo se enterraba sin los ritos habituales.

En los Antiguos Cristianos el suicidio era muy raro pues atentaba contra el V mandamiento. En La Biblia aparecen 8 referencias a suicidios: 3 de guerreros para no entregarse al enemigo, 2 en defensa de la patria, 1 al ser herido por una mujer, y 2 por decepción (Ajitófel y Judas). Existe también la referencia a dos suicidios colectivos, uno de 40 personas en un subterráneo de Jerusalén y el suicidio de la fortaleza sitiada de Massada.

En Grecia y Roma las referencias a los suicidios son innumerables y por diversos motivos: por conducta heroica y patriótica, por vínculos societarios y solidarios, por fanatismo, por locura, por decreto (Sócrates), suicidio asistido por el senado. Durante la antigüedad clásica el suicidio del enfermo de "enfermedad incurable por necesidad" fuese una alternativa razonable; en Roma sólo se penaba el suicidio irracional. Prevalecía la idea de que quién no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, por lo que se despreciaba el suicidio sin causa aparente. Se consideraba que el enfermo "terminal" que se suicidaba tenía motivos suficientes. Se aceptaba pues el suicidio provocado por "la impaciencia del dolor o la enfermedad", ya que según decían se debía al "cansancio de la vida, la locura

o el miedo al deshonor". La idea de "bien morir" (Eu thanatos) era un Summun bonum: "porque es mejor morir de una vez que tener que padecer desdichas un día tras el otro" (Esquilo, Prometeo encadenado). Es más, "no es de buen médico entonar conjuros a una herida que reclama amputación (Sófocles, Áyax).

Durante el Imperio Romano, el *Suicidio* se consentía e incluso era considerado un acto honroso.¹¹ En los primeros tiempos republicanos, Tarquino el Soberbio ordenó poner en cruz los cadáveres de los suicidas y abandonarlos como presas de los pájaros y animales salvajes para combatir una epidemia de suicidios. No dar sepultura a los suicidas era habitual. El filósofo romano Séneca lo ensalzaba como el último acto de una persona libre.¹¹ Para Séneca, "el suicidio era un acto enérgico, por el que tomamos posesión de nosotros mismos y nos libramos de inevitables servidumbres", lo ensalzaba como el acto último de una persona libre.¹¹ Celebró el suicidio de Catón como "el triunfo de la voluntad humana sobre las cosas".

San Agustín (354-430 d.c.) describió el suicidio como "detestable y abominable perversidad". Agustín afirmaba que Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, y que por lo tanto se tenían que soportar, era sin embargo el suicidio para él, un pecado.¹¹ Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que no se celebraría ningún funeral por ninguna persona que se hubiera suicidado. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones.¹¹ Actualmente, el suicidio, está condenado en las religiones cristiana, judía e islámica.¹¹ El Islamismo lo condena de tal forma que lo considera un hecho más grave que el homicidio. Sin embargo algunas corrientes como la Yijad Islámica favorecen la inmolación.

La edad media

Durante esta época el suicidio es penado rígidamente por las leyes religiosas. El Concilio de Arlés (452) declaró que el suicidio era un crimen. El Concilio de Braga (563) lo sancionó penalmente al dictaminar que el suicida no fuera honrado con ninguna conmemoración en la liturgia, excluido del camposanto. A partir del Concilio de Braga, el suicidio fue condenado como un pecado.¹³ Lo mismo sucedió en el Concilio de Auxerre (578). El cuerpo de los suicidas era trasladado con escarnio, enterrado en la encrucijada de los caminos, su memoria difamada y sus bienes confiscados.

Era moderna

Emile Durkheim (1897) postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista.¹¹

Beck lo relaciono como una triada negativa en la cual el individuo adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo.¹¹

Freud postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, representaba hostilidad inconsciente, dirigida contra el objeto amado introyectado.¹¹

Karl Menninger postuló que el impulso tenía tres componentes: a) deseo de matar, b) deseo de ser muerto y, c) deseo de morir.¹¹

El suicidio es ilegal en muchos países y está fuertemente condenado por la sociedad en otros, especialmente en países con mayoría de población católica. En el extremo contrario se encuentran otros países que honran ciertos tipos de suicidio. Antiguamente los japoneses, por ejemplo, respetaban el *harakiri*, práctica en la que una persona avergonzada compensaba un fallo o el incumplimiento de un deber clavándose una daga.¹¹

Durante la II Guerra Mundial, los pilotos *kamikazes* japoneses consideraban como un honor el llevar a cabo misiones suicidas de bombardeo, estrellando sus aviones contra el objetivo enemigo.¹¹

1.5.2 Definición

Suicidio, del latín *sui*, de sí mismo, y *caedere*; matar. La muerte dada a sí mismo. Privación de la vida. Acción de quitarse la vida de forma voluntaria. La Organización Mundial de la Salud señala al suicidio como un acto con resultado mortal. El suicidio ha sido definido por Beck como el acto intencional causado a uno mismo que pone en peligro la vida y que da como resultado la muerte.^{10,11}

Suicidio significa el acto fatal, muerte y el intento suicida el acto no fatal de autoperjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo (Stengel).¹⁰

Tozzini señala que el suicidio lo realiza la persona que renuncia a la vida con una voluntariedad preñada de exclusivos deseos de autoeliminación.¹⁰

Existe suicidio dice, Durkheim, cuando la persona en el momento de cometer el acto que pondrá fin a su vida, sabe con certeza lo que normalmente debe resultar del mismo.¹⁰

Kreitman afirma por su parte, que una definición clara del suicidio no es posible, porque mientras la motivación es el tema central en la designación de una muerte a través del suicidio, aún no se tiene una teoría clara de la motivación.¹⁰

El suicidio es un comportamiento intencional autodestructivo llevado a cabo por una persona altamente sensible en una etapa de su vida, agravado por un contexto familiar vulnerable que es incapaz de impedirlo.¹¹

1.5.3 Proceso psíquico

El estado emocional propio de todos los suicidas se caracteriza por la angustia y la desesperación que les resultan imposibles de controlar. Este proceso psíquico comprendería: ¹⁰

- La idea del suicidio, es decir, la representación mental del acto. Las ideas de muerte van estructurando una personalidad cada vez más angustiada y con una progresiva marginación o automarginación social.
- La preparación del suicidio. Los comportamientos y actos preparatorios de la acción, por ejemplo, comprar veneno, escribir cartas, preparar el funeral, despedirse de familiares.
- El suicidio, acto de matarse, tiene como consecuencia la muerte, sobrevivencia (intento).¹⁰

Entre los aspectos y factores que inciden en la personalidad del suicida se observan: aislamiento, imposibilidad de atenerse a normas sociales o de cumplir anhelos personales y la pérdida de la propia estima. La muerte de un familiar (pareja, hijo, padres) en los dos o tres años previos al comportamiento suicida ha sido analizado como el desencadenante de un estado depresivo profundo.¹⁰

1.5.4 Vulnerabilidad y suicidio

La personalidad suicida manifiesta una alta fragilidad-vulnerabilidad que lo conduce a un comportamiento voluntario auto-destructivo.

Vulnerabilidad significa, no poder percibir el peligro de la autoagresión, no tener posibilidades de reaccionar y de protegerse. Es una personalidad fragmentada, dividida, silenciada, que realiza el comportamiento intencional autodestructivo en un medio familiar y social-cultural, que por múltiples factores y circunstancias, no puede impedirlo.¹⁰

La vulnerabilidad representa un proceso que produce un estado de indefensión, de extrema angustia existencial que lleva a la autodeterminación del suicidio. La vulnerabilidad individual, personal-física y psíquica se integra a una vulnerabilidad social donde las redes de protección familiar y social no pudieron percibir la intencionalidad del comportamiento suicida.¹⁰

La situación de vulnerabilidad impide que el individuo pueda superar la grave problemática en la que se encuentra y no puede advertir su real y auténtico estado de indefensión individual y social y que no responda con otros comportamientos, que no sean las ideas y conductas de muerte. La vulnerabilidad comprende la situación de alto riesgo del paciente con ideas de muerte. La persona vulnerable a la intención suicida está impedida de percibir y comprender la situación irreversible de su auto-agresión.¹⁰

Entre los aspectos más significativos de un estado de vulnerabilidad se observan en relación al suicidio:

- Proceso de duelo por la muerte, pérdida emocional, abandono.
- Situación de crisis personal. Desvalorización.
- Conflicto nuevo e inesperado en sus relaciones personales, familiares y sociales.
- Procesos de victimización, culpa-castigo vinculados a conflictos familiares.
- Crisis económica-social; ejemplo altos índices de desempleo, colapso económico.
- Indiferencia social-cultural.
- Graves procesos de victimización. Víctimas de hechos delictivos, de desastres.
- Suicidio por toxicomanías. Vulnerabilidad por drogodependencia.
- Vulnerabilidad por enfermedad mental.
- Vulnerabilidad por discapacidad física.¹⁰

La grave vulnerabilidad en la que se encuentra el individuo, su sensibilidad y desprotección personal, psíquica y social, provoca, con las ideas de muerte, consecuencias profundas de carácter irreversibles individual, familiar y social.

El daño emocional resultará desestructurante para el individuo, por ello las reiteraciones de las conductas suicidas, por la carencia de una contención asistencial y existencial. Los daños emocionales a la familia serán graves, especialmente en los casos de niños y adolescentes. Todos los miembros del grupo familiar se verán afectados profundamente y el intento de suicidio provocará miedos y sufrimientos a los integrantes del grupo familiar. El miedo sufrido por la familia por el intento suicida de uno de sus miembros del grupo familiar, la no comprensión del acto ahondará la situación de vulnerabilidad en cada persona del grupo familiar.¹⁰

1.6 Aspectos sociales del suicidio

Los aspectos sociales del suicidio al igual que las circunstancias personales revelan datos significativos sobre los comportamientos autodestructivos. Los aspectos sociales abarcan múltiples consideraciones de la problemática individual y familiar, que permiten, en muchos casos, un mayor esclarecimiento y comprensión de la conflictiva suicida.¹⁰

Los datos referentes a edad, sexo, estado civil, ocupación y actividades, revelan sin lugar a dudas, aspectos sociales que constituyen elementos a considerar para el tratamiento y prevención del suicidio.¹⁰

1.6.1 Edad y suicidio

Si bien es cierto que los mayores índices de suicidio se registran en adultos de mediana edad, se ha observado un aumento sumamente significativo en edades determinadas de la vida, esto es en adolescentes y en ancianos. También se observa con enorme angustia, casos de suicidio en niños.¹⁰

Marchiori (2006) menciona que los suicidios de escolares, adolescentes y niños se han elevado notablemente en los últimos años. Es muy posible que estos suicidios hayan sido “ocultados” y expuestos como actos accidentales. Los desencadenamientos son sumamente variados: conflictos con los padres, con sus compañeros, calificaciones escolares, problemas familiares, abandono, maltrato infantil. En los casos de niños se considera que existe una cifra negra oculta sobre los comportamientos suicidas, debido a que son percibidos familiar y socialmente como accidentes o descuidos de los adultos. Se conocen casos de niños de 5, 7 y 8 años cuyos suicidios han sido manifestados con anterioridad por los propios niños.¹⁰

El incremento de casos de suicidio infantil hasta hace poco tiempo negado por psiquiatras y pediatras, está relacionado a situaciones de niños que viven el maltrato familiar, abuso sexual. Toscano médico mexicano señala: “una de las características impactantes de los suicidios de los niños, es la violencia con la que se ejecutan.”¹⁰

Festini cuco y L. Cipollone (1992) expresan que el fenómeno del suicidio en los adolescentes está en continuo ascenso. Distinguen factores predisponentes y factores precipitantes; entre los primeros se encuentran antecedentes de tentativa de suicidio, fragilidad familiar, presencia del suicidio en la familia, enfermedad psiquiátrica, en particular depresión, presencia de acontecimientos traumáticos. Entre los factores precipitantes se observa sentimientos de rechazo familiar.¹⁰

Según Diekstra (1987) los diversos factores y las posibles causas físicas, psíquicas y sociales implicadas en el suicidio, producen una quiebra del adolescente caracterizada por los siguientes estados psicológicos: a) un concepto de sí negativo; b) expectativa negativa en la comunicación con las demás personas, y c) expectativa negativa sobre el futuro.¹⁰

Los adolescentes entre 12 y 16 años serán los más afectados por comportamientos suicidas, registrándose un descenso significativo en menores de 12 años. Los suicidios de adolescentes se llevan a cabo a través de fármacos, ahorcamiento, envenenamiento, arrojándose desde un edificio, por automutilación, principalmente cortarse las muñecas y los brazos y también por prenderse fuego.¹⁰

En un trabajo de la Organización Mundial de la Salud, basado en un estudio en 24 países, se puntualiza: 1) los certificados de defunción por suicidio no son uniformes. 2) El escaso valor de las estadísticas oficiales indica que sólo con gran prudencia se pueden comparar los índices de suicidio de los distintos países. 3) Tendencias en el grupo de 14 y 15 años. 4) Existe una relación entre el alcoholismo, farmacodependencia y suicidio. 5) Los suicidios y los intentos de suicidio en los jóvenes están relacionados a la disgregación familiar y a los efectos de la despersonalización de la urbanización y de los cambios sociales. 6) Los jóvenes se alejan de la familia para evitar situaciones de conflicto, pero cuando viven solos están expuestos a depresiones que pueden conducir al suicidio o al intento de suicidio.¹⁰

1.6.2. Sexo-suicidio

Marchiori (2006) considera que de cada 100 personas que intentan suicidarse, 70 pertenecen al sexo femenino, pero tomando en cuenta el número total de personas que se suicidan de cada 100 suicidas, 70 son varones. Las diferencias en los comportamientos suicidas y los intentos de suicidio entre hombres y mujeres está relacionado a los instrumentos que utilizan. Es decir, el alto número de suicidios consumados en los hombres se encuentran en directa unión con las armas utilizadas, así como una mayor conciencia de su deseo e intento de autodestruirse.¹⁰

Por el contrario, en las mujeres, se advierten ideas de muerte, intenciones de morir, pero los instrumentos elegidos para llevar a cabo la conducta autodestructiva no corresponden a una idea consciente y fija de perder la vida. El medio-instrumento utilizado por la mujer, resulta determinante para la sobrevivencia del comportamiento suicida, de allí que las cifras expresen un número bajo de suicidios de personas del sexo femenino.¹⁰

1.7.- Conductas de riesgo en los adolescentes

Desde una perspectiva psicosocial, se define el riesgo como la posibilidad de daño o amenaza para las personas, y se entiende como un constructor social. Entre los elementos que componen el riesgo, aspectos tan diversos como la salud, el medio ambiente, la igualdad y la justicia (Funes).¹⁴

Para Carles Alsinet (2003) en su estudio "Adolescentes y percepciones del riesgo", la aceptación de una situación de riesgo depende, en parte, de la información a que se han expuesto las personas, a qué información le han dado crédito, a los valores que, de manera individual, defiende cada persona, a las experiencias sociales que han vivido, las dinámicas grupales o bien a los diferentes procesos políticos o movimientos sociales e históricos que se están viviendo.¹⁴

Para Funes, los adolescentes y jóvenes en nuestra sociedad, cada día se encuentran más próximos a situaciones y acciones de riesgo, en la práctica existen una gran cantidad de conductas que se sitúan en acciones o movimientos de riesgo, entre otras haremos mención a la conducción temeraria, el consumo de sustancias psicotrópicas, la práctica de deportes de riesgo. En realidad, los adolescentes tienen a su alcance una gran cantidad de conductas de riesgo pero no tienen una vida arriesgada; es decir, no se exponen en el sentido de dar elementos de incertidumbre a sus vidas y pensar que pueden invertir esfuerzos en el compromiso social para cambiar la realidad social y de las personas.¹⁴

Aún así existen una serie de elementos que posibilitan la aparición de los denominados factores de riesgo, los cuales se presentan en determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales, que se estructuran mediante variables directas o indicadores de carácter objetivo-social y subjetivo-psicosocial, mismos que, se ha demostrado a partir de diferentes conocimientos científicos, participan de manera

probabilística en los antecedentes o en las situaciones asociadas o implicadas con la emergencia de diferentes problemas o necesidades sociales.¹⁴

Entre los factores de riesgo en la adolescencia podemos hacer mención entre otros a:

- *Las variables familiares*, entendidas como las redes primarias de apoyo social. Se ha constatado que los diferentes estilos educativos familiares influyen de manera directa en el proceso de socialización de los adolescentes.

- Los *medios de comunicación social* como elemento transmisor, de relevante impacto, en el proceso educativo de los adolescentes, así como la influencia de las nuevas tecnologías información y comunicación.

- *El consumo de sustancias tóxicas –legales e ilegales–* existen cuatro factores que permiten explicar el inicio del consumo de drogas en la adolescencia: la facilidad de acceso al producto, las variables de predisposición e individuales; las relaciones familiares y sociales (principalmente con el grupo de iguales). Dentro de este grupo hay que situar la conducción temeraria como uno de los nuevos factores de riesgo.

- *Fracaso escolar*, en ocasiones, esta situación comporta sentimientos de desadaptación y exclusión social. Paralelamente a los factores de riesgo existen otros que facilitan o impiden la aparición de estas conductas de riesgo; éstos son:

- *Factores de compensación*, son los que impiden la aparición de las conductas de riesgo, y pueden ser: de carácter personal (coeficiente intelectual elevado, óptimas habilidades y competencias sociales) del entorno familiar (buena relación familiar, óptima situación económica, etc.); de ámbito comunitario (redes de apoyo social, experiencias sociales positivas, etc.) y de sistema social (aceptación social de los adolescentes como sujetos de derecho).

- *Factores precipitantes*, son los que facilitan o provocan la aparición de las conductas de riesgo. Al igual que en el punto anterior, pueden ser: de carácter personal (interpretaciones que se hacen de los diferentes acontecimientos de la vida, estrés que provocan las situaciones vividas, etc.); de ámbito familiar (sucesos estresantes en la familia: separaciones y divorcios; trastornos patológicos de los padres o en el entorno familiar, etc.); en la comunidad (ausencia de apoyo social, cambios de domicilio, inicio de los procesos de exclusión social, medios de comunicación social, etc.) y en la sociedad (ausencia de la promoción del sentido de responsabilidad compartida en la atención a los adolescentes, aumento de las desigualdades sociales y ausencia de políticas de buenas prácticas en la atención a las personas).

Uno de los factores que permiten entender los sucesos personales de los adolescentes, son los *factores de resiliencia*, entendidos como aquellos elementos que facilitan a las personas la resistencia hacia situaciones adversas o que pueden desarrollar acciones de dificultad social.¹⁴

1.8.- Epidemiología

Barón B. O. P. en el estudio Adolescencia y suicidio considera que resulta fundamental hacer la salvedad de que existe un gran vacío en este aspecto, ya que sólo los suicidios consumados pueden ser conocidos como tales por los certificados médicos de defunción. Se sabe que en Estados Unidos, país con controles más eficaces que los mexicanos y otros latinos (ej. Colombia), por cada suicidio reportado hay cuatro que no fueron consignados en las estadísticas oficiales; lo lógico es pensar que las proporciones reales son mayores.⁸

En cuanto a los intentos de suicidio, no hay realmente ninguna persona que pueda tener una idea clara de este aspecto, porque sólo se tiene acceso a los casos reportados en los hospitales como intentos de suicidio, pero debemos ser conscientes de que existen y se producen intentos de suicidio nunca diagnosticados como tales; en esto coinciden varios autores de todas las nacionalidades.⁸

En México, las muertes por suicidio en adolescentes y jóvenes por lo menos se han duplicado en los últimos 30 años. En algunos grupos de edad, el de jóvenes de 20 a 24 años el aumento es casi el triple y en el grupo de niños y adolescentes de 0 a 14 años, de ser esta causa en 1970 inexistente, para el año 2000 la tasa fue ya de 0.47. Así, la tasa de mortalidad por suicidio en México en el grupo de 15 a 19 aumentó de 1.49 en el año 1970 a 3.40 en 2000. La de 20 a 24 años, de 2.38 a 5.29 en los mismos años y el grupo de 25 a 29 años, de 2.20 a 4.89.¹⁵

El número de suicidios en México para el año 2000 fue de 2736 casos registrados, de los cuales la mitad lo cometieron personas menores de 30 años, 39.3% varones, 8.7% mujeres.¹⁵

Para el caso de intentos de suicidio reportados en México en el año 2000, considerando que existe un notable subregistro de ellos, como ocurre en la mayoría de países y sistemas de salud, la proporción mujer 56.2% - hombre 43.8% se invierte con relación a los suicidios consumados.¹⁵

En cuanto a la distribución, llama la atención que la mitad de los que intentan el suicidio tiene menos de 24 años y que uno de cada cinco son adolescentes entre los 15 y 19 años.¹⁵

Según el Instituto de Medicina legal de Colombia, de 2.046 suicidios reportados oficialmente en 1998, el 34 % tenían entre 15 y 24 años, por cada uno de ellos puede haber unos 10 intentos fallidos y 4 suicidios

no consignados en las estadísticas. En 1996 se realizó un estudio detallado, a nivel de adolescentes; en el cual de 1.612 suicidios, el 38% correspondían a jóvenes entre los 15 y 24 años; de esta cifra, el 69% tenían entre 15 y 17 años y el 31% eran niños entre 5 y 14 años. En una investigación realizada en la Pontificia Universidad Javeriana –«Estudio aproximativo al suicidio en universitarios javerianos», en el cual se aplicó una encuesta a 1.120 estudiantes de 31 carreras de esta universidad de Santafé de Bogotá, con una muestra conformada por el 42.8% de hombres y el 57.9% de mujeres, cuyas edades oscilaban entre 15 y 57 años y el 90.6% estaba entre los 15 y los 24– se estudiaron algunas variables relacionadas con el suicidio. De la muestra total de 1.120 estudiantes, el 10.18% había tenido un intento de suicidio, cifra que coincide con la del Estudio Nacional de Salud Mental de 1993. De esta muestra de estudiantes que habían intentado suicidarse, el 62% lo había hecho durante la secundaria, el 4 % durante la primaria, el 23% durante sus estudios universitarios, el 7% en la secundaria y en la universidad, y el 3% en estas tres épocas de su vida.⁸

Ladame, psiquiatra y psicoanalista suizo, subraya que una de las cuestiones más importantes de la problemática del suicidio en la adolescencia son las reincidencias. En un estudio realizado en Francia en 1986, dos de cada tres niñas y uno de cada tres varones reincidían en su intento de suicidio.⁸

Además, es importante recordar que cada nuevo intento de suicidio es habitualmente de una gravedad médica mayor que la anterior. Una investigación realizada por Otto en 1972 encontró que de diez a quince años después de un primer intento de suicidio durante el período de la adolescencia, cerca del 10 % de la totalidad de la muestra de sexo masculino y el 3% de sexo femenino habían muerto por suicidio.⁸

Entre las características de la familia en un estudio realizado en Canadá por Samy Mourni (1991), psiquiatra y psicoanalista, éste encontró que en el 72% de los adolescentes con intentos de suicidio, uno o ambos padres se encontraban fuera del hogar, más de la mitad tenían un padre que había reorganizado su vida con otra pareja; en las familias monoparentales, el padre presente (generalmente la madre) trabajaba fuera del hogar. En general, en los diferentes estudios realizados es significativo el elevado índice de conflictos, en particular la separación de los padres y la ausencia de una figura representativa de autoridad parental.⁸

En el estudio realizado en la Universidad Javeriana se encontró una diferencia significativa dentro del grupo con intentos de suicidio, de los cuales el 61% de los padres vivían juntos y el 31% estaban separados y el otro 7% correspondía a otro tipo de situación familiar, en comparación con los jóvenes que no habían intentado suicidarse, en los cuales el 74% vivían con ambos padres, el 19 % tenían padres separados y el 6% restante otro tipo de convivencia.⁸

De la misma manera, son importantes los antecedentes familiares patológicos, particularmente los trastornos afectivos y el abuso de drogas y alcohol; por ejemplo, el índice de alcoholismo en uno de los

padres o en ambos es muy elevado en estos casos. Aunque en el estudio realizado en la Universidad Javeriana no se preguntó exactamente por antecedentes patológicos de tipo mental, sí se exploró la cercanía afectiva a personas que se han intentado suicidar o se han suicidado, y se encontraron datos interesantes como éste: los adolescentes que han intentado suicidarse, el 60% han tenido vínculos con personas cercanas que han intentado suicidarse o que se han suicidado, a diferencia del 32% de los que no han intentado suicidarse.⁸

Según Medicina Legal, en Colombia, los métodos empleados en los suicidios consumados son los siguientes: el 44% por tóxicos, el 33% por armas de fuego, el 16% por ahorcamiento y el 7% restante por otras causas. En cuanto a los métodos utilizados por los adolescentes para sus intentos de suicidio, los diferentes estudios realizados coinciden en subrayar la ingesta de fármacos.⁸

En este punto es importante reflexionar sobre el hecho de que la mayoría de los adolescentes suicidas utilizan los medicamentos del botiquín de la casa, medicamentos consumidos con regularidad por los padres o bien aquellos que les han recetados a ellos para su angustia o depresión.

Davidson (1985) realizó un estudio en el cual encontró que de los medicamentos utilizados para los intentos de suicidio, el 33% eran barbitúricos, seguido por los tranquilizantes, 26 %, y analgésicos, 19%; otros métodos utilizados son la flebotomía, el ahorcamiento, hacerse atropellar por un carro, arrojar de una ventana, las armas de fuego, etc. Es importante anotar además lo que se denomina «equivalentes suicidas», es decir, métodos empleados por el adolescente para suicidarse que pueden ser confundidos con accidentes, tales como: accidentes automovilísticos, sobredosis de drogas, riesgos diversos sin intencionalidad aparente.⁸

Es muy importante subrayar que en los últimos tiempos, por fortuna, se ha eliminado la idea de que un intento de suicidio es una forma de llamar la atención en un sentido peyorativo, una forma de manipulación, es decir, de chantaje, un capricho o un berrinche. Aunque no se puede negar que en muchos casos es un aspecto del síndrome del adolescente suicida, no es el motivo principal, que siempre es inconsciente y mucho más profundo. Un intento de suicidio siempre es una forma de llamar la atención, pero en otro sentido, es un grito desesperado de ayuda, un recurso a una acción potencialmente letal traducida por la ausencia absoluta de una solución diferente para el adolescente.⁸

Además, desde hace mucho existe una confusión entre la gravedad psíquica y el acto suicida, es decir, el grado en el cual la vida es puesta en peligro, y la gravedad psicológica y psicopatológica del adolescente. Es importante que quede claro que no hay relación alguna entre el riesgo letal de un acto suicida y el grado de angustia, desamparo total y de dolor mental asociado al acto. No se debe olvidar que en el momento de la ruptura que constituye el intento de suicidio, en el cual tambalean las facultades de prueba normal de la realidad, el adolescente se suicida con aquello que tiene a la mano, se trate de un

producto anodino o del más temible de los tóxicos. Siempre hay que tener en cuenta que un adolescente que ha intentado suicidarse, sea con aspirinas o con cualquier otra cosa, es un adolescente que está sufriendo profundamente.⁸

1.9 El proceso suicida

G. Bouchard (2000)⁸ plantea que el proceso suicida es el período que comprende el momento en que se produce la crisis y el paso al acto, y aclara que en los adolescentes este proceso puede ser muy corto, inclusive de horas, y es más corto aun en los segundos intentos de suicidio. Bouchard divide este proceso en cinco momentos:

- *El primer momento es la búsqueda de soluciones, que es una etapa normal en cualquier crisis.* La persona hace una especie de inventario de las posibles soluciones a sus problemas juzgando la posibilidad de que se produzca un cambio y, por lo tanto, se disminuya el dolor. Algunas personas podrán tener varias soluciones e identificar estrategias para resolver la crisis; otras, por el contrario, no encontrarán soluciones que puedan responder a sus necesidades presentes. En este momento, la idea de suicidio no se toma como una posible solución.⁸

- *El segundo momento es la ideación suicida.* En la búsqueda de soluciones, una imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución. Las soluciones que encuentra son ineficaces para reducir la intensidad de la crisis, y por lo tanto son rechazadas. La idea del suicidio comienza a aparecer más frecuentemente, muchas veces encubierta por la idea de que algo pasara para morir, como, por ejemplo, una enfermedad grave o un accidente, pero cada vez más se piensa en el suicidio y se empieza a elaborar escenarios posibles.⁸

- *El tercer momento es la rumiación.* La inconformidad es cada vez mayor y más difícil de soportar, el deseo de escapar a la angustia es cada vez más apremiante. La imposibilidad de resolver la crisis y el sentimiento de haber agotado todas las posibilidades provoca un aumento de la angustia. La idea del suicidio se vuelve constante y regular, lo que genera aún más angustia y aviva el sufrimiento y el dolor.

- *El cuarto momento es la cristalización, en el cual la persona se encuentra totalmente desesperanzada.* El suicidio es ya considerado como la solución a todos los sufrimientos. Es el momento en el que se elabora un plan preciso: el día, la hora, el medio, el lugar. El adolescente puede sentirse aliviado y dar signos de estar mejor, ya que el suicidio representa la solución definitiva, y él posee el medio para poner fin a su sufrimiento. Con frecuencia, en este momento el adolescente hace una ruptura emotiva de los que lo rodean y un sentimiento de aislamiento está presente. Sólo hará falta el evento que lleve el paso al acto.

- *El último momento es el elemento desencadenante.* Después de la etapa de cristalización, el paso al acto se vuelve inminente. Un evento desencadenante está ligado al acto suicida, sin importar muchas veces la intensidad o trascendencia manifiesta del evento, pero es un evento que para el adolescente se agrega a la serie de pérdidas significativas que ha sentido en su vida.

Lo importante de este proceso es tener en cuenta que se puede intervenir en cualquier momento; hay que recordar que la ambivalencia y el miedo de pasar al acto siempre van a estar presentes, inclusive hasta el último momento, y que una intervención adecuada puede interrumpir el proceso en cualquier momento.

1.10.- Factores determinantes del comportamiento suicida

El *Equipo de Intervención en Crisis para adolescentes de Montreal* plantea que los factores implicados son numerosos y complejos, pero, según su experiencia, se pueden clasificar en:

1. La motivación y la intención
2. Los factores psicosociales
3. La psicopatología individual⁸

1. La motivación y la intención

a. La Motivación

Se pueden distinguir tres tipos de motivación: racionales, pulsionales e impulsivas. La *motivación racional* de suicidio es extremadamente rara, supone la presencia de una amenaza exterior y la ausencia de psicopatología. La motivación del suicidio se resume a una decisión racional y se encuentra casi exclusivamente en los casos de eutanasia.

Es muy importante no confundir entre una decisión racional y una racionalización, defensa bien conocida en los adolescentes. La racionalización busca dar explicaciones aparentemente racionales a motivaciones de otro orden, conflictivas e inconscientes. Algunos adolescentes tienen un discurso pseudofilosófico, aparentemente racional, pero que esconde mal la verdadera naturaleza de su angustia.

La *motivación pulsional* es casi siempre psicopatológica y se produce en casos de una psicopatología clínica severa. Las rumiaciones suicidas son permanentes y el estado suicida es constante y crónico. Un buen ejemplo es el riesgo de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Se sabe que el riesgo de suicidio en esta población es alto: hasta un 10% muere por suicidio, y en especial se suicidan en los primeros años del trastorno, por lo que pacientes esquizofrénicos que se suicidan son jóvenes.

La *motivación impulsiva* es la más frecuente. El Equipo de Montreal plantea que es un grupo en el que los pacientes estarían menos depresivos y que parecen haber reaccionado a un estado de tensión aguda. Estos pacientes consideran más fuertemente la posibilidad de sobrevivir. Cuando el intento de suicidio es de tipo impulsivo, es una reacción espontánea a una angustia de larga data, que ha sido continua y que se ha alimentado por las dificultades interpersonales desde hace largo tiempo.

Tal vez por esto la impulsividad del gesto suicida contribuye a que el acto se vuelva incomprensible o a que se reduzca el sentido de los eventos que lo han precedido; es común, por ejemplo, que los padres se encuentren sorprendidos y no entiendan o no puedan creer lo que sus hijos hicieron. Este tipo de intentos de suicidio está relacionado con la totalidad del individuo y con su historia tanto pasada como presente.

b. **La Intención**

Cuando nos referimos a la intención, estamos buscando el sentido profundo que el adolescente le atribuye a ese acto, es decir, cómo explicar ese intento de suicidio en esa persona en ese momento. Es importante tener en cuenta que la intención, en muchos de los casos, no es la muerte misma; por lo tanto, es necesario una evaluación profunda para determinar cuál es la intención del acto suicida y cuál es el grado de claridad de ese acto.

Nuestro trabajo consistirá en encontrar con el adolescente el sentido profundo de su acto suicida que se esconde en una historia totalmente individual, por lo tanto la intención es particular en cada caso. En ocasiones, el intento de suicidio puede disimular un pensamiento mágico; por ejemplo, la fantasía de una «reunión» es la expresión de un deseo de cambiar, de renovación o de revisión de su vida.⁸

Los adolescentes sienten que cuando ellos se «despierten» su vida habrá cambiado o podrán comenzar de cero. A nivel intrapsíquico, un sentimiento de omnipotencia infantil está muy presente y con frecuencia también la fantasía de reencarnación. En otras ocasiones, el deseo de suicidio puede ser la solución a un problema personal o familiar el adolescente piensa que no tiene otra solución posible. A veces, el deseo del suicidio puede ser una reacción de miedo exagerado ante la muerte.

Tanto los problemas psicosociales como la psicopatología individual son la causa de que el adolescente se sienta solo, aislado, malo, pasivo, excluido de un mundo adulto familiar. Se puede decir que las estructuras internas y externas que deberían darle un sentido y un orden a su vida se han tornado para él inadecuadas. Se puede afirmar que los adolescentes que intentan suicidarse viven un caos social y psicológico, el cual está bien representado en juegos como la ruleta rusa o las intoxicaciones con medicamentos, ya que en éstas el adolescente, en la mayoría de los casos, no puede saber de manera precisa el efecto que esas píldoras tendrán en sus órganos vitales, y si hay un efecto dañino, cuáles son las circunstancias que determinarán ser socorrido a tiempo o no. Estos adolescentes «juegan» igualmente con su vida.

Mourny Samy (1991) refiere que este aspecto de «juego» se encuentra en la mayoría de los intentos de suicidio y representa un elemento importante de la vivencia del adolescente suicida, la ambivalencia, que es una manera de dejar que el destino decida su vida. Se puede afirmar que el acto suicida es el último medio para hacer la experiencia de un control de su vida; en ocasiones no se trata solamente de morirse, sino de escoger su forma de morirse.

Mourny Samy (1991) refiere que el acto suicida es un acto de desesperanza y de impotencia, pero también es, a nivel de la fantasía, un revés para lograr el control y la renovación. Es, por lo tanto, principalmente en el inconsciente donde se debe buscar el porqué del acto suicida y la expresión particular que toma este acto, por ejemplo, intoxicación o arma de fuego. Las tentativas de suicidio, como todo síntoma psicológico, dramatizan a la vez el conflicto inconsciente y la solución simbólica o defensiva de este conflicto.

El adolescente no conoce todavía la muerte como una cosa absoluta e irreversible (estudio realizado por Maurer sobre la maduración del concepto de muerte). Su pensamiento es frecuentemente de aspecto concreto. En una situación de gran angustia o bien sobre el efecto de intoxicación por medicamentos se manifiesta una regresión hacia un estado mental más concreto.

En un nivel más o menos consciente, el adolescente puede creerse inmortal. Morir se confunde frecuentemente en su mente con el deseo de fuga, de partir, de salir de un *impase*, «dormir un largo tiempo», «no sentir más», «no crecer más», «cambiar de vida», «devolverse a antes». Rojas U. (2000, comunicación personal) plantea que en su experiencia la intención más frecuente del acto suicida en los adolescentes es la de reencontrar una paz perdida y la búsqueda de descansar del sufrimiento.

En el momento del acto suicida hay una negación del miedo a la muerte. Para ejecutar el acto suicida, la angustia de la muerte debe ser atenuada en provecho de una regresión hacia una omnipotencia infantil.

Trauman (1961) ha descrito el contenido del pensamiento antes, durante y después del gesto suicida. El describe una pérdida breve del contacto con la realidad y un trastorno en el pensamiento racional. Un momento de impulsividad que se asemeja a un estado de trance, seguido inmediatamente por un «sueño» brusco a las consecuencias del acto. Hay entonces pánico y llamado de auxilio.

El primer signo de vigilancia mental es reencontrar el miedo a la muerte, sin embargo ausente un instante antes. Según Trauman (1961), esta pérdida momentánea de contacto con la realidad vuelve posible el gesto suicida y se explica por la intensidad del dolor mental provocado por el evento desencadenante, el cual toma a menudo la forma de una pérdida objetal.

Los determinantes del comportamiento suicida ligados a la motivación y a la intención suicida se revelan complejos y en el centro del problema. Por lo tanto, es evidente que sólo una evaluación completa y profunda del adolescente suicida permite una comprensión justa del porqué de su gesto.

|2. Los factores psicosociales

Los factores psicosociales se dividen en:

- El estallido de la familia
- La discontinuidad de la Experiencia
- La psicodinamia familiar

- *El estallido de la familia:* El estallido de la familia nuclear no es específico de las familias de adolescentes con intentos de suicidio. Lo que parece específico es la manifestación durante la temprana infancia; es frecuente encontrar la carencia afectiva que resulta de la doble ausencia física y emocional de los dos padres. Las separaciones son a menudo múltiples, escalonadas sobre muchos años. Más de la mitad de los adolescentes suicidas tienen un padre que sufre de una enfermedad física.

Los problemas psiquiátricos son frecuentes; en un primer rango se encuentra el alcoholismo y la depresión. 20% de los adolescentes suicidas tienen un padre suicida. Estos adolescentes particularmente vulnerables tienen gestos suicidas a una edad precoz.

- *La discontinuidad de la Experiencia:* La vida del adolescente suicida está marcada por la deserción afectiva de los adultos de su entorno y por el rompimiento de su existencia. Hay muchos cambios importantes y problemáticos en la vida del adolescente suicida que han intervenido en los seis meses anteriores a una tentativa de suicidio. Sus cambios, además de las rupturas de su vivencia, son cuatro veces más numerosos que en los adolescentes promedio.

Entre los cambios se pueden mencionar: la separación de los padres o el divorcio, el compartir el cuidado de los niños, el concubinato de uno de los padres, el volverse a casar, el nacimiento de un medio hermano, los hijos de la segunda pareja van a vivir al hogar, etc. Cada una de las alteraciones genera nuevas modificaciones: cambios de domicilio, de barrio, de colegio, de amigos, de adaptación a nuevas personas casi extrañas compartiendo la misma intimidad. Además, cada cambio reactiva la angustia vinculada a la experiencia de la primera separación.

- *La psicodinamia familiar:* Sobre el plano de la psicodinamia, la familia del adolescente suicida ha sido objeto de múltiples observaciones. La madre ha sido descrita como fría, rechazante, sin descuidar en ningún momento los cuidados físicos esenciales. Con frecuencia, uno se encuentra frente a una madre

muy joven, impotente y rebasada por su tarea parental. Ella tiene una necesidad de dependencia aumentada. Mientras que el adolescente no toma (en un reinvertir los roles) la responsabilidad del bienestar afectivo de su madre, es considerado como un obstáculo a la felicidad y a la libertad de esta última. El padre está física y emotivamente ausente de la vida familiar; su relación es distante y desprovista de afecto. Zilborg (citado por Samy, 1991) ve en los adolescentes suicidas una identificación con el padre ausente.⁸

El adolescente se siente «de más». Nos dice espontáneamente que su problema comenzó con su nacimiento; percibe un deseo parental consciente o inconsciente de deshacerse de él. La felicidad de su familia depende de su desaparición. Rojas U. (2000) plantea que podría entenderse también como un deseo inconsciente del adolescente de deshacerse de los padres que se vuelve contra él.

Ciertas familias reaccionan a la angustia de manera bien particular; manifiestan una reacción de débil intensidad que tiende a minimizar el alcance del conflicto y no buscan restablecer la comunicación entre sus miembros. Esta reacción, descrita por Richman (citado por Samy, 1991), busca ignorar la existencia de un problema en lugar de transmitir la inquietud o la desaprobación que sería apropiada en tales situaciones. Los conflictos permanecen sin ninguna esperanza de resolución.

Hay otros factores ligados a la vida del adolescente que son de importancia: la escuela, la actividad sexual y las relaciones amorosas. El rompimiento de la familia nuclear, los trastornos ligados a la relación con los padres y la psicopatología individual del adolescente tienen consecuencias importantes en el plano afectivo e influyen en todas las esferas de funcionamiento, y obstaculizan el desarrollo normal del adolescente e influyen sobre todas las otras consideraciones socio-afectivas. En esta perspectiva hay que mencionar la importancia de ciertos aspectos de la vida del adolescente, tales como: el colegio, la sexualidad y la relación con los pares.

El desempeño escolar juega un rol determinante para un subgrupo de jóvenes suicidas provenientes de familias ambiciosas, para las cuales el logro social es predominante. La tasa de suicidios es elevada en los colegios y universidades de prestigio, y el riesgo letal aumenta con el desempeño escolar.

Por el contrario, en la mayoría de los jóvenes que intentan suicidarse, el colegio no constituye el corazón del problema; la mayoría pasan apenas su año. Los problemas emocionales y relacionales interfieren en su motivación y su desempeño. Aquellos que fracasan y pierden prematuramente el colegio no se inquietan por esto, porque sus problemas afectivos movilizan y requieren todas sus energías. Por otra parte, las relaciones sexuales no aparecen como importantes en los adolescentes que se suicidan, muchos de éstos han tenido muy pocas o ninguna relación sexual, mientras que los que intentan suicidarse sí tienden a tener relaciones sexuales muchas veces dentro de pasos al acto de orden sexual, o tienen antecedentes de abuso sexual.⁸

3.- Psicopatología individual

Diferentes autores han discutido si los intentos de suicidio hacen parte o no del desarrollo normal de la adolescencia. «*Algunos autores plantean el intento de suicidio como un elemento natural dentro del proceso de transformación psicodinámico característico de la adolescencia*» (Rojas, 1992). Para M.H. Samy (1991), los adolescentes que intentan suicidarse presentan todo un cierto grado de psicopatología que se manifiesta a través de muchos síntomas psíquicos y físicos asociados a patologías de la personalidad.⁸

Estos adolescentes tienen una emotividad excesiva, y sus sentimientos de tristeza, de cólera, de rabia o de irritabilidad son desbordantes. Muestran un nivel elevado de impulsividad y una tendencia al paso al acto. La erosión de las estructuras internas y externas los vuelve hostiles a la disciplina. Sus reacciones al estrés se caracterizan por la fuga. El uso de drogas, aunque frecuente, está lejos de ser generalizado. Los adolescentes suicidas tienen una vulnerabilidad extrema a la separación. Las niñas, en particular, son vulnerables a la autoacusación y la autopunición. Casi siempre existe depresión, sentimientos de impotencia y de desesperanza.⁸

El adolescente con alto riesgo de suicidio puede presentar rasgos tales como: ser solitario, aislado, replegado sobre sí mismo, frecuente pocos amigos y no tiene un confidente real. No confía en nadie y se siente automáticamente excluido y rechazado por el grupo de pares.

La presencia de enfermedades psiquiátricas como tales es más probable en los adolescentes que se suicidan. Se encuentran desórdenes afectivos mayores o esquizofrenia en al menos 30% de casos de suicidio. La gravedad de la enfermedad en estos casos es el factor determinante, más que la clase de enfermedad o su duración. Es necesario no confundir la presencia de síntomas depresivos con la presencia de enfermedades psiquiátricas. Los adolescentes que intentan suicidarse reciben sobre todo los siguientes diagnósticos: patologías de personalidad, reacciones adaptativas, depresión neurótica. Algunas veces no se puede establecer ningún diagnóstico. Aunque no siempre, la sintomatología está ligada a una falla del proceso de desarrollo y a los factores situacionales más que a una enfermedad psiquiátrica.

Una posición radicalmente opuesta es la de M. y M.E. Laufer, psicoanalistas que trabajan con adolescentes en Londres, quienes plantean que en los adolescentes existe la patología del «breakdown» o derrumbe en su proceso de desarrollo. Consideran que las conductas fundamentalmente autodestructivas de los adolescentes, tales como la bulimia, la anorexia, el juego compulsivo y los intentos de suicidio, son derrumbes en el proceso que llevan del autoerotismo a la complementariedad y que finaliza en el momento en que se es capaz de integrar la representación de un cuerpo sexuado activo masculino o femenino.

Siguiendo esta línea, los Laufer consideran que siempre un intento de suicidio en la adolescencia es un signo de un derrumbe agudo del movimiento hacia la organización de una identidad sexual estable, lo que no significa necesariamente una patología ya establecida en el adolescente. Es como si el desarrollo hubiera sufrido un *impasse*; los procesos de desarrollo entonces se detienen y el adolescente tiene el sentimiento de que no hay ninguna posibilidad, sea de un progreso hacia el estado adulto, sea de una regresión hacia la dependencia de los objetos edípicos. Por lo tanto, es frecuente que el intento de suicidio en los adolescentes esté inmediatamente precedido de un evento que señala el fracaso de su tentativa de desprendimiento de una relación de dependencia frente a sus padres.

Así, en el momento en el cual un adolescente toma la decisión de suicidarse, lo que este acto significa para él es un ataque al cuerpo sexuado, porque los vínculos al primer objeto son todavía predominantes. Morir es matar el cuerpo no el espíritu. Por eso el adolescente no considera su cuerpo como una parte de él mismo sino como un objeto que podrá expresar todos sus sentimientos y todas sus fantasías, es decir, vive su cuerpo como aquello que lo ataca, de una manera particular, por lo cual lo identifica como el agresor fantaseado que debe mantener reducido al silencio. Como se sabe, la pubertad reactiva la prohibición al incesto entre los hijos y los padres. El adolescente, por lo tanto, debe encontrar los medios para satisfacer sus necesidades y deseos sexuales y narcisistas en figuras diferentes a las de sus padres. Pero el adolescente que es incapaz de establecer relaciones, cualquiera que sea la razón histórica, pierde toda esperanza de encontrar una solución a su angustia y a sus tensiones, y se vuelve entonces susceptible de considerar su cuerpo como la fuente de su angustia y de su odio.

Para el adolescente, la sexualidad genital es emancipadora o incestuosa, y en los dos casos inaceptable.⁸

1.11.- Disconformidad con la orientación sexual e intento de suicidio en la adolescencia

La homosexualidad ha existido siempre en todos los grupos sociales; sin embargo, las connotaciones negativas sobre la misma y los tabúes culturales han determinado que el proceso para su abierto reconocimiento haya sido lento y polémico

En la actualidad, con mayor frecuencia se observa que un número considerable de adolescentes se identifique o reconozca a sí mismo como homosexual, otro grupo tenga relaciones sexuales con relativa asiduidad con personas del mismo sexo sin considerarse homosexual o bisexual; y un grupo, igualmente importante, experimente confusión en relación con la orientación sexual.

Estudios recientes informan que entre 3 y 4% de los adolescentes se reconoce como homosexual, lesbiana o bisexual, y un porcentaje menor manifiesta estar inseguro sobre la orientación sexual. Sólo

últimamente se ha considerado y evaluado sistemáticamente la asociación entre la disconformidad (malestar psicológico) por la orientación sexual con los intentos suicidas entre adolescentes y adultos jóvenes. No obstante, es preciso tener presente que otro conjunto de factores de igual importancia ha sido asociado con intentos de suicidios en adolescentes, entre otros se encuentran depresión comportamiento antisocial y consumo de sustancias de las cuales se puede abusar o ser causa de dependencia.

Aunque la orientación sexual no es factor de riesgo para un trastorno mental, entre adolescentes las implicaciones sociales del estilo de vida homosexual o bisexual pueden favorecer el inicio de síntomas emocionales. Las investigaciones informan que los muchachos homosexuales, lesbianas, bisexuales o inconformes con la orientación sexual presentan un riesgo mayor para trastornos de conducta, fuga del hogar, consumo de sustancias y trastornos depresivos. Sin embargo, los trastornos depresivos solos o asociados con abuso o dependencia de sustancias constituyen los principales riesgos para intento de suicidio en este grupo de población.

Los estudios informan que adolescentes homosexuales, lesbianas o bisexuales manifiestan cinco veces más ideas suicidas, y seis veces más haber realizado un intento de suicidio que la población de adolescentes que se califica como heterosexual.

En una sociedad heterosexual, el adolescente que asume la identidad homosexual o bisexual se enfrenta a algunos estresores difíciles de afrontar. En la etiología de los trastornos depresivos está implicada una lista de factores. No obstante, algunos estudios concluyen que los factores de índole ambiental están asociados en forma considerable con la depresión que se observa en adolescentes homosexuales o lesbianas. Las eventuales consecuencias sociales de la orientación homosexual entre los adolescentes incluyen rechazo por personas de la misma edad, desaprobación familiar, persecución escolar y aislamiento social.

Los muchachos que sienten disconformidad con la orientación sexual o que están en el proceso de aceptación de la misma muestran una mayor posibilidad de reunir criterios para un episodio depresivo. Estos adolescentes, como se ha dicho, deben manejar estresores como el aislamiento, el estigma y diversos tipos de violencia.

Se ha encontrado que los adolescentes y adultos muy jóvenes homosexuales, lesbianas o bisexuales tienen un riesgo cuatro veces más alto de presentar un episodio depresivo mayor y un riesgo dos veces mayor de abusar o depender de sustancias. La depresión de estos jóvenes deteriora el funcionamiento social, genera problemas en el funcionamiento académico, invita al consumo de sustancias y motiva la fuga del hogar; todas estas circunstancias están igualmente relacionadas con intentos de suicidio, independientemente de la orientación sexual.

En la adolescencia, los síntomas cognoscitivos de la depresión parecen ser de mayor importancia como predictores de intento de suicidio. La desesperanza, a la vez, guarda relación con una pobre autoestima, la cual está estrechamente asociada con depresión y tendencias suicidas. Cuando comparamos adolescentes homosexuales y heterosexuales, observamos que el primer grupo informa un mayor número de síntomas depresivos, particularmente desesperanza.¹⁶

1.11.1 Orientación sexual y riesgo suicida

Los adolescentes con malestar por la orientación sexual constituyen un grupo heterogéneo. Aunque los intentos de suicidio en la población general son más frecuentes en adolescentes de sexo femenino, un análisis estratificado por género muestra que el riesgo para intento suicida por disconformidad con la orientación sexual es mayor en los adolescentes homosexuales de sexo masculino que en adolescentes de sexo femenino y que en aquellos que aún están inseguros sobre la orientación sexual, sin considerar el género.

De otro lado, las características de género son de capital trascendencia. Las investigaciones muestran que adolescentes homosexuales con un comportamiento masculino o andrógino presentan mayor autoestima y menor malestar psicológico de tal suerte que un riesgo suicida más bajo.

De igual forma, cobra importancia la edad en la cual se inicia la fase de asunción de la orientación sexual. Se ha documentado que los adolescentes de sexo masculino que asumen la orientación sexual más temprana edad tienen una tendencia mayor a los intentos de suicidio que aquellos jóvenes que la asumen a mayor edad.

Campo Arias (2008), en su estudio “Disconformidad con la orientación sexual e intento de suicidio en la adolescencia” ha enfatizado que el consumo de sustancias es un factor de riesgo para intento de suicidio, independientemente de la orientación sexual. Los adolescentes inconformes con la orientación sexual muestran una mayor tendencia al consumo de sustancias susceptibles de abuso. En un estudio reciente se informa que entre adolescentes de sexo femenino, los intentos de suicidio se relacionaban con el consumo de sustancias y no guardaban asociación alguna con la orientación sexual.¹⁶

1.11.2.- Implicaciones clínicas

Los adolescentes que han realizado un intento suicida tienen un riesgo mayor de realizar un nuevo intento y consumir el deseo de suicidio. Aproximadamente la mitad de los jóvenes que ha realizado un intento suicida ha consultado con un profesional de salud. Es infrecuente que la conformidad o la disconformidad con la orientación sexual sea un tópico a discutir y ventilar en una entrevista con un adolescente que ha intentado quitarse la vida, se evita el tema, así se omite profundizar sobre deseos y fantasías sexuales; en forma habitual se trata de identificar un trastorno depresivo o un conflicto interpersonal. De tal suerte que, en un adolescente con síntomas depresivos se debe indagar en forma

respetuosa y sin acento de censura aspectos críticos como el consumo de sustancias, un posible abuso sexual y sobre la orientación sexual. Es necesario precisar en relación con el abuso sexual que los adolescentes con malestar por la orientación sexual tienen un riesgo mayor de ser abusados sexualmente.

Por lo tanto, en los jóvenes que son llevados a consulta por intento de suicidio es menester considerar la posibilidad de identificar cualquier tipo de disconfort con la orientación sexual, sin tener presente la conducta de género manifiesta. Los estereotipos sociales existentes sobre la homosexualidad hacen suponer que todos los homosexuales masculinos y femeninos muestran una conducta típica del género opuesto. No obstante, esta consideración es completamente falsa.

Sin duda, todos los adolescentes que han realizado intento de suicidio necesitan generalmente un tratamiento psiquiátrico, psicofarmacológico y psicoterapéutico. En aquellos casos en los cuales se identifica disconformidad u otro malestar relacionado con la orientación sexual se debe trabajar adicionalmente en este tópico para lograr la mayor integración de la orientación sexual a los otros componentes de la personalidad. Se deben fortalecer las habilidades para el manejo de las diferentes situaciones estresoras relacionadas y no relacionadas con la orientación sexual y fortalecer la autoestima.

Como en otros casos, la intervención incluye a la familia para ayudar en el proceso de aceptación de la orientación sexual; de tal manera que sirva de apoyo y así prevenir un próximo intento o el suicidio mismo.¹⁶

1.12. Características de los adolescentes con intento suicida.

Durante la etapa de la adolescencia se suceden sistemáticos cambios relacionados con las actitudes asumidas en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos, se adquiere la independencia, se logra el despegue familiar y se generan algunas conductas que inciden negativamente en el medio familiar y social, lo cual provoca estilos de vida poco saludables como la conducta suicida, que afecta su calidad de vida.²²

Masson (1986) identifica cuatro contextos o características del adolescente en riesgo de suicidio, estrechamente relacionados con el funcionamiento familiar: de abusos sexuales, de carencias afectivas, sociales o educativas, de violencia, y de aislamiento y de relaciones rígidas y disfuncionales.³⁸

Peña Galbán (2002) en su estudio "Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes", encuentra en la mayoría de los autores consultados que el intento suicida es más frecuente en la personas solteras, solitarias, sin compañía, con reducción del círculo de amistades, poco relacionadas y agobiadas por problemas que no le encuentran solución; adolescente o joven suicida se siente desesperanzado, inseguro, apático y rechazado, por lo que se aísla.

Rodríguez Gómezgil (1974) habla sobre los comportamientos sociales del suicidio señalando con respecto a la edad, que ésta tiende a bajar, agravándose en jóvenes y adolescentes.

González (2006) al analizar las necropsias realizadas por el Instituto de Medicina Legal encontró una tasa de 4.8x100.000 en el grupo entre 15 y 17 años, cifra mayor a la observada para todo Colombia en ese año (3.9x100.000).

Pérez-Olmos (2007) reporta que las estadísticas de Colombia evidencian un aumento en los últimos años en la tasa de suicidios de adolescentes, adultos jóvenes y adolescentes de sexo femenino y considera que el intento de suicidio es más frecuente que el suicidio consumado, pues se estima que el intento de suicidio alguna vez en la vida en adolescentes varía del 1,3% al 3,8% en hombres, y del 1,5% al 20,1% en mujeres; y la prevalencia de ideación suicida es del 15% al 25%, con un pico entre los 14 y los 16 años.

Las investigaciones criminológicas están descubriendo que los intentos de suicidio y las depresiones profundas son frecuentes en jóvenes inestables emocionalmente por problemas familiares, asimismo los motivos desencadenantes suelen ser aparentemente fútiles, pero no en relación al mundo adolescente. Stern investigando en suicidios en niños y jóvenes explica las dificultades para encontrar los verdaderos motivos del suicidio. Entre las causas desencadenantes: carencia de afecto y protección.¹⁰

La familia es el grupo biológico natural del ser humano; es un conglomerado social que abarca a la mayoría de los miembros en una sociedad. Es en la familia donde se llevan a cabo las principales funciones de socialización, en su ámbito el sujeto adquiere su identidad y la posición individual intergeneracional, y significa las formas de desarrollo y bienestar de los adolescentes.¹⁷

Monge (2007) con respecto a la percepción del ambiente en su hogar, los estudiantes que lo perciben de manera negativa (autoritario, hostil, rígido o violento) tienen 4.09 veces mayor riesgo de intentar suicidarse, encontrando que el 49% de los jóvenes que habían intentado suicidarse percibía su ambiente negativo.

En Perú según el estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (2002), donde se investigó el pensamiento suicida y el intento suicida como indicadores más sensibles a cambios antes del suicidio consumado. Se observó que los indicadores en el adolescente son elevados. Uno de cada siete adolescentes ha presentado deseos suicidas en el último año y acusan como motivos a los problemas con los padres.

Cortés Alfaro (2011) concluye que entre los conflictos que pueden producirse durante la crianza del niño, las agresiones frecuentes y el maltrato físico por parte de sus tutores, con el consecuente efecto de miedo y sentimiento contradictorio, son factores potencialmente psicopatógenos, capaces de desencadenar ideación e intento suicidas, debido a la impulsividad de los afectados.

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan están caracterizados por diferentes factores para esta conducta, entre los que se citan: provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, exposición a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, los que presentan psicopatologías incluyendo la depresión, el abuso de sustancias y tener una conducta disocial, la baja autoestima, la impulsividad, la desesperanza, los amores contrariados o los problemas socioeconómicos, la falta de comunicación con los padres, la desesperanza y el maltrato, entre otros aspectos, que limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de sus necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.²²

En relación a Ocupación-Actividad-Intento de suicidio, se reporta por Marchiori (2006) que las personas sin actividad y/o profesión serían las más afectadas en relación a los riesgos de comportamiento suicidas. En una escala social se encuentran en una circunstancia de mayor vulnerabilidad: los jubilados-pensionados, los desocupados y los estudiantes.

Por otra parte al enfocar la relación Zona urbana-Rural-Suicidio, según el Criminólogo mexicano Alfonso Quiroz Cuarón (1997) el suicidio es un comportamiento que tiende a crecer y este crecimiento ya se observaba desde entonces en mayor medida en las ciudades.

Según H. G. Morgan (1983) las estadísticas indican que las tasas de suicidio en las regiones rurales son más bajas que en los poblados y ciudades.

Festino Cucco y L. Cipollone (1992) manifiestan que estas diferencias se producen por el mayor aislamiento y desorganización social de las zonas urbanas.

Para investigadores como Peña Galbán (2002) la escolaridad que predominó fue la secundaria básica en correspondencia con la edad de los pacientes y se utilizó con más frecuencia el método de ingestión de psicofármacos, quizás porque es el que no produce sufrimiento o dolor momentáneo, en ocasiones no hay una intención seria de morir sino de llamar la atención para recibir ayuda. Este método ha ido en incremento sustituyendo a los métodos duros.²⁵

González-Forteza y Andrade (1995) evaluaron a 423 adolescentes con respecto a la relación que mantenían con sus padres y sus recursos de apoyo, así como la relación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Los resultados obtenidos en los varones mostraron de concordancia entre las

funciones del padre y de la madre, las escalas de afecto, comunicación y control se correlacionaron significativamente entre ambos padres; también se observó que tendían a acudir a su familia para recibir ayuda y consejos cuando tenían problemas y preferían no acudir a sus amigos ni a nadie más.

También se encontró acorde con Pelcovitz y col. (1999), falta de cohesión en las familias de las adolescentes suicidas, porque pertenecen a familias rígidamente desvinculadas, es decir, que 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.

1.13. Instrumento para medir percepción de Funcionamiento Familiar.

1.13.1 Faces III

La familia constituye el núcleo fundamental de toda sociedad considerada como referente social para cada uno de sus miembros, más aún en el adolescente, quien vive en permanente cambio y evolución, pues es una etapa crucial en su desarrollo individual y en su identificación familiar.³⁵

Camacho Palomino Patricia (2009) enfatiza que el funcionamiento familiar es relevante en el desarrollo del adolescente, actuando como el soporte necesario para su desempeño familiar e individual, así, se entiende que este funcionamiento es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante las dimensiones de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, participación y adaptabilidad; que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud; es por ello que debemos valernos de instrumentos para realizar la medición de dicha percepción, entre los cuales destaca The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III).

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3a versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales: la cohesión y la flexibilidad o adaptabilidad familiar.³⁶

Desde el Modelo Circumplejo de Olson, se sostiene que la cohesión y la flexibilidad son las 2 dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La Flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado (ver Tabla 1). Los sistemas maritales o

familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital.³⁶

Tabla 1. Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y flexibilidad.

		COHESIÓN			
		Bajo \longrightarrow	Moderado \longrightarrow	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

La Escala Faces III consta de 40 ítems, cada uno con una escala Likert de cinco opciones (casi siempre, muchas veces, a veces sí y a veces no, pocas veces, casi nunca), divididos en dos partes. La parte I, compuesta por 20 ítems y que evalúa el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia tal como el sujeto la percibe en ese momento ("Familia Real"). Y la parte II, compuesta por 20 ítems que reflejan el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que hubiese en su familia ("Familia Ideal").³⁶

E.R. Ponce Rosas, F.J. Gómez Clavelina y colaboradores (2002) en su estudio "Validez de constructo del cuestionario FACES III en español" demostraron que FACES III en español (México) es fiable y válido.³⁷

2.- Planteamiento Del Problema

El suicidio en los adolescentes se ha convertido en un problema de alta prioridad para los prestadores de salud, en especial para el primer nivel de atención médica, debido a que a este nivel, acuden gran número de pacientes de riesgo a solicitar apoyo, sin embargo pocos son detectados y atendidos en forma adecuada.

Desafortunadamente, la gran mayoría de los pacientes adolescentes con riesgo suicida son captados hasta que arriban a 2º nivel de atención, en particular al área de urgencias al haber ya intentado

consumar el suicidio, es entonces cuando la familia se enfrenta al shock primero de conocer que un miembro de la misma ha intentado suicidarse y segundo enfrentar la dura realidad de que dicho adolescente tiene problemas serios que comprometen la dinámica familiar y por tanto deberán hacer frente a dicha crisis paranormativa con todos los recursos con que cuente su núcleo familiar.

El suicidio en los adolescentes es una trágica realidad, ocupando los primeros lugares de muerte en adolescentes entre los 15 y 24 años;^{9,12} siendo de gran importancia que el Médico Familiar conozca las características de su población derechohabiente, en especial la adolescente y así pueda identificar aquellos que estén en alto riesgo suicida para iniciar el manejo multidisciplinario por el gran impacto que genera al interior de la familia y del personal de salud, cuando éste se llega a consumar.

Los adolescentes en México representan 31.1% de la población: de 70 a 80% de las muertes son debidas a accidentes, suicidios y homicidios, la mayoría de ellos son susceptibles de prevenirse.¹¹

La mayoría de los adolescentes deciden quitarse la vida recurriendo a la intoxicación y al ahorcamiento y que se ve favorecido por circunstancias sociales, económicas, estado cognitivo afectivo, abuso sexual, físico, fallecimiento de un ser querido, pobres resultados académicos o incluso por la dificultad para asumir su rol sexual y lo que ello implica.

Osornio (2000) en su estudio “Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio” encontró las siguientes características: las adolescentes con antecedentes de intento de suicidio, en su mayoría pertenecen a familias desintegradas; y aparentemente la madre funge como autoridad de la familia, en ocasiones una autoridad compartida con familiares o un nuevo cónyuge. Asimismo, las adolescentes con intento de suicidio, centran en ella sus necesidades afectivas y /o emocionales; de tal forma que las expectativas acerca de ella y su relación son bastantes y de diversa índole, se caracterizaron las adolescentes por ser sumamente demandantes. Donde es patente la falta de apoyo familiar, dato similar al reportado por Kjelsberg y col. (1998).

Esta problemática afecta todos los estratos sociales, independientemente de que los adolescentes tengan o no régimen de seguridad social, misma problemática que involucra a nuestro instituto y en particular al Hospital Regional Atlacomulco, donde diversos adolescentes han recurrido ya al intento de suicidio.

Por lo que se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué características tienen los adolescentes con intento suicida del Hospital Regional Atlacomulco del Issemym?

3.- Justificación

El intento de suicidio es el acto de autoagresión intencional que pone en peligro la vida y que puede ser desencadenado a raíz de cualquier evento desagradable, y suele ser considerado como un indicio de grado de desesperación, de angustia y dolor, es decir, que los adolescentes piensan que ya no tiene sentido su existencia, que ya no tiene razón vivir y que no existe la esperanza de mejorar su vida intentando de escapar o huir de la(s) situaciones que ellos consideran imposibles de resolver y contemplan el suicidio como una alternativa de solución a sus problemas.

El intento de suicidio en un adolescente nos puede revelar una disfunción familiar y puede ser el reflejo y punto de partida para evaluar y estudiar a la familia; buscando intencionadamente la presencia de factores predisponentes tales como la presencia de violencia o falta de apoyo familiar, falta de cohesión en la familia, vista esta como una integridad desde el enfoque de la medicina familiar, en el cual el individuo deja de ser visto como un ente independiente para ser considerado parte integral y fundamental de ese núcleo familiar, donde cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales son generados al interior mismo de la propia familia y afectan de una u otra forma la salud biológica y psicológica de ese individuo.

Por lo anterior la investigación estará dirigida a identificar las características de los adolescentes con intento de suicidio, para que de acuerdo a los resultados que se obtengan, se diseñará y propondrán acciones de salud con enfoque preventivo y que tengan impacto en la familia, teniendo como pilar importante al Médico Familiar.

Como parte importante de la presente investigación, cabe mencionar que no existe en el Hospital Regional Atlacomulco algún estudio precedente para identificar las características de los adolescentes con intento suicida, por lo que ésta servirá como punto referente.

El suicidio como causa de muerte violenta en los adolescentes del Distrito Federal se consideró como la 5ª causa en los años de 1992 a 1997, con una incidencia de 2505 casos en ese periodo, destacando las edades comprendidas entre los 16 y 20 años.¹¹

El Médico Familiar como parte del eslabón de primer contacto de los servicios de salud con el paciente y en particular con el adolescente, puede y debe estar capacitado para detectar aquellos que tengan riesgo elevado de intento de suicidio, para captarlos e iniciar manejo preventivo médico, psicológico y terapéutico dirigido a promover la salud individual y familiar, prevenir el intento de suicidio y la consumación de este, a fin de limitar daños al adolescente y su familia. De esta manera disminuir o evitar las consecuencias de dicho acto como familias desintegradas, problemas de salud mental, deudas, luto y dolor.

4.- Objetivos.

4.1. Objetivo General

Identificar las características individuales de los adolescentes con intento suicida del Hospital Regional Atlacomulco del Issemym.

4.2. Objetivos Específicos

Identificar cohesión y adaptabilidad en los adolescentes del Hospital Regional Atlacomulco.

Identificar Toxicomanías en adolescentes del Hospital Regional Atlacomulco.

Identificar causa de intento de suicidio y número de evento en los adolescentes del Hospital Regional Atlacomulco.

Identificar presencia de redes de apoyo en los adolescentes del Hospital Regional Atlacomulco.

Identificar la presencia de culpabilidad y arrepentimiento en los adolescentes del Hospital Regional Atlacomulco.

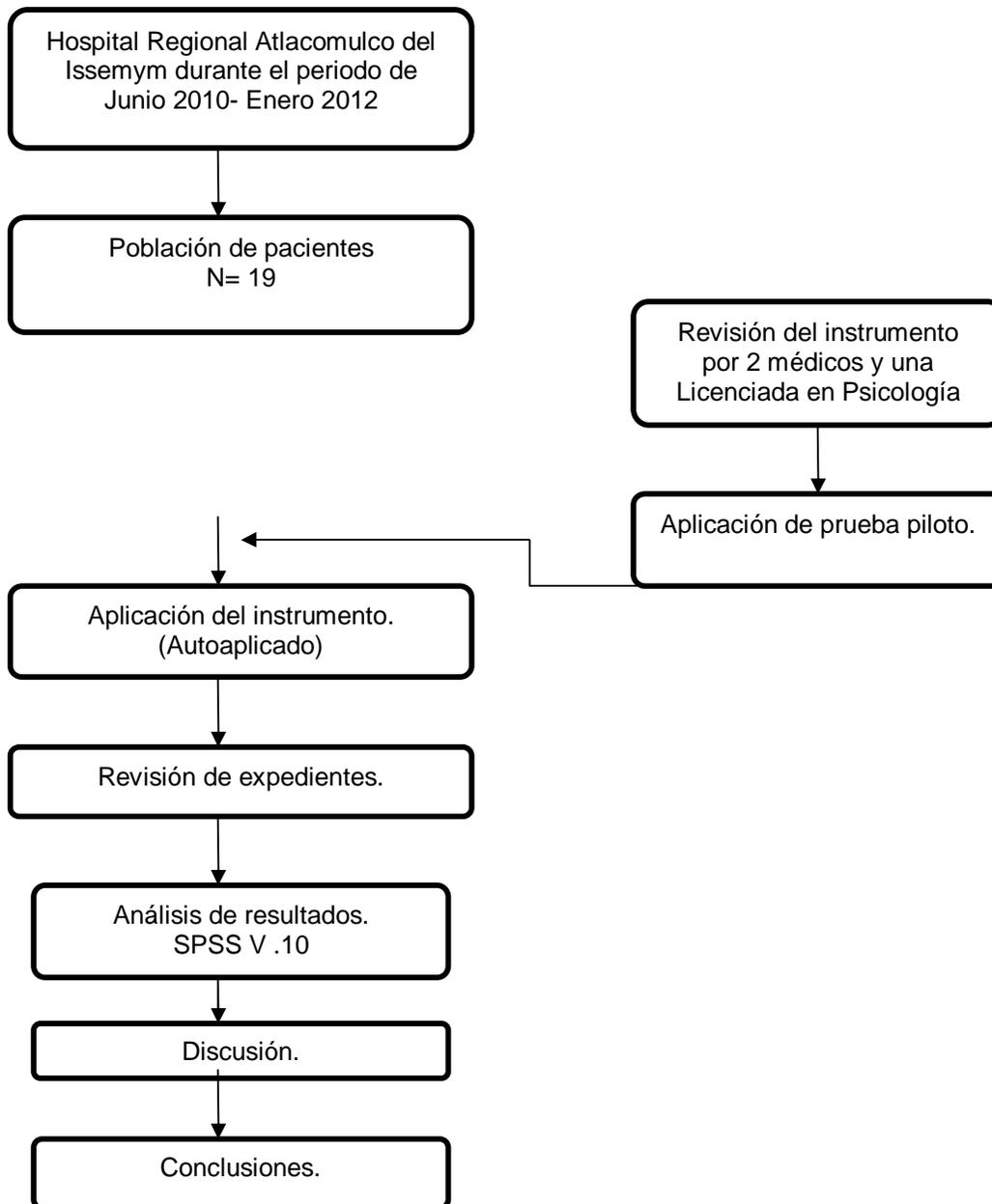
Identificar superación del intento suicida en adolescentes del Hospital Regional Atlacomulco.

5.- Material y métodos.

5.1.- Tipo de estudio

- Observacional
Descriptivo, transversal y retrospectivo.

5.2 Diseño de investigación



5.3.- Población, lugar y tiempo

Del total de población adolescente derechohabiente comprendida en el universo de trabajo del Hospital Regional Atacomulco como cabeza de región V del Issemym y que asciende a 672 adolescentes; se incluirá el 100% de los adolescentes de dicha área de influencia que hayan realizado uno o más intento de suicidio y de los cuales se tenga constancia de ingreso hospitalario durante el periodo comprendido de Junio 2010 a Enero 2012.

5.4.- Tipo y tamaño de la muestra

Universo compuesto por Adolescentes derechohabientes del Issemym, que hayan acudido al Hospital Regional Atacomulco con intento de suicidio. Se incluirá el 100% de aquellos adolescentes con intento de suicidio.

Tipo de muestra: Estratificada

Durante el periodo que se desarrolla la presente investigación que abarca del mes de Junio 2010 al mes de Enero 2012, fueron atendidos en el Hospital Regional Atacomulco un total de 26 adolescentes con intento de suicidio, los cuales ingresaron a hospitalización; de los cuales se incluyó para fines de la investigación la totalidad de los mismos

5.5.- Criterios de selección

5.5.1.- Criterios de inclusión

Adolescentes con intento de suicidio que ingresen al hospital regional Atacomulco

Que sean derechohabiente del Issemym

Que sepan leer y escribir

Que acepten participar en el estudio

Que cuenten con edad comprendida entre 13 y 19 años

5.5.2.-Criterios de exclusión

Adolescentes que no sean derechohabientes del Issemym

Que no acepten participar en el estudio

Que no sepan leer y escribir

5.5.3.- Criterios de eliminación

Adolescentes que entregaron cuestionarios mal llenados, incompletos e ilegibles.

5.6.- Variables

Se estudiaron 50 variables que conforman el instrumento dividido en 3 secciones tal como se presenta en el anexo 1

Sección 1.- Ficha de Identificación

Sección 2.- Familia e Intento de suicidio (*Instrumento de trabajo*) (Ver Anexo 4)

Sección 3.- FACES III

5.7 Definición conceptual y operativa de las variables.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operativa
Ficha de identificación	Cualitativo y cuantitativo	Se define como el registro de información de una persona.	Reconocer al paciente de acuerdo a su género, edad, ocupación, escolaridad y lugar de origen.
Familia	Cualitativo	La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.	Explicar la clasificación familiar de los pacientes.
Intento de suicidio	Cualitativo	La Organización Mundial de la Salud señala al suicidio como un acto con resultado mortal.	Explicar los factores asociados al intento de suicidio
FACES III	Cualitativo	Instrumento empleado en Medicina Familiar para medir los grados de adaptabilidad y cohesión según el modelo Circunflejo.	Identificar cohesión y adaptabilidad

Sección 1. Ficha de Identificación.

VARIABLE	TIPO Y ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR
EDAD	Cuantitativa continua	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona	a) números enteros.
GENERO	Cualitativa nominal	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en el proceso de reproducción	a)Femenino b)Masculino
ESCOLARIDAD	Cualitativa nominal	Tiempo en que se asiste a cursos en la escuela. Grado de conocimientos correspondientes a ese tiempo	a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) Universidad e) Ninguna
DOMICILIO	Cualitativa nominal	Casa o vivienda donde habita o se hospeda una persona de manera fija y permanente.	a) Rural b) Urbana

Sección 2. Familia e Intento de suicidio (Instrumento de trabajo)

VARIABLE	TIPO Y ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR
Estructura familiar	Cualitativa nominal	Estructuras familiares que hoy conviven en la sociedad.	a) Familia nuclear b) Familia nuclear sin hijos c) Familia seminuclear d) Familia extensa e) Familia compuesta
Ocupación	Cualitativa nominal	Trabajo que impide emplear el tiempo en otra cosa.	a) Estudiante b) Trabajador c) Ninguna
Toxicomanías	Cualitativa nominal	Adicción a ingerir sustancias tóxicas.	a) Cigarro b) Alcohol c) Drogas
Relación familiar	Cualitativa nominal	Trato entre miembros de una familia.	a) Excelente b) Buena c) Regular d) Mala
Apoyo de la familia	Cualitativa nominal	Aliento, protección y ayuda entre miembros de una familia.	a) Sí b) No
Confianza en la familia	Cualitativa nominal	Percepción de seguridad en la familia	a) Sí b) No
Existencia de pareja	Cualitativa nominal	Pareja conjunto de dos personas.	a) Sí b) No
Redes de apoyo	Cualitativa nominal	Soportes y conexiones emocionales de un individuo o familia	a) Sí b) No
Violencia	Cualitativa nominal	Es la manera de actuar agresiva y brutal con el propósito de cambiar algo.	a) Sí b) No c) Lugar d) Tipo de violencia
Disconformidad sexual	Cualitativa nominal	Falta de conformidad con el gusto u orientación sexual	a) Sí b) No
Estado emocional	Cualitativa nominal	Condición relacionada con un sentimiento afectivo (Tristeza)	a) Sí b) No
Intento suicida	Cualitativa nominal	Es el acto no fatal de autoperjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo.	a) Mecanismo b) Causas que lo originaron c) Número de intento
Culpabilidad	Cualitativa nominal	Circunstancia de ser o sentirse culpable de algo.	a) Sí b) No
Arrepentimiento	Cualitativa nominal	Sentimiento de pesar por haber hecho algo que produce culpabilidad	a) Sí b) No
Superación del intento suicida	Cualitativa nominal	Resolución del intento suicida	a) Sí b) No
Creencia en un ser superior	Cualitativa nominal	Ser eterno, sobrenatural y único que controla todo lo existente	a) Sí b) No

Sección 3. FACES III

VARIABLE	TIPO Y ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR
Cohesión	Cualitativa nominal	Grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia.	a) No relacionada b) Semirrelacionada c) Relacionada d) Aglutinada
Adaptabilidad	Cualitativa nominal	Magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia.	a) Rígida b) Estructurada c) Flexible d) Caótica

5.8 Diseño Estadístico.

5.8.1. El propósito estadístico de la investigación.

-Identificar las características de los adolescentes con antecedente de intento de suicidio.

-Se investigó un solo grupo.

-Se realizó una medición.

5.8.2. Grupos de Estudio.

Se aplicó un cuestionario a los pacientes adolescentes del hospital regional Atlacomulco que contaran con antecedente de ingreso hospitalario por intento de suicidio; se realizó genograma y se revisaron los expedientes para corroborar dicho antecedente.

5.8.3 Mediciones.

Se realizó una medición en las unidades de muestreo.

5.8.4. Tipo de Muestra.

No aleatorio de pacientes adolescentes que contaran con antecedente de ingreso hospitalario por intento de suicidio en el hospital regional Atlacomulco.

5.9 Instrumento de recolección de datos.

El instrumento constó de 3 secciones, a través de una entrevista directa

SECCIONES	NOMBRE	NÚMERO DE VARIABLES
Sección 1	Ficha de identificación	5
Sección 2	Familia e intento de suicidio (Instrumento de trabajo)	25
Sección 3	Faces III	20

6.10 Método de recolección de datos.

- El protocolo de investigación se dio a conocer al comité de Ética del hospital regional Atlacomulco y se solicita autorización para realizar la investigación.
- Se localiza en área de estadística y en libretas de registro hospitalario (libretas de ingreso y egreso hospitalario) los pacientes adolescentes quienes tuvieron un ingreso hospitalario secundario a Intento de suicidio así como su número de expediente.
- Se aplicó el cuestionario a pacientes adolescentes con antecedente de Intento de suicidio, en las instalaciones del hospital regional Atlacomulco, previa lectura y firma de Consentimiento informado por parte de los padres de dichos adolescentes.
- Al término del mismo se procedió a la realización del genograma.
- Los cuestionarios se aplicaron en un periodo de Junio 2010 a Enero del 2012.
- Se aplicaron 26 cuestionarios, se eliminaron 7 y del resto se procedió a introducir la información en el programa SPSS versión 18.

6.11 Maniobras para evitar sesgos.

6.11.1 Sesgo de información.

Se reconoce que este sesgo se pudo haber presentado. Este queda expensas de la honestidad del entrevistado, confiando en sus respuestas que existe debido a que la información proporcionada por los pacientes. Se trató de controlar informándole del anonimato de las mismas para que expresara sus respuestas lo más cercano a la realidad posible.

6.11.2 Sesgos de selección.

Se reconoce que lo hubo, ya que la participación fue voluntaria.

6.11.3 Sesgos de Medición.

Las encuestas y la aplicación del genograma fueron realizadas por el mismo investigador, para evitar durante la toma de datos sesgo inter-observador.

6.11.4 Sesgos de Análisis.

Se reconoce que puede existir ya que la perspectiva de la interpretación del genograma puede estar contaminada por la experiencia del investigador, sin embargo esto se trató en lo posible de evitar.

Respecto a los sesgos de análisis estadísticos se evitó analizando la información de forma adecuada respecto a la naturaleza, tipo de variable, y procedimiento estadístico utilizado.

6.12 Prueba Piloto.

Se realizó una primera prueba piloto en Junio 2010, donde se aplicó a 15 adolescentes sin antecedentes de intento de suicidio; en las salas de espera del hospital, el cual constaba de consentimiento de participación voluntaria, ficha de identificación, 14 reactivos.

Datos que aportó la primera prueba piloto:

- Se elimina el dato relativo a nombre

- Se realizan especificaciones en los rubros de escolaridad, ocupación, tipología familiar y exposición a violencia.

La segunda y tercera prueba piloto se realizan igualmente en junio 2010, aplicándose a otros 15 adolescentes sin antecedentes de intento de suicidio, constando de ficha de identificación y de 12 reactivos; aportándose lo siguiente:

- Se agrega cuadro con especificaciones de tipología familiar
- Se agrega información relacionada a intento de suicidio.

El instrumento final fue revisado y aprobado por un Médico Familiar y la Licenciada en Psicología adscrita al Hospital Regional Atacomulco, quienes conocían el protocolo de investigación y los objetivos del presente estudio.

6.13 Procedimientos estadísticos.

Para la codificación de los datos en la base electrónica, se asignaron códigos alfanuméricos para su almacenamiento, como se muestra en el diseño de la base de datos.

Se construyó una base de datos, la cual incluía los aspectos relacionados a la ficha de identificación, familia e intento de suicidio y a FACES III.

6.14 Cronograma

Ver Anexo 7.

6.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.

Se requirieron hojas blancas, impresiones, fotocopias, computador, dispositivo de almacenamiento masivo para textos electrónicos, paquete informático office y SPSS versión 18, financiado completamente por él autor del presente trabajo.

7.- Consideraciones Éticas

El presente trabajo se apega a las siguientes consideraciones:

1.- Declaración de Helsinki.

La asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben de ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Por lo que el motivo primario del presente estudio fue el identificar las características de los adolescentes con intento suicida, con el fin expreso de generar estrategias preventivas y de alto impacto aplicables en primer nivel de atención.

Además se menciona que la investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza podrá beneficiarse de sus resultados.²⁹

2.- Ley General de Salud.

Artículo 14 donde se menciona que la investigación contará con el consentimiento informado y por escrito, esto se realizó en el trabajo, se entregó una hoja de consentimiento de participación voluntaria (Anexo 6) antes de aplicar el instrumento, donde se les explicaba el objetivo del estudio, así como el poder dejar de contestarlo.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerán la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. El cuestionario fue manejado por folios y fue de manera anónima.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su artículo 17 menciona que la investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: Cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, el presente estudio entra dentro de este rubro, ya que es un estudio que

emplea métodos y técnicas de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.³⁰

8.- Resultados

Se aplicaron 26 cuestionarios a pacientes adolescentes con intento de suicidio del Hospital Regional Atlacomulco del Issemym; de los cuales se eliminaron 6 al encontrarse mal llenados o incompletos.

Los resultados obtenidos en los 26 adolescentes que fueron entrevistados son los siguientes:

8.1 Edad

El rango de edad va de 13 a 19 años, con una media de 15 y una desviación estándar de 2.02

8.2 Genero

Se observó que el 73.7% (14) corresponde al género femenino, el 26.3% (5) son del género masculino.

8.3 Demografía

Se apreció que el 68.4% (13) son adolescentes del área urbana y 31.6% (6) son de área rural.

8.4 Escolaridad

Destacó que un 52.6% (10/19) corresponde a adolescentes con escolaridad secundaria, el 31.6% (6/19) tenían escolaridad preparatoria y solo el 15.8% (3/19) cursaban la licenciatura.

8.5 Ocupación

Se registró que un 89.5% (17) son estudiantes y el resto que corresponde a 10.5% (2) no tienen ocupación

8.6 Composición Familiar

En cuanto a la estructura familiar destacó que el 42.2% (8) provienen de familia nuclear, seguido de la Uniparental 36.8% (7) y la extensa con 21.1% (4), como apreciamos en la tabla 2

Tabla 2

Composición familiar en adolescentes con intento de suicidio en el Hospital Regional Atlacomulco del Issemym

	Número de adolescentes	Porcentaje
Nuclear	8	42.2%
Uniparental	7	36.8%
Extensa	4	21.1%

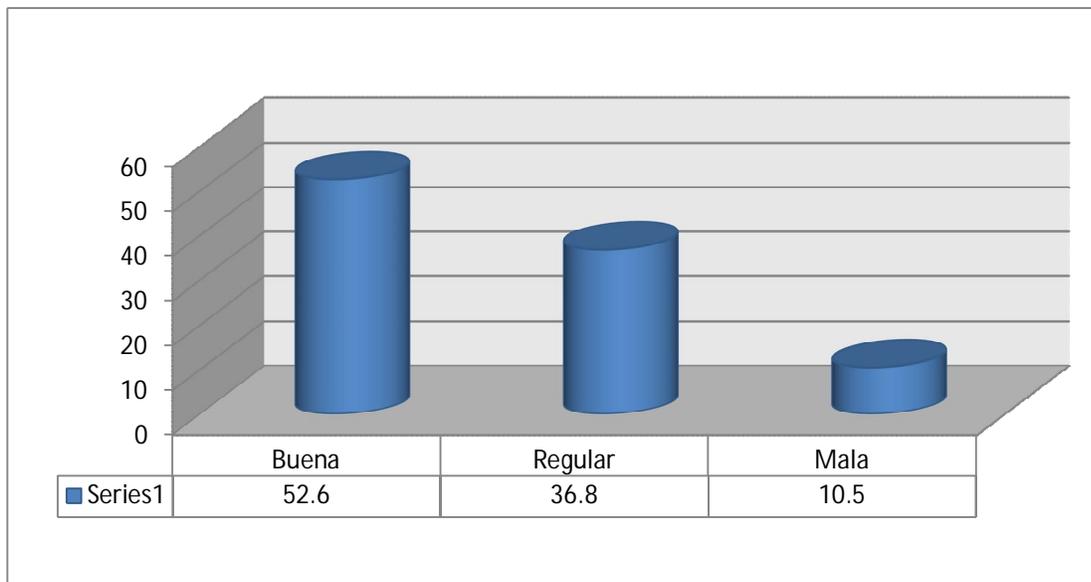
Fuente: Instrumento Final y FACES III

8.7 Relación familiar

Se observa en la gráfica 1 que el 52.6% (10/19) de los que intentaron suicidarse y llegaron al hospital refirieron que su relación familiar es buena. Mientras que el 36.8% (7/19) reconoció que era regular y sólo un 10.5% (2/19) aceptó tener una mala relación familiar.

Gráfica 1

Relación familiar en adolescentes con intento de suicidio



Fuente: Instrumento Final y FACES III

8.8 Apoyo familiar

Se obtuvo que el 84.2% (16) de los adolescentes estudiados reportaron que si cuentan con el apoyo familiar, mientras que el 15.8% (3) no cuentan con apoyo familiar.

8.9 Confianza familiar

De 19 adolescentes encuestados, el 63.2% (12) consideraron que si le tenían confianza a su familia en tanto que el 36.8% (7) manifestaron no tenerla.

8.10 Pareja

Se encontró que un 63.2% (12) del total de los adolescentes con intento de suicidio reportó no contar con novio o pareja, mientras que sólo el 36.8% (7) sí reconoció contar con una pareja.

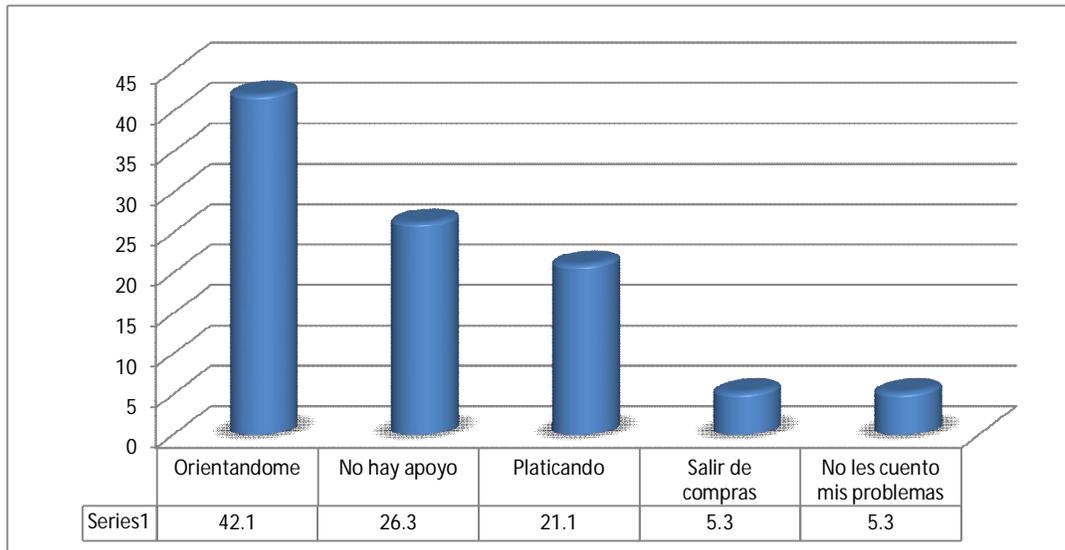
8.11 Amistades

En el estudio se encontró que el 78.9% (15) de los adolescentes reportaron que sí cuentan con amigos en quien apoyarse.

En la Gráfica 2 se aprecia que de los adolescentes quienes reportaron que sí contaban con amistades, el 42.1% (8) reportaron que el apoyo era orientándoseles.

Gráfica 2

Tipo de apoyo de amistades a adolescentes con intento de suicidio



Fuente: Instrumento Final y FACES III

8.12 Toxicomanías

La mayoría del grupo reconoció consumir o haber consumido cigarro y alcohol 31.16% (6/19), en tanto que solo cigarro el 26.3% (5/19) y solo alcohol 15.8% (3/19). Por otra parte un 21.1% (4/19) admitió no consumir ningún tipo de sustancia y el restante 5.3% (1/19) admitió consumir cigarro, alcohol y drogas.

8.13 Tristeza

Con respecto a la percepción de tristeza un 57.9% (11) reconoció no sentirse triste y un 42.1% (8) sí se percibió con sentimientos de tristeza habitualmente.

8.14 Valor a la vida

Se identificó que un 68.4% (13) del total de adolescentes con intento suicida consideraron que para ellos sí tenía sentido la vida en tanto que el 10.5% (2) no la tenía y para un 21.1% (4) a veces.

8.15 Amigos y diversión

Del total de adolescentes, un 73.7% (14) reconocieron que sí contaban con un grupo de amigos para divertirse, mientras que el 26.3% (5) no lo tenían.

Se identificó asimismo la forma en que los adolescentes reconocían como modo de diversión, tal como se aprecia en la Tabla 3.

Tabla 3

Forma de diversión en adolescentes con intento suicida del Hospital Regional Atacomulco del Issemym

	Platicando	Jugando	Salir a lugares de diversión	Tomando alcohol	No me divierto	Total
Número de adolescentes	3	3	7	1	5	19
Porcentaje	15.8%	15.8%	36.8%	5.3%	26.3%	100%

Fuente: Instrumento Final y FACES III

8.16 Exposición a violencia

Se identificó que un 57.9% (11) reconocieron sí haber estado expuestos a violencia y un 42.1% (8) lo negaron.

De lo anterior destacó que un 42.1% (8) reconoció haber estado expuesto a violencia en su hogar como se detalla el cuadro 3; por otra parte de ese total un 31.6% afirmó haber sufrido violencia verbal y un 26.35 mixta (verbal y física) como identificamos en la Tabla 4.

Tabla 4

Lugar y tipo de violencia en adolescentes con intento de suicidio del Hospital Regional Atlacomulco del Issemym

Lugar de violencia	Frecuencia	Porcentaje	Tipo de violencia	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	8	42.1%	Verbal	6	54.5%
Noviazgo o pareja	2	10.5%	Física	0	
Hogar y escuela	1	5.3%	Mixta (verbal y física)	5	45.5%
Sin violencia	8	42.1%			
Total	19	100%	Total	11	100%

Fuente: Instrumento Final y FACES III

Tabla 5

Relación entre Apoyo Familiar y Tipo de violencia

		Tipo de violencia		Total
		Verbal	Ambas	
Apoyo Familiar	Si	6	2	8
	No	0	3	3
Total		6	5	11

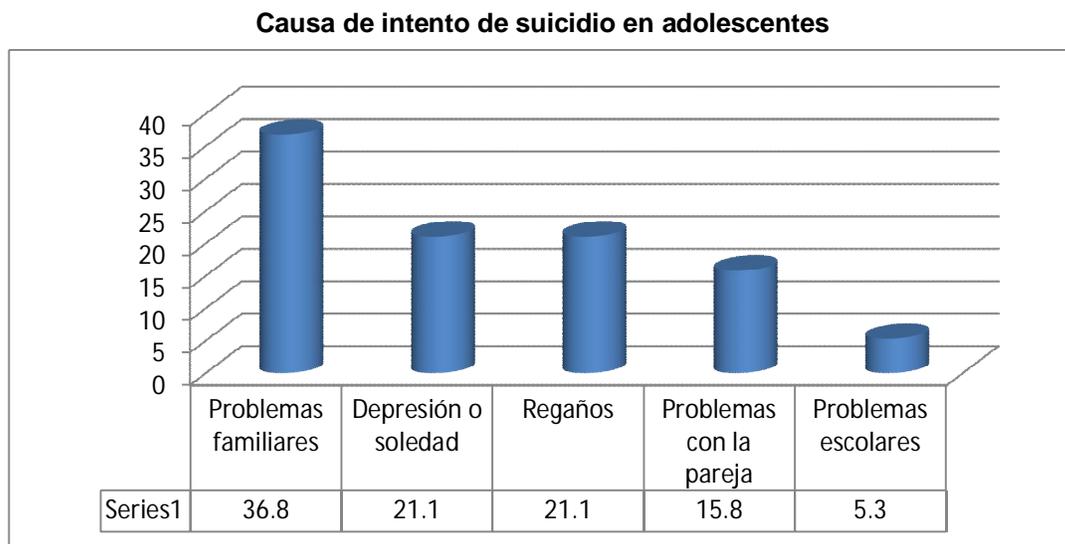
Fuente: Instrumento Final y FACES III

Dentro del rubro de exposición a la violencia, punto importante resulta al analizar la Relación entre apoyo familiar y tipo de violencia como se aprecia en la tabla 5; de donde deriva que del total de los adolescentes del estudio, los 11 que reconocieron la presencia de violencia intrafamiliar, mencionaron a su vez afirmativamente contar de manera positiva con la presencia de apoyo familiar.

8.17 Causa de intento de suicidio

Se observó que en un porcentaje predominante, el 36.8% (7/19) de los adolescentes que intentaron el suicidio fue por problemas familiares, el porcentaje restante se identifica en la gráfica número 3.

Gráfico 3



Fuente: Instrumento Final y FACES III

Tabla 6

Relación entre Causa de intento y tipo de relación familiar

	Causa intento					Total
	Problemas familiares	Depresión o soledad	Regaños	Problemas escolares	Problemas con la pareja	
Relación Buena Familiar	4	1	2	1	2	10
Regular	3	2	1	0	1	7
Mala	0	1	1	0	0	2
Total	7	4	4	1	3	19

Fuente: Instrumento Final y FACES III

Se observó al analizar el cruce de las siguientes variables “Relación entre causa de intento y tipo de relación familiar” como se aprecia en la tabla 6; el hecho destacado donde aquellos adolescentes reconocieron tener una “Buena relación familiar” siendo un 52% (10/19) fueron los que más intento de suicidio cometieron, seguidos del 36.8% (7/19) con relación familiar regular.

Dentro de aquellos adolescentes con relación familiar aparentemente buena que cometieron intento de suicidio se aprecia que el 40% de ellos (4/10) tuvieron como factor desencadenante precisamente problemas familiares mientras que para un 20% (2/10) lo fueron “regaños familiares”.

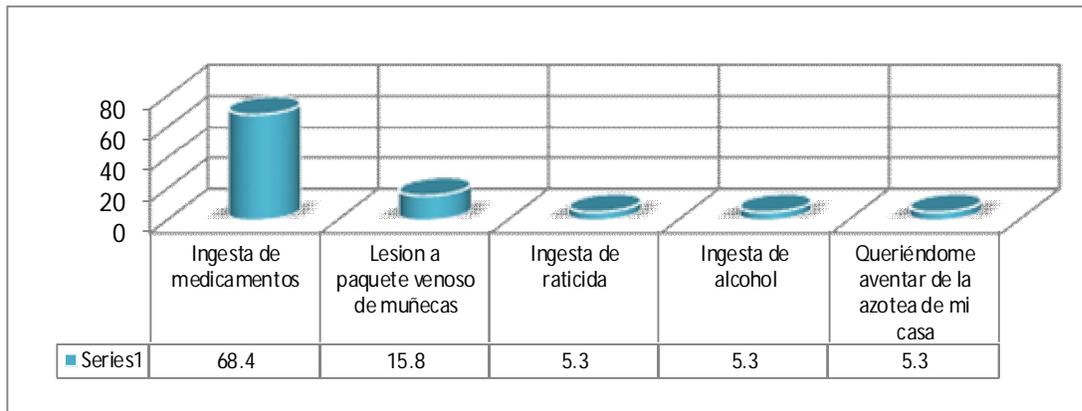
8.18 Número de intento de suicidio

En cuanto al número de intento de suicidio se encontró que para el 78.9% (15) fue el primer intento, para el 15.8% (3) fue el segundo y sólo en un 5.3% (1) se identificó tener más de 5 intentos.

De los mecanismos con que los adolescentes intentaron suicidarse, la ingesta de fármacos o medicamentos fue el más utilizado, (13/19, 68.4%), seguido de lesión a paquete venoso de muñecas con un 15.8% (3/19) como apreciamos en la gráfica 4.

Gráfico 4

Mecanismo de intento de suicidio en adolescentes



Fuente: Instrumento Final y FACES III

Tabla 7

Relación entre causas y número de intento de suicidio

		Numero de intento			Total
		Uno	Dos	Cinco o mas	
Causa de intento	Problemas familiares	5	2	0	7
	Depresión o soledad	2	1	1	4
	Regaños	4	0	0	4
	Problemas escolares	1	0	0	1
	Problemas con la pareja	3	0	0	3
Total		15	3	1	19

Fuente: Instrumento Final y FACES III

En el análisis resultante de las variables “*Relación entre causas y número de intento de suicidio*”, destaca el que aquellos adolescentes que tienen como causa de intento problemas familiares siendo un 36% (7/19) son quienes cuentan con un mayor número de intentos. Seguidos de aquellos con depresión o soledad 21% (4/19). El resto de los adolescentes con otras causas de intento de suicidio, solo contaban en su haber un solo intento, lo cual se aprecia en la Tabla 7.

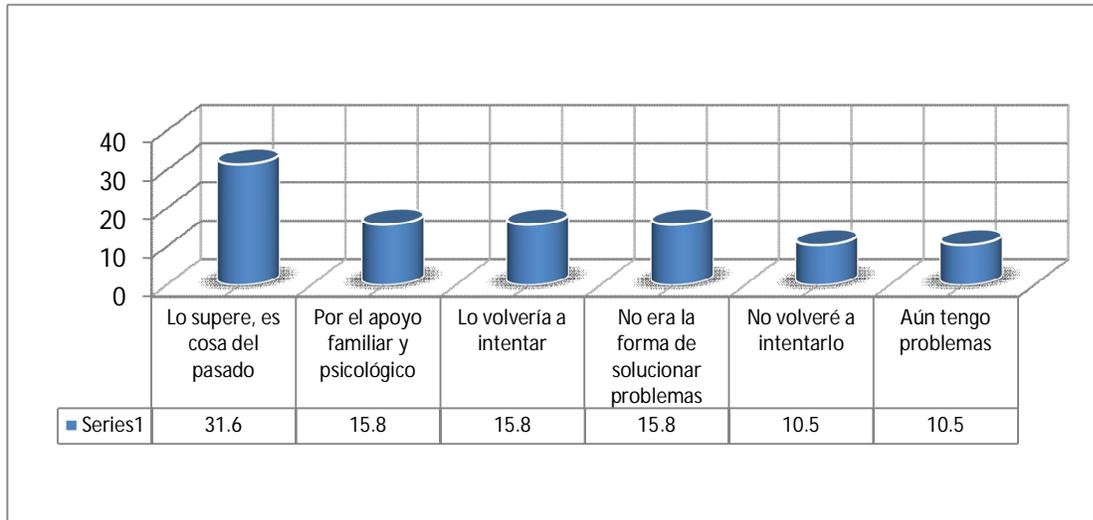
8.19 Superación del intento de suicidio

En este rubro se encontró que el 73.7% (14) afirmaron haber superado dicho evento, mientras que el 26.3% (5) refirió sentir que aún no está superado el intento de suicidio.

Derivado de lo anterior se encontró que de aquellos quienes refirieron ya haber superado el intento de suicidio el 31.6% (6) lo superaron al ser “ya cosa del pasado”, mientras que con un 15.8% (3) lo superaron gracias al apoyo familiar, otro 15.8% (3) al superarlo reconocieron que no era la forma de solucionar problemas, y un 26.3 refirió aún no superarlo, lo cual lo apreciamos en el gráfico 5.

Gráfico 5

Causas de superación del intento de suicidio en adolescentes del Hospital Regional Issemym Atlacomulco



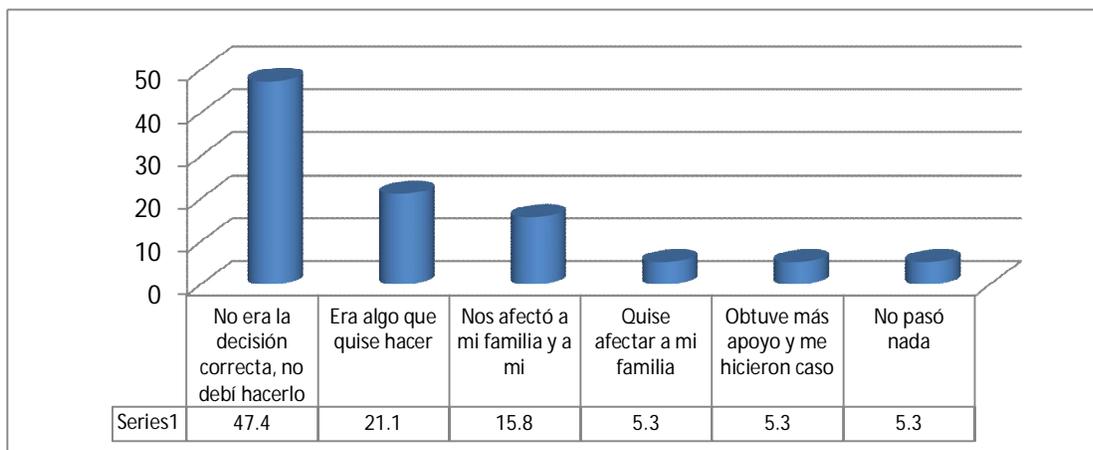
Fuente: Instrumento Final y FACES III

Es importante señalar que se encontró que el 68.4% (13) de los adolescentes con intento suicida reconoció sentirse culpable por haberlo intentado, mientras que un 31.6% (6) no se sentían culpables.

De lo anterior como apreciamos en la gráfica 6, un 47.4% (9) se sintió culpable de haber cometido intento de suicidio porque “no era la decisión correcta”.

Gráfico 6

Causas de culpabilidad en intento de suicidio en adolescentes del Hospital Regional Atlacomulco del Issemym



Fuente: Instrumento Final y FACES III

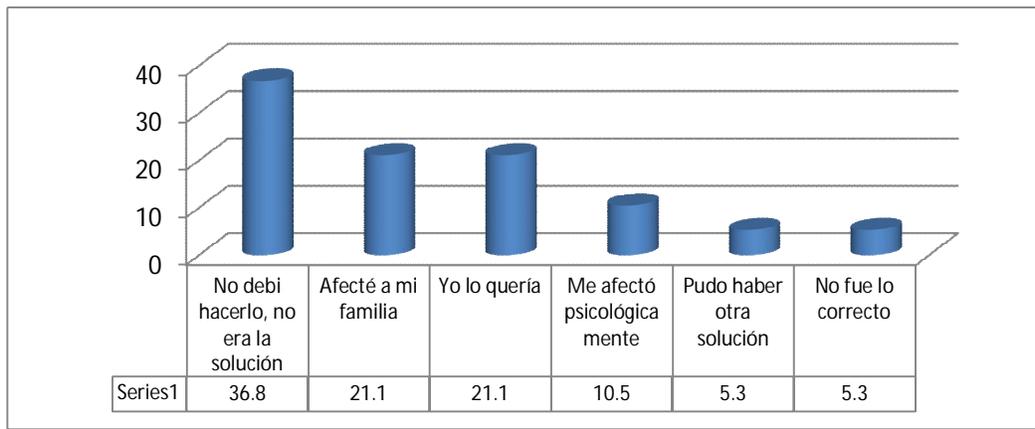
8.19 Arrepentimiento en intento de suicidio

Con respecto a este rubro, se identificó que un 78.9% (15) mostraron sentirse arrepentidos de haberlo intentado, mientras que un 21.1% (4) no mostraron arrepentimiento.

Con respecto a la causa para mostrar arrepentimiento, se encontró que el 36.8% (7) refirió que no debió hacerlo ya que no era la solución, tal como se aprecia en el gráfico 7.

Gráfico 7

Causas de arrepentimiento del intento de suicidio en adolescentes del Hospital Regional Atacomulco del Issemym.



Fuente: Instrumento Final y FACES III

8.20 Creencia en un ser superior

Es importante destacar que se encontró en un 68.4% (13) reconocieron tener la creencia en un ser superior por el cual pudiesen ser castigados, mientras que para un 31.6% no existía.

Al estudiar las causas que detenían a los adolescentes para no repetir el intento de suicidio encontramos en un 57.9% (11) a la familia como punto de apoyo, lo cual se aprecia en la Tabla 8.

Tabla 8

Causas por las cuales no repetirían un intento de suicidio los adolescentes del Hospital Regional Atacomulco del Issemym

	No. de casos	Frecuencia de presentación %
El apoyo de mi familia	11	57.9
La experiencia obtenida	3	15.8
Ya lo supere	3	15.8
Recibí apoyo y me siento bien	1	5.3
Me puse muy mal físicamente	1	5.3

Fuente: Instrumento Final y FACES III

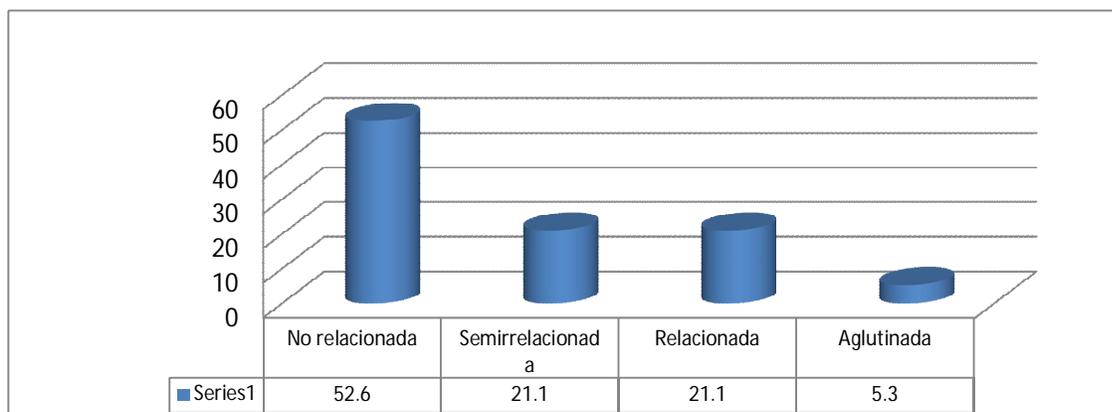
En el estudio no se identificó que la orientación o preferencia sexual haya tenido injerencia en el intento de suicidio ya que el 100% de los adolescentes reconoció no tener problema con ello.

8.21 Cohesión

Se encontró que el 52.6% (10/19) son familia no relacionada como se observa en el grafico 8; mientras que en porcentaje igual 21.1% (4/19) se reportó a familias semirrelacionada y relacionada, en tanto que 5.3% (1/19) cayó en aglutinada.

Grafico 8

Cohesión en los pacientes adolescentes con intento de suicidio del Hospital regional de Atacomulco ISSEMyM



Fuente: Instrumento Final y FACES II

Tabla 9

Relación entre Apoyo Familiar, Confianza y Cohesión

		Cohesión				Total
		No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	
Apoyo Familiar	Si	7	4	4	1	16
	No	3	0	0	0	3
	Total	10	4	4	1	19
Confianza Familiar	Si	5	2	4	1	12
	No	5	2	0	0	7
	Total	10	4	4	1	19

Fuente: Instrumento Final y FACES III

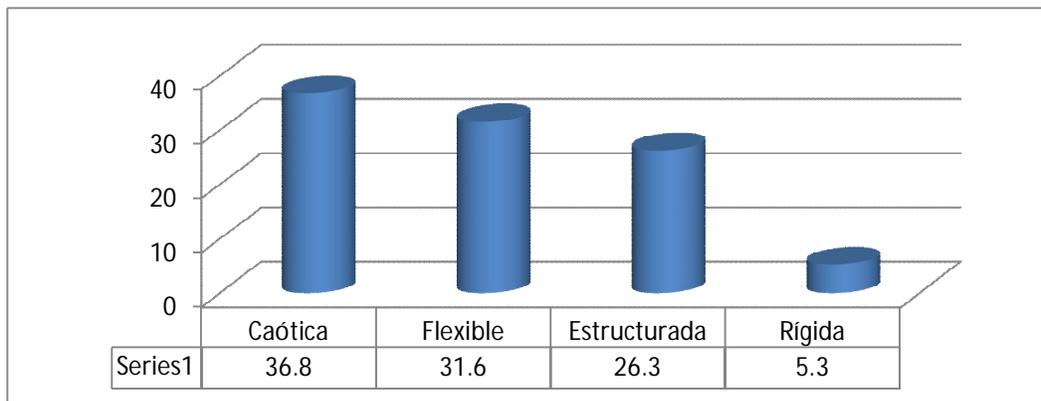
En cuanto al análisis resultante de la relación entre apoyo familiar, confianza familiar y cohesión, se apreció que del total de adolescentes quienes percibían contar con apoyo familiar; un 84% (16/19) y de estos a su vez el 43% (7/16) provenían de una familia no relacionada. Mientras que del 63% de los adolescentes que consideraban tenerle confianza a su familia, se encontró que un 41% (5/12) clasificaron asimismo como familia no relacionada. Lo cual se aprecia en la tabla 9.

8.22 Adaptabilidad

Se obtuvo que en un 36.8% (7/19) fueron familias caóticas, tal como lo apreciamos en el gráfico número 9; dentro del porcentaje restante, 31.6% (6/19) pertenecen a familia flexible, 26.3% (5/19) a estructurada y 5.3% (1/19) a rígida.

Gráfico 9

Adaptabilidad en los pacientes adolescentes con intento de suicidio del Hospital regional de Atacomulco ISSEMyM



Fuente: Instrumento Final y FACES III

Tabla 10

Relación entre Apoyo Familiar, Confianza y Adaptabilidad

		Adaptabilidad				Total
		Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica	
Apoyo Familiar	Si	0	4	5	7	16
	No	1	1	1	0	3
Total		1	5	6	7	19

Confianza Familiar	Si	0	2	4	6	12
	No	1	3	2	1	7
Total		1	5	6	7	19

Fuente: Instrumento Final y FACES III

Se identificó en el análisis de la Tabla 10, que corresponde a “*Relación entre Apoyo Familiar, Confianza y Adaptabilidad*” que del 84% (16/19) de aquellos adolescentes que reconocieron sentir que tenían apoyo de su familia, un 43% provenía de una familia caótica y en relación a la confianza familiar, del 63.1% (12/19) que percibían que sí la había, un 50% se encontraba inmerso en una familia caótica.

9.- Discusión

El intento de suicidio es parte fundamental del proceso suicida, que tiene gran impacto al interior del núcleo familiar y de la sociedad en general, el cual se ha observado que ha ido en incremento en las últimas décadas en un sector vulnerable como lo es el de la población adolescente, no sólo en México sino en diversas regiones del mundo.

El presente estudio evidenció que el grupo etáreo comprendido entre los 13 y 19 años fue en el que más intento de suicidio se encontró, tal como se reporta en la literatura; por ejemplo, en el estudio de Monge¹⁷ (Xalapa, México-2007) se reportaron edades de 13 a 17 años de edad con una media de 14.2 años, a comparación del Hospital Regional Atlacomulco que tiene un rango de edad de 13 a 19 con una media de 15 años.

En este mismo rubro, Piedrahita¹⁸ (Colombia-2011) documentó que el grupo etario más afectado fue el de 13 a 17 años.

Bella¹⁹ (Argentina-2010) con respecto al género encuentra que el 56,10% de la muestra pertenecía al sexo femenino, por su parte Piedrahita¹⁸ (Colombia-2011) reporta que del total de menores, 75% eran mujeres y Monge¹⁷ que la proporción fue de 3 mujeres por cada varón. En este tenor, en el Hospital Regional Atacama el porcentaje de intento de suicidio se documentó para el género femenino en un 73.7%.

Una etapa crucial y de gran problemática en la vida es la adolescencia, justo en esa edad, una gran mayoría de los adolescentes están en edad escolar y por ello gran parte de los adolescentes con intento de suicidio son estudiantes, correspondiendo en esta investigación al 89.5% y, de los cuales el nivel escolar predominante es el de secundaria con un 52.6%.

Se reporta en la literatura según Piedrahita¹⁸ (Colombia-2011) que el 68.8% se dedican exclusivamente al estudio y 56.3% de los informantes habían cursado secundaria; en el estudio de Bella¹⁹ en Argentina (2010) el 75,61% de los niños y adolescentes permanecía escolarizado.

Respecto a la estructura familiar, como pilar de la familia de los adolescentes; en el Hospital Regional Atacama se encontró que el 42.2% provienen de una familia nuclear, en tanto que en el estudio "Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otra causa psiquiátrica" de Pacheco²⁰ (Chile-2010) se reportó que el 80.4% de los pacientes con intento de suicidio integraban una familia nuclear. Por su parte Valadez-Figueroa²¹ (México-2005) documentó que el 67.3% correspondía a familia nuclear.

Cabe mencionar que las redes de apoyo familiar son pilar importante para que el adolescente transite de manera "pacífica" dicha etapa y llegue a la juventud/edad adulta sin una gran carga de recuerdos y vivencias negativas. Es por ello que la confianza, apoyo y relación armónica que exista entre adolescentes y familia, llámese padres y/o hermanos será un "sostén" para evitar tomar la decisión del intento de autolisis. Siendo importante lo anterior, en el Hospital Regional Atacama se encontró que la mayoría de los adolescentes (52.6%) consideraron que la relación familiar era buena y que sí creían tener el apoyo de su familia (84.2%) y más concluyente aún se encontró que un 63.2% de los adolescentes manifestaron tenerle confianza a su familia para contarle sus problemas. Asimismo, en este sentido, se identificó que el 68.9% de los adolescentes reportaron no sentirse tristes y que para ellos sí tenía sentido la vida y la valoraban (68.4%); sin embargo, llegaron a la materialización de la ideación suicida al intentar la autoagresión (intento de suicidio).

Piedrahita¹⁸ en Colombia (2011) documentó que el 93.8% manifestó que se sentía querido por sus padres y consideraban que obedecían a sus mayores y al indagar sobre qué era lo más importante en la vida, 81% consideró que era su familia.

Cortés Alfaro²² en Cuba (2011) mencionó que un 64.4% consideró tener apoyo o atención familiar y 62.1% confiaba en sus padres.

Así como es muy importante la familia en la adolescencia, lo son también algunas otras redes de apoyo, en las cuales el adolescente puede sentir tener cierta confianza y apoyo que tal vez no perciba en la familia, tales como las amistades o amigos, por el hecho de verles que forman parte del mismo ambiente social en que ellos se desenvuelven, ya sea por edad, concurrencia a un mismo centro educativo o deportivo o por coincidencia de criterios y mentalidad con amistades creadas en las redes sociales (internet), otro tanto sería que aún a su temprana edad, ya hayan sentido la necesidad de estrechar alguna relación amistosa (llámese noviazgo o relación de pareja) y a ésta la consideren dentro de esa red de apoyo y en la cual ellos pudiesen sentirse apoyados.

Por otra parte y en ese mismo tenor, en el presente estudio ellos manifiestan que cuentan con un grupo de amistades en quien apoyarse, en quien confiar, con quien divertirse y mayoritariamente identifican que el apoyo que reciben de dichas amistades es “orientándoles” y “platicando” con ellos, se ha de interpretar que cuestiones críticas, tales como violencia intrafamiliar, problemas familiares diversos que les afectaron de sobremanera, muchas veces no fueron tratados en dichas pláticas.

Se interrogó al respecto en este estudio y se encontró lo siguiente: un elevado porcentaje de los adolescentes con intento de suicidio del Hospital Regional Atlacomulco del Issemym (78.9%) reconoció que sí contaban con amigos en quienes apoyarse, tanto previo como posterior a dicho intento, y reconocieron que la forma de apoyarlos en sus problemas era predominantemente Orientándolos 42.1%, seguido de “platicando” con un 21.1%, teniendo un porcentaje intermedio de adolescentes (26.3%) quienes mencionaron no contar con apoyo de dichas amistades. En el mismo rubro; en el presente estudio se detectó que el 73.7% de los adolescentes encuestados mencionaron contar con un grupo de amigos para divertirse; y al interrogarles sobre el tipo de actividad en la cual se divertían, el 36.8% contestaron que saliendo a lugares de diversión, esto sumado a otras prácticas sanas de diversión tales como las referidas platicando o jugando, ambas con un 15.8%, nos integra un 68.4%, un porcentaje un tanto elevado para reconocer que estos adolescentes con intento de suicidio sí tenían una forma sana de divertirse, lo cual en la lógica común, debería haber sido un factor de protección para evitar el cometer intento de suicidio. Cuando se les preguntó a estos mismos adolescentes acerca de si contaban con novio (a) o pareja el 63.2% mencionó no tenerla.

Cantoral-Cancino²³ (Chiapas, México-2011) encontró en relación a los adolescentes con intento de suicidio que en cuanto a la búsqueda de apoyo, las fuentes principales fueron los amigos o compañeros de escuela (71.4%).

Aragaki Madrid²⁴ (2007) en su investigación de tesis “Factores psicológicos asociados al intento suicida en adolescentes mujeres de un colegio estatal de la ciudad de Lima” en Perú, reportó que de 121 adolescentes, un 79.3% refirieron que a los compañeros de clase podían contarles sus problemas.

La literatura menciona en otro orden de ideas, que una parte importante de la población adolescente es consumidora de tabaco, bebidas alcohólicas y/o drogas las cuales pueden condicionar en un sinnúmero de casos a la toma de conductas tanto delictivas como de autoagresión, ya que pueden no ser conscientes de la magnitud de los conflictos a los que pueden estarse enfrentando, partiendo desde la crisis normativa a la que se enfrentan al entrar en la adolescencia. En Atlacomulco el porcentaje de adolescentes estudiados que reconoció consumir o haber consumido este tipo de sustancias ascendió hasta un 73.2%.

En el rubro de Toxicomanías, al interrogar a los adolescentes respecto a si consumían o habían consumido alguna sustancia psicoactiva, se encontró que un 31.16% habían consumido cigarro y alcohol simultáneamente, mientras que solamente cigarrillo en un 26.3%.

Piedrahita¹⁸ (Colombia-2011) reporta que en 33.3% de los menores se encontró consumo de alcohol y 6.3% de cigarrillo. Por su parte Bella¹⁹ (2010) en su estudio realizado en Argentina, detectó adicciones en un 22%; dentro de las cuales las más comunicadas fueron el consumo de alcohol y marihuana.

Los resultados del presente estudio, en relación a exposición a violencia en los adolescentes con intento de suicidio coinciden con los de Cortés Alfaro²² (2011) en Cuba y Aragaki Madrid²⁴ (2007) en Lima, Perú; ya que la primera encontró maltrato físico en un 44.3% y el segundo documentó en las familias la existencia de maltrato psicológico en un 92% y maltrato físico en un 32.6% de aquellos que intentaron suicidarse; en tanto que en el Hospital Regional Atlacomulco del Issemym el 57.9% de los adolescentes reconoció estar expuesto a algún tipo de violencia; de ellos, un 42.1% la presentó en el hogar y en relación al tipo de violencia, predominó la de tipo verbal en un 54.5%, en tanto que la violencia mixta (verbal y física) correspondió al 45.5% restante. Lo anterior lleva a documentar que la exposición a violencia y/o maltrato en los adolescentes se relaciona de manera importante con el intento de suicidio.

Un aspecto importante a tomar en cuenta es que los elementos utilizados para realizar el intento de autoagresión se obtuvieron en el hogar y de dicha población adolescente estudiada, el método más utilizado fue la ingesta de medicamentos, con un total de 68.4% en el estudio desarrollado en el Hospital Regional Atlacomulco. Estas características coinciden con las halladas en otros estudios, que señalan que el método más empleado para autoagredirse es la ingestión de fármacos y, dentro de ellos los más frecuentes son los psicofármacos.

Bella¹⁹ en Argentina en el año 2010 hace constar en su estudio que encontró que el 90% de los niños y adolescentes había ingerido fármacos. De este grupo, el 68% utilizó psicofármacos para autoagredirse y según Monge¹⁷ en el año 2007 en Xalapa, México, el 55.5% trató de intoxicarse con medicamentos.

Para Peña Galbán²⁵ (Cuba-2002) se empleó con más frecuencia el método de intoxicación por psicofármacos (55 pacientes; 71,68 %). Por su parte, Pacheco²⁰ en Chile documentó que el método más usado para cometer intento suicida fue la "ingesta de fármacos", registrando 37 casos (80,4%).

Valdivia²⁶ por su parte en el año 2001 menciona en su estudio realizado en Concepción, Chile que la sobredosis de medicamentos fue el método más frecuentemente utilizado para intentar poner término a la vida (73,9%) y los psicofármacos los medicamentos más frecuentemente utilizados para dicho intento.

Los resultados presentados permitieron identificar con detalle el origen de la motivación o causa para tomar la decisión de atentar contra sí mismo, ya que la realidad de los intentos de suicidio muestra las condiciones familiares y personales como punto de partida para tomar dicha decisión. En el Hospital regional de Atlacomulco se encontró que 36.8% se debe a problemas familiares, regaños familiares 21.1% y problemas con la pareja el 15.8%. Siendo que si se engloban estas 2 variables relacionadas a problemas familiares solamente en un rubro, confluyen en problemas familiares y tendríamos un total de 57.9%.

Aragaki²⁴ en Lima, Perú (2007) menciona respecto a las razones expresadas para el intento de suicidio, figura mayoritariamente los problemas familiares, el 82% de las adolescentes que tuvieron intentos de suicidio manifestaron haberlo hecho por haber presentado este tipo de problemática.

Pérez-Olmo²⁷ (Bogotá, Colombia-2007) encontró que el 83,5 % de los jóvenes tenía problemas con los padres. Encontró asimismo que de 92 historias el 83 % (n=77) tenía al menos un evento detonante para el suicidio y de ellos había conflictos familiares en 56 %.

Se observó en el estudio realizado en el hospital regional Atlacomulco relacionado al número de intento de suicidio en adolescentes que un alto porcentaje (78.9%) manifestaron tener sólo un evento, tal como se reporta en la literatura, ya que una gran mayoría de dichos adolescentes logran tener el apoyo de la familia y la contención de subsecuentes intentos de suicidio, esto coincide con Piedrahita¹⁸ (Colombia-2011) quien encontró que solo un 18.8% tenían antecedentes de intento de suicidio previo y hospitalización por dicha causa. En tanto que Valdivia²⁶ durante el año 2001 y en Concepción, Chile; identificó que del total de ingresos, 16 presentaban el antecedente de al menos un intento previo y correspondía a 34.8%.

En ese tenor, en su estudio, Von Dessauer²⁸ (Chile-2011) reportó que en 75 pacientes (69.4%) fue el primer intento. Finalmente, Pacheco²⁰ (2010) encontró que la mayoría de los pacientes (69%) presentaba el primer intento suicida.

Otro aspecto importante en los adolescentes es la etapa que sigue al intento de suicidio, una vez que ya se ha dado seguimiento médico asistencial, con o sin ingreso hospitalario, una vez que se ha recibido orientación psicológica y en algún caso manejo por psiquiatría, es donde el paciente y la familia en particular enfrenta el dilema si el adolescente que llegó al grado de atentar contra su vida y a la par atentar contra el modelo familiar llevado hasta ese momento, ha tomado conciencia del acto cometido y asumir si se ha superado o no ese intento de suicidio, asumir si existiese complejo de culpabilidad, con o sin sensación de arrepentimiento al tomar esa decisión, que vino a abrir un parteaguas o una experiencia “inolvidable” no solo en el paciente sino en cada uno de los integrantes de la familia en crisis.

Esa es precisamente una parte fundamental de este estudio, pues pese al shock del intento de suicidio y todo lo que vino a revolucionar, debe el adolescente tener firmemente la conciencia de no caer nuevamente en dicha conducta; por lo que en ese tenor se encontró en el hospital regional Atlacomulco que el 73.7% de los adolescente reconocieron haber superado el intento de suicidio, lo anterior principalmente a que consideraron que esa decisión “ya era cosa del pasado”, seguido gracias al “apoyo familiar” y a que consideraron que esa no era ni fue la mejor forma de solucionar los problemas. Asimismo de los encuestados hasta un 68.4% de ellos mostraron culpabilidad al haber intentado dicha autoagresión y de estos que presentaron complejo de culpabilidad un 47.4% fue debido a que consideraron que no fue una decisión correcta y les afectó a ellos y a sus familias.

Al interrogarles sobre si creían sentirse arrepentidos de cometer el intento de suicidio, el 78.9% lo reconoció ya que no debieron hacerlo. Lo que coincide con lo publicado por Cantoral-Cancino²³ (Año 2011-Chiapas, México) quien al preguntar si aún tenían la idea de quitarse la vida, el 92% mencionó que no y las razones que reportaron por las cuales habían dejado de pensar en quitarse la vida fueron la comprensión o reflexión de la problemática (73.7%).

Cortés Alfaro²² en el año 2011 en Cuba encontró que un 90% criticó lo ocurrido y manifestó arrepentimiento. Coincidentemente Piedrahita¹⁸ (Colombia-2011) observó en un 93.8% que los adolescentes refirieron que no lo volverían a hacer, de estos, 25% manifestó que “por miedo” 25% refirió que “la vida es muy importante” y un 18.8% porque era una situación “muy dura”.

Es precisamente esa red de apoyo principal con que cuentan los adolescentes, la familia (madre, padre, hermanos y otros familiares) la que da soporte emocional y los ayuda a superarlo y a evitar un nuevo intento, situación que se documentó en el hospital Regional Atlacomulco del Issemym al interrogar a los adolescentes del estudio qué los detenía para no intentarlo de nuevo y un 57.9% reconoció que el “apoyo de su familia”.

Por otra parte, al analizar FACES III en el presente estudio y al evaluar cohesión, entendida ésta como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, reveló que los adolescentes estudiados, provenían en su mayoría de familias “no relacionadas” (desligadas o despegadas) es decir, carentes de apoyo, donde sus miembros son bastante independientes y hacen “su propia vida”. En tanto que la adaptabilidad entendida como la capacidad del sistema familiar de cambiar sus normas de relaciones y roles de sus miembros, mostró que pertenecen a “familias caóticas” o demasiado flexibles (de adaptabilidad alta) que se caracterizan por un liderazgo imprevisible y con constantes cambios.

Es por ello que en la combinación de estas dos dimensiones, cohesión baja y adaptación alta; las familias predominantes corresponden según el modelo circunplejo de Olson, a “familias extremas”, lo cual asociado a diversos factores detonantes, como lo fueron por ejemplo los conflictos familiares reportados en el presente estudio, explicaría el por qué muchos de adolescentes estudiados que no contaban con factores protectores y con una red de apoyo firme, rebasaron la rumiación suicida y llegaron al intento.

En lo referente a los puntajes obtenidos en las dimensiones del FACES III, se encontró falta de cohesión o cohesión baja en las familias de los adolescentes con intento de suicidio del Hospital Regional Atlacomulco porque destacó que en un 52.6% pertenecen a “Familias no relacionadas”; en las que no existe una estructura suficiente de apoyo y la cercanía y el compromiso familiar son limitados.

En este tenor, el estudio de Osornio³⁴ (Guadalajara, México-2000) acerca de la estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio evidenció que en su mayoría pertenecían a familias desintegradas.

Cividanes³⁵ (2006) en su estudio/tesis “Estructura y dinámica familiar en el perfil del adolescente con intento suicida” realizado en Ciudad Bolívar, Venezuela, documenta que el mayor número de intentos de suicidio en adolescentes pertenecen a familias desligadas representando el 64.6 % de la muestra.

En relación al factor adaptación (adaptabilidad) se obtuvo que en un 36.8% se clasificaron 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.

Por lo que de acuerdo con Olson (1979) se ubican en el extremo de las dos dimensiones. Seguidos de un cercano 31.6% que se les identificó como “Familias flexibles”. Osornio³⁴ (México-2000) en su estudio “Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento

de suicidio”, en relación al factor adaptación obtuvo que en su mayoría, se clasificaron dentro de la tipología caótica.

10.- Conclusiones.

Se alcanzó el objetivo general; aunque hubo limitaciones, ya que se trató de una muestra pequeña, de 19 adolescentes; sin embargo, pese a ser una muestra pequeña, es de gran relevancia ya que representa la totalidad de población adolescente con antecedente de hospitalización por intento suicida en el Hospital Regional Atlacomulco. Cabe mencionar, que existe otro estudio similar al presente, realizado por la Dra. Cividanes³³ quien tiene una muestra de 17 adolescentes.

Las investigaciones demuestran que en población general una proporción importante de las personas reconocen tener un ideación suicida en algún momento de su vida y un tercio de ellos pasaran planificando un intento de suicidio y aunado a esto se ha observado que las conductas suicidas en los adolescentes han ido en aumento, es por eso que el médico familiar debe de tener un aspecto preventivo para identificar las características de los adolescentes y para ver a la familia de manera integral y desde un enfoque preventivo.

El intento de suicidio en los adolescentes constituye un problema de salud pública, el cual es sumamente importante que sea analizado desde 3 puntos de partida; una significativa prevalencia de factores de riesgo, tanto personales como familiares, que aumentan de manera importante la ideación y por ende el intento suicida. La existencia de eventos desencadenantes y la disponibilidad inmediata del método suicida; al alcance de la mano, los cuales favorecen que el adolescente se vea inclinado hacia la toma de dicha decisión como opción única para la resolución de su problemática. Se ha observado así, que existen diferentes factores, tanto psicológicos como ambientales que son considerados como elementos de riesgo y que favorecen la predisposición de la conducta suicida en los adolescentes; esto es suicidio, intentos de suicidio e ideación suicida

Los resultados de este estudio, podrán contribuir a la conformación de iniciativas o propuestas con mecanismos preventivos para que en este grupo poblacional disminuya la incidencia de esta entidad, no sólo a nivel local, sino en toda la población derechohabiente del instituto en general.

Como es del conocimiento general, numerosos programas preventivos “prioritarios” en instituciones hospitalarias de gobierno, y en especial en unidades de Medicina Familiar; al igual que en el hospital regional Atlacomulco; están enfocados a evitar en primer orden enfermedades crónico-degenerativas, seguido de las infectocontagiosas, dejan muchas veces de lado la salud mental y los programas para identificar aquellas características que ayuden a prevenir la ideación, intento o consumación de suicidio. Es por ello que en base a los resultados del presente estudio; es

prioritario que los Médicos Familiares implementen estrategias para la detección oportuna de depresión y todos aquellos factores que pueden influir en los adolescentes para orillarlos a la autoagresión; lo cual invita a no olvidar el papel que juega el médico familiar en el proceso salud-enfermedad, en el manejo adecuado de las crisis normativas y paranormativas; y hacer énfasis en el enfoque preventivo, sin olvidar por supuesto que la atención médica es un continuo, para detectar de forma oportuna las características estructurales y funcionales que pudiesen poner en riesgo la salud de la familia, o bien, ayudar a que la enfermedad de un integrante de esta, le afecte lo menos posible. Lo importante es pues, evitar que los límites se traspasen y se llegue a perder todo el respeto que permite una “funcionalidad” adecuada durante estas crisis.

En el presente estudio se percibió que el comportamiento de autoagresión (intento de suicidio) se observa con mayor frecuencia en adolescentes mujeres, característica que concuerda con lo referido en la literatura por diversos autores, predominando asimismo edades comprendidas entre los 13 y 17 a 19 años.

Asimismo, cabe mencionar que se obtuvieron resultados sumamente importantes y que pueden derivar en nuevas investigaciones, ya que por ejemplo se apreció que un porcentaje elevado de los adolescentes encuestados reconoció que su relación familiar es buena, que cuentan con apoyo familiar e incluso que le tienen confianza a su familia para confiarle sus problemas, sin embargo todos ellos llegaron al intento de suicidio, no sólo se quedaron en la rumiación, hecho que deja entrever que pueden existir muchos más componentes que dichos adolescentes no están reconociendo y que serían los que finalmente los orillaron a tomar la decisión de autolesionarse.

Otro de los aspectos explorados que se deduce como característica de los adolescentes con intento de suicidio, fue la presencia de violencia tanto física como verbal, predominando la de tipo intrafamiliar. Es sabido que la unión familiar, aunado al hecho de manifestar cariño, respeto y amor al interior de la familia y a cada uno de los miembros de la misma es lo que genera un sentimiento de unidad, de certidumbre, de autoestima elevada, de pertenencia a la misma y blinda emocional y físicamente no solo al adolescente sino a cualquier miembro de la familia contra problemas emocionales diversos. Cuando el adolescente siente cierto rechazo familiar y cuando predomina el uso de la fuerza por encima de la razón y el diálogo, percibe por tanto un ambiente familiar negativo y es cuando la situación familiar le provoca sentimientos de enojo, que muchas veces tienden a expresar estos sentimientos de diversas maneras, muchas veces de manera agresiva. Cuando por esta situación, la familia recibe estas expresiones negativas y agresivas, la mayor parte reaccionara de la misma manera y conllevara a que esa red de apoyo, en especial los padres se replieguen y se vuelvan menos afectuosos y haya una inadecuada comunicación para con el adolescente generando así un círculo vicioso y esto condicione que disminuya la confianza y la cercanía con los padres, formando así otra circunstancia para intento de suicidio.

Punto especial y a favor tienen los adolescentes encuestados, ya que casi la totalidad de ellos reconoce que esa conducta no fue la correcta, que no fue la mejor manera de solucionar la serie de problemas que en dicho momento les aquejaba y que les alejó de las personas adecuadas para solucionarlos. Reconocen que el intento de suicidio ha sido superado gracias al apoyo principal de la familia, que están arrepentidos de haberlo hecho y que es el amor y apoyo de su familia la que los detiene para no repetir ese evento, misma familia que también se vio agredida.

Es imperante reconocer pues, que acorde a análisis y resultados obtenidos, se está en condiciones de manifestar que así como se cuenta al interior de las familias con factores protectores, también existen eventos generados de estrés pueden relacionarse con el intento suicida en los adolescentes, pero que en la mayoría de las ocasiones, por sí mismas no son elementos de peso o componentes decisivos para que el adolescente opte por el intento suicida, pero si pueden contribuir a ello.

Es por tanto que es necesario reconocer que el objetivo primordial de la familia consistirá en asimilar o adaptarse a esta nueva redistribución de roles que debido a esta crisis paranormativa cambia de manera significativa su dinámica generando un soporte familiar abierto, flexible y con una plataforma firme para ser capaz de asimilar los cambios necesarios para la individualización y maduración del adolescente. Por ello, todas las acciones preventivas y educativas deberán de realizarse teniendo en cuenta todos los factores familiares que ejercieron influencia directa y condujeron a una conducta autodestructiva en los adolescentes.

Es allí donde el personal médico está obligado a dar lo mejor de sí, para con el paciente y sus familias y contribuir a mejorar el entorno de la familia; en aras de ensalzar y contribuir a dignificar la práctica del Médico Familiar.

10.1 Propuestas

1.- Ampliar la investigación:

El gran impacto emocional que genera el intento de suicidio en los adolescentes, aunado a la magnitud de este problema hace meritorio ampliar la investigación a otras clínicas o consultorios médicos de nuestro instituto, a fin de captar aquellos adolescentes que han tenido uno o más intentos y que no tienen seguimiento médico/psicológico o psiquiátrico.

2.- Continuar seguimiento conjunto Médico Familiar-Psicólogo-Psiquiatra.

El Médico Familiar como Médico de 1er contacto debe continuar manejo conjunto con psicología para manejo de crisis subsecuentes que pudiesen condicionar nuevos intentos de suicidio; así como manejo anticipatorio y continuo del adolescente y su familia. En el caso necesario que el adolescente o algún miembro de la familia que amerite manejo psiquiátrico o farmacológico, brindar

el apoyo necesario, ya que en muchos casos el paciente o sus familiares deciden interrumpir dicho seguimiento.

3.- Estrategias para que el adolescente acuda a consulta de primer nivel.

Sabido es que una gran cantidad de adolescentes evitan acudir a consulta médica, incluso por padecimientos menores, por lo que se hace necesario crear estrategias para que acudan a consulta de primer nivel, donde el Médico Familiar deberá ganarse su confianza.

4.- Cuestionarios para identificar depresión

La depresión es mencionada como factor predisponente para intento de suicidio, es por ello que sería de vital importancia aplicar cuestionarios para identificar la presencia de esta patología en los adolescentes y actuar a tiempo.

5.-Cuestionarios para factores de riesgo

Instaurar de manera permanente la aplicación de cuestionario para factores de riesgo, que se aplicarían por el Médico Familiar o en su defecto por personal de enfermería previo a ingreso a consulta, a fin de detectar conductas de riesgo, no solo en adolescentes, sino en todo el universo de población.

6.- Cuestionarios de disfuncionalidad

Aplicar con mayor regularidad a la gran mayoría de la población derechohabiente ,los cuestionarios que determinan la presencia o no de funcionalidad familiar; ya que el hecho de que los adolescentes o cualquier otro miembro de la familia integren una familia disfuncional es factor de riesgo para el intento de suicidio.

7.- Talleres para adolescentes y sus familias

Es evidente la relevancia del entorno familiar en el intento de suicidio, por tanto es de apreciar que la dinámica de la relación familiar, el desarrollo de vínculos sanos entre los miembros de dicha familia y una comunicación efectiva se pueden trabajar en talleres dirigidos a los adolescentes y sus familias.

10.2 Líneas de investigación

1.- Depresión en el adolescente.

2.- Disfuncionalidad familiar.

3.- Bulling en el adolescente.

11 Referencias bibliográficas

- 1.- Instituto Mexicano de la Juventud. (2005 y 2006). Encuesta Nacional de Juventud. México.
- 2.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI). (2004). Encuesta Nacional de Empleo. STPS. México.
- 3.- OPS, Oficina Regional. División de Promoción y Protección en Salud. (1998). Programa de salud de la familia, población y salud del adolescente. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas.
- 4.- Proyecciones de población de México 1970-2030. Consejo Nacional de Población. México.
- 5.- Salud de la Adolescencia. (2007). Secretaría de Salud. México.
- 6.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). (2006). México.
- 7.- Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica. (1992, 2006). México.
- 8.- Barón B. O. P. Adolescencia y suicidio. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. No. 6: 2000. 48-69, Barranquilla, Colombia.
- 9.- Ortega P.E. Adolescentes y suicidio. Primeras jornadas nacionales de suicidología. 2000. Ecuador.
- 10.- Marchiori H. El suicidio, Enfoque criminológico. Ed. Porrúa. 2006. Pág. 1-20, México, D.F.
- 11.- Meneses Garduño J, Armengol Ortiz J. A, Arias Castillo L, Piña Assaf C, Suicidio en los adolescentes, estudio integral del adolescente. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar. Colegio mexicano de Medicina Familiar. 1999. Pág. 48-49, Intersistemas editores. México, D.F.
- 12.- Chávez Hernández AM, Cortés Villanueva M, Hermosillo Muñoz CB, Medina Núñez MA. Prevención del suicidio en jóvenes, salvando vidas. Ed. Trillas. 2008. Pág. 53. México, D.F.
- 13.- De la Garza Gutiérrez F. Suicidio Medidas preventivas, Ed. Trillas. 2008. Pág. 13, México, D.F.
- 14.- Alsinet C, Pérez RM, Agulló MJ. Adolescentes y percepciones del riesgo. Jóvenes, Revista de Estudios sobre Juventud. Edición: año 7, 2003, núm. 18. México, D.F., Enero-junio.
- 15.- Fonseca León J. Suicidio. Boletín Latinoamericano Adolescencia. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. Enero-junio. 2004.
- 16.- Campo Arias A. Disconformidad con la orientación sexual e intento de suicidio en la adolescencia. Revista Colombiana de Pediatría. 2008. Cartagena, Colombia.
- 17.- Monge Holguín JA, Cubillas Rodríguez MJ, Román Pérez R, Abril Valdez E. Intentos de Suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. Psicología y salud. Xalapa, México. 2007 Año/vol. 17, número 001, pp. 45-51.
- 18.- Piedrahita LE. Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. 2011. Colombia Médica. 42: 334-41.
- 19.- Bella ME. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Arch. Argent. Pediatr. 2010. 108 (2):000-000 / 124.

- 20.- Pacheco B, Lizana C. P., Celhay S. I. Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otra causa psiquiátrica. Rev. Med. Chile. 2010. 138: 160-167
- 21.- Valadez-Figueroa I, Amezcua-Fernández R, Quintanilla-Montoya R, González-Gallegos N. Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. Arch. Med. Fam., 2005. Año/ vol. 7, número 003, México, México pp. 69-78.
- 22.- Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes, Revista Cubana de Medicina Integral. 2011. 27(1)33-41.
- 23.- Cantoral-Cancino DC, Betancourt-Ocampo D. Intento de suicidio y ambiente familiar en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Revista de Educación y Desarrollo, 19. Octubre-diciembre 2001
- 24.- Aragaki Madrid AJ. Investigación de tesis "Factores psicológicos asociados al intento suicida en adolescentes mujeres de un colegio estatal de la ciudad de Lima". Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. 2007.
- 25.- Peña Galbán LY, Casas Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Gómez Arencibia T, Gallardo Álvarez M. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. Rev. Cubana Med. Milit; 2002. 31 (3):182-7.
- 26.- Valdivia M, Ebner D, Fierro V, Gajardo C, Miranda R. Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. Concepción, Chile. Rev. Chil. neuro-psiquiatr. 2001. v.39 n.3. Pp. 211-218.
- 27.- Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago MM, Ayala-Aguilera JP. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. Bogotá Colombia. Rev. Salud pública. 2007. 9 (2):230-240.
- 28.- Von Dessauer B, Ortíz P, Hinostroza T, Bataszew A, Velásquez A, Correa M, Cáceres J, Mulet A. Intento de Suicidio vía ingesta de fármacos en niños. Rev. Chil. Pediatr.2011. 82 (1): 42-48.
- 29.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General en Edimburgo, Escocia, octubre de 2002.
- 30.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Secretaría de Salud, México, 1987.
- 31.- Estudio sobre las familias con hijos conflictivos. Investigación cuantitativa en el marco del programa europeo iter.
Disponible en: URL: <http://www.dip-alicante.es/iter/>
- 32.- Orzonio, L. (2000). Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio.
Disponible en: URL: <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/exaula/losornio.html>.
- 33.- Civdanes M.I.Estructura y dinámica familiar en el perfil del adolescente con intento suicida. Escuela de Ciencias de la salud "Dr. Francisco Batistini". Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar. Venezuela. 2005.

- 34.- Osornio C.L. Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio. Ex- Aula Revista electrónica ITESM. Año 1, Número 6 Junio-Julio. 2000.
- 35.- Camacho Palomino Patricia. Funcionamiento Familiar según el modelo Circunflejo de Oslo en adolescentes Rev. enferm., Herediana;2009. 2(2)80-85
- 36.- Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología, 2009. Vol. 3, nº 2, pp. 30-36.
- 37.- Ponce-Rosas, E.R., Gómez-Clavelina, F.J., Terán-Trillo, M., Irigoyen-Coria, A.E. y Landgrave-Ibáñez, S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Atención primaria, 2002.30, 624-630.
- 38.- Masson O. Les suicides des enfants et des adolescents Schweizerisches National komitee für Gutstige Gesundheit Arbeitsgruppe für Kriminologie. Verlag Rüeger; 1986. 3 6 - 7 5.

12.- Anexos.

Anexo 1

13.1.- ENCUESTA PILOTO 1

- 1.-Nombre:
- 2.-Edad: 3.- Sexo:
- 4.-Escolaridad:
- 5.- Domicilio (colonia o localidad):
- 6.- A qué te dedicas?
- 7.- Con quien vives?.
- 8.- Tienes hermanos?
- 9.- Cómo es la relación con tus padres y hermanos?
- 10.- Tienes novio (a)?
- 11.- Tienes alguna adicción? Cuál?
- 12.- Te atraen las personas del sexo contrario o del tuyo?
- 13.- Tienes familiares con alguna enfermedad psiquiátrica?
- 14.- Has sufrido gritos o golpes en tu casa?

Anexo 2

13.1.2.- ENCUESTA PILOTO 2

- 1.- Edad:
- 2.- Sexo: Masculino () Femenino ()
- 3.- Tu casa está ubicada en un área: Rural () Urbana ()
- 4.- Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Universidad () Ninguna ()

- 5.- Ocupación: Estudiante () Trabajador () Ninguna ()
- 6.- Con quien vives? Padres () Abuelos () Tíos () Hermanos ()
- 7.- Cómo consideras que es la relación con tu familia?
Excelente () Buena () Regular () Mala ()
- 8.- Tienes pareja o novio (a): Si () No ()
- 9.- Tienes hermanos? Si () No () Mayores () Menores ()
- 10.- Tienes alguna adicción? Cigarro () Alcohol () Drogas ()
- 12.-Sientes atracción física por: Hombre () Mujeres () Ambos ()
- 13.- Algún familiar tuyo tiene alguna alteración mental? Si () No () Cuál?
- 14.- Has estado expuesto (a) a algún tipo de violencia? Si () No ()
Dónde? Hogar () Noviazgo y/o Pareja () Escuela () Vía Pública ()
De qué tipo? Verbal () Física () Ambas ()

Anexo 3

13.1.3.- ENCUESTA PILOTO 3

- 1.- Edad:
- 2.- Sexo: Masculino () Femenino ()
- 3.- Tu casa está ubicada en un área: Rural () Urbana ()
- 4.- Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Universidad () Ninguna ()
- 5.- Ocupación: Estudiante () Trabajador () Ninguna ()
- 6.- Con quien vives:

parentesco	Ocupación	escolaridad	Estado de salud

- 7.- Cómo consideras que es la relación con tu familia?
Excelente () Buena () Regular () Mala ()
- 8.- Tienes pareja o novio (a): Si () No ()
- 9.- Tienes alguna adicción? Cigarro () Alcohol () Drogas ()
- 10.- Algún familiar tuyo tiene alguna alteración mental? Si () No () Cuál?
- 11.- Has estado expuesto (a) a algún tipo de violencia? Si () No ()

Dónde? Hogar () Noviazgo y/o Pareja () Escuela () Vía Pública ()

De qué tipo? Verbal () Física () Ambas ()

12.- Crees que ya está superado el intento de suicidio? Si () No ()

Anexo 4

13.1.4.- INSTRUMENTO FINAL

1.- Edad:

2.- Sexo: Masculino () Femenino ()

3.- Tu casa está ubicada en un área: Rural () Urbana ()

4.- Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Universidad () Ninguna ()

5.- Ocupación: Estudiante () Trabajador () Ninguna ()

6.- ¿Con quién vives?

Parentesco	Ocupación	escolaridad	Estado de salud

7.- ¿Cómo consideras que es la relación con tu familia?

Excelente () Buena () Regular () Mala ()

8.- ¿Tienes apoyo de tu familia?

a) Sí () b) No ()

9.- ¿Tienes la confianza de contarle tus problemas a tus familiares? Sí () No ()

10.- ¿Tienes pareja o novio (a)? Si () No ()

11.- ¿Tienes amigos con quien apoyarte? Sí () No ()

12.- ¿Cómo te apoyan?

13.- ¿Consumes o has consumido? Cigarro () Alcohol () Drogas ()

14.- ¿Te sientes Triste la mayor parte del tiempo? Sí () No ()

15.- ¿Crees que para ti tiene algún sentido la vida? Sí () No ()

16.- ¿Cuentas con un grupo de amigos para divertirte? Sí () No ()

17.- ¿Cómo se divierten?

18.- ¿Has estado expuesto (a) a algún tipo de violencia? Si () No ()

¿Dónde? Hogar () Noviazgo y/o Pareja () Escuela () Vía Pública ()

¿De qué tipo? Verbal () Física () Ambas ()

- 19.- ¿Cuál fue la causa del intento de suicidio?
- 20.- ¿Cuántos intentos de suicidio has tenido? _____
- 21.- ¿Cómo fue el intento?
- 22.- ¿Crees que ya está superado el intento de suicidio? Sí () No ()
- 23.- ¿Por qué?
- 24.- ¿Te sientes culpable? Sí () No ()
- 25.- ¿Por qué?
- 26.- ¿Te arrepientes? Sí () No ()
- 27.- ¿Por qué?
- 28.- ¿Crees en un Ser Superior por el cual puedes ser castigado? Sí () No ()
- 29.- ¿Qué te detiene para no intentarlo de nuevo?
- 30.- ¿Has tenido problemas por tu preferencia u orientación sexual? Sí () No ()

Describa a su familia	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2.- En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5.- Nos gusta convivir sólo con los familiares más cercanos.					
6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.					
9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10.- Padres e hijos de ponen de acuerdo con los castigos.					
11.- Nos sentimos muy unidos.					
12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
14.- En nuestra familia las reglas cambian.					
15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17.- Consultamos unos a otros para tomar decisiones					
18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
19.- La unión familiar es importante.					
20.- Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

13.3 Consentimiento bajo información

Lugar: Atacomulco, México.

Fecha: _____

Por medio del presente, consiento participar de forma voluntaria, sin ningún tipo de presión y previa explicación pormenorizada, en el protocolo de estudio **“Identificación de las características individuales de los adolescentes intento suicida del Hospital Regional Issemym Atacomulco”**, mismo que realiza el Dr. Javier Hernández Ramírez, quien es residente de Medicina Familiar del Issemym y médico de esta unidad hospitalaria.

El presente estudio tiene como propósito principal el estudio y análisis de factores de riesgo para intento de suicidio en aquellos adolescentes derechohabientes que ya presentaron al menos un intento previo; dicho protocolo será solamente empleado con fines de investigación y se guardarán confidencialmente las identidades de los participantes en el estudio.

Nombre y firma de participante:

Dr. Javier Hernández Ramírez.

Testigo

Nombre y firma:

Anexo 7

CRONOGRAMA												
Etapa de planeación (trimestres)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Etapa de planeación proyecto	X	X	X									
Marco teórico		X	X	X	X							
Material y métodos				X	X							
Registro y autorización de proyecto					X							
Etapa de ejecución proyecto					X	X	X					
Recolección de datos								X	X			
Almacenamiento de datos								X	X			
Análisis de datos										X		
Descripción de los resultados										X	X	
Discusión de los resultados										X	X	
Conclusiones del estudio											X	
Integración y revisión final											X	X
Autorizaciones												X
Impresión del trabajo final												X
Solicitud de examen de tesis												X