



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD

ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA: CARACTERÍSTICAS
SOCIOECONÓMICAS, FAMILIARES Y DE SALUD MENTAL

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

Lic. Raúl Ramírez Pérez

Tutor
Mtro. Francisco Calzada Lemus
Escuela Nacional de Trabajo Social

Ciudad de México, agosto, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Mtra. Guadalupe Cañongo por su valioso acompañamiento para redirigir este trabajo, pero sobre todo, por su tiempo y paciencia, lo que agradezco infinitamente.

A la Dra. María Elena Figueroa por sus observaciones y acompañamiento constante, así como de su confianza en este trabajo y por sus palabras siempre alentadoras y motivantes en todo momento.

Al Mtro. Francisco Calzada por todo el aprendizaje y apoyo que siempre recibo de usted, así como de su constante seguimiento de este trabajo, gracias por su estima y confianza.

Al Mtro. Fernando Cortez por sus acertadas sugerencias y recomendaciones que fueron invaluable para este trabajo y de su apoyo total, el cual siempre me lo hizo saber.

Al Mtro. Isaac Acosta por sus acertadas observaciones que originaron una seria reflexión para este trabajo, gracias por compartir sus conocimientos, los cuales fueron muy valiosos.

A la Dra. Guadalupe Rosete y a la Mtra. Norma Cruz por los conocimientos que me brindaron en su momento para la construcción de este trabajo.

A la Mtra. Virginia García y el Lic. Ramón González por el extraordinario apoyo y orientación que me brindaron en cada semestre de la maestría, gracias por su amistad la cual es muy valiosa para mí.

A Angélica López por su apoyo y constante paciencia en este largo proyecto, así como de tus palabras de aliento.

A mi mamá y hermanas por su apoyo y amor incondicional en cada etapa de mi vida.

A mi padre por todas tus lecciones que me dejaste y donde te encuentres, seguro estoy que estarías contento por cada logro en mi vida.

A mis hijos con cariño.

A mi amiga Lourdes por su apoyo incondicional y por las risas requeridas para no desistir.

RESUMEN

El intento de suicidio en adolescentes es un problema de salud pública por su frecuencia e impacto en la salud, evento que converge y caracteriza por aspectos de orden familiar, económico y de salud mental, ampliando la complejidad del fenómeno del intento suicida en esta población vulnerable.

Objetivo: Describir el perfil socio familiar, económico y de salud mental de adolescentes con intento de suicidio ingresados en el hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro.

Método: Estudio exploratorio y cuantitativo, con variables de corte social que permita caracterizar el perfil social de 129 adolescentes con intento suicida hospitalizados en los años 2015 y 2016.

Resultados: En relación a la salud mental de los adolescentes se observó una mayor prevalencia de la depresión, resultando las mujeres adolescentes con mayor prevalencia hacia la depresión grave (29.1%), depresión moderada (17.5%), aunado al trastorno de la personalidad con 23.3%. Para los adolescentes varones la mayor presencia resultó la depresión moderada con 34.6%, seguida por la depresión grave con un 26.9% aunque para ambas poblaciones la depresión fue representativa. Respecto a la continuidad del tratamiento más de la mitad de las mujeres no continúan con su tratamiento con 55.3% y para los hombres con 61.5%, la deserción al tratamiento psiquiátrico es un factor de riesgo para la consumación del suicidio en la etapa adulta.

El tipo de familia de los adolescentes con intento de suicidio se obtuvo que sólo el 25.6 % vive con familia nuclear en comparación con el 27.1% de familias desintegradas y el 32.6% de familias extensas, lo anterior refleja la ausencia de alguno de los padres. En relación a los problemas familiares considerados como discusiones, deficientes reglas y comunicación o eventos de crisis por alguna situación dada, se obtuvo que las adolescentes mujeres presentaron un 33.0% y un 26.2%, por violencia familiar, en comparación con los varones se obtuvo un 38.5% y 11.5%. Para el rubro de abuso sexual las mujeres fueron más propensas con 6.8%. En relación a problemas escolares el porcentaje no fue representativo para mujeres y varones (7.8% y 7.7%).

El ingreso económico en las familias de los adolescentes con intento de suicidio se caracteriza por tener 43.4% con ingreso menor a \$5,999.00, seguido de 20.2% de ingreso menor a \$2,999.00 y de 16.3% menor a \$8,999.00 mensuales, la mayor parte de la población cuenta con bajos recursos.

Conclusión: Los adolescentes manifestaron respecto al intento de suicidio resultados similares a las de investigaciones previas sobre factores como el de la salud mental y sociofamiliar. De la revisión de los expedientes, el apartado de Trabajo Social no mantenía uniformidad en la información, siendo concreto y básico, lo que resulta complejo para tener ejes concretos sobre la dimensión social del fenómeno del intento suicida.

Palabras Clave: Intento suicida, adolescentes, salud mental, perfil social, Trabajo social.

ABSTRACT

Attempted suicide in adolescents is a public health problem because of their frequency and impact on health, an event that converges and characterized by aspects of family, economic and mental health order, increasing the complexity of the phenomenon of suicide attempts in this vulnerable population .

Objective: To describe the family, economic and mental health of adolescent partner profile suicide attempters admitted to the children's psychiatric hospital Dr. Juan N. Navarro.

Method: exploratory and quantitative, with cutting social variables to characterize the social profile of 129 hospitalized adolescents with suicide attempt in 2015 and 2016 Study.

Results: In relation to the mental health of adolescents a higher prevalence of depression was observed, resulting in adolescent women with higher prevalence towards major depression (29.1%), moderate depression (17.5%), coupled with personality disorder with 23.3%. For adolescent males increased presence was moderate depression with 34.6%, followed by severe depression with 26.9% for both populations although depression was representative. Regarding the continuity of treatment more than half of women do not continue their treatment with 55.3% and 61.5% men, desertion to psychiatric treatment is a risk factor for completed suicide in adulthood.

The family type adolescent suicide attempters was obtained only 25.6% live with nuclear family compared to 27.1% of broken families and 32.6% of extended families, this reflects the absence of a parent. With regard to family problems considered discussions, deficient rules and communication or crisis events for any given situation, was obtained that adolescent women had a 33.0% and 26.2%, family violence, compared to males obtained a 38.5% and 11.5%. For the category of sexual abuse women were more likely to 6.8%. School problems regarding the percentage was not representative for women and men (7.8% and 7.7%).

The income in families of adolescents with suicide attempt is characterized by 43.4% with less than \$ 5,999.00 income, followed by 20.2% lower income to \$ 2,999.00 and 16.3% lower to \$ 8,999.00 per month, most of the population has with low income.

Conclusion: Adolescents expressed regarding suicide attempt similar to those of previous research on factors such as social and family mental health outcomes. A review of the records, the Social Work section did not maintain consistent information, being concrete and basic, which is complex to have concrete foundations on the social dimension of the phenomenon of suicide attempt.

Keywords: Attempted suicide, adolescent, mental health, social profile, Social work.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Justificación	8
2. MARCO CONCEPTUAL: INTENTO SUICIDA.....	10
2.1. El intento suicida, problemática de salud pública.....	10
2.2. Definiendo el intento suicida	11
2.3. El Suicidio como un problema de salud pública.....	17
3 LA FAMILIA Y EL ADOLESCENTE.....	20
3.1 La Familia.....	20
3.2 La adolescencia como etapa de vida.....	23
3.3 Problemas en la adolescencia	26
3.4 Estudios previos de intento suicida en adolescentes.....	28
4 MÉTODO.....	45
4.1 Planteamiento del problema	45
4.2. Pregunta de investigación	45
Variables e indicadores	46
4.3 Objetivo general.....	47
4.4 Objetivos específicos.....	47
4.5 Enfoque teórico.....	47
4.6 Metodología	52
4.7 Instrumentos	53
4.8 Criterios de selección	56
4.9 Consideraciones éticas	56
5 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
5.1 Análisis y discusión	77
5.2 Conclusión	85
Referencias.....	91
ANEXOS	96

1. INTRODUCCIÓN

Una de las particularidades de la disciplina del Trabajo Social es que la mayor parte de sus profesionales se desarrollan en el área de la salud. Esto no es casualidad, debido a que la historia de la profesión ha transitado por espacios relacionados con la caridad, la filantropía, la asistencia y el área de la salud. Este hecho ha conllevado a la aplicación de los métodos básicos de la disciplina como la intervención individual, grupal y en comunidad. Con la transición del siglo XX, la sociedad ha presentado necesidades diferentes para las diversas problemáticas sociales, la vulnerabilidad de diferentes poblaciones y grupos en desventaja se relacionan con la exclusión, la desigualdad, la falta de oportunidades, esto ha creado una brecha entre las clases sociales cada vez más notoria en relación a los niveles de pobreza en la mayor parte de la población del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud estas problemáticas que se presentan en la población necesitan de nuevas alternativas de abordaje. En el tema de la salud mental la disciplina de Trabajo Social también ha tenido que especializarse en la psiquiatría. La población que padece algún trastorno mental también crea espacios de intervención social para esta disciplina, debido a que el medio social influye de manera significativa. En ese sentido se requiere de un acercamiento del trabajador social a la fenomenología del trastorno mental, en cualquiera que sea el caso, aunado a considerar una teoría social que sienta la base en la que reposara su visión o postura para su comprensión.

Es por ello que para esta investigación se realizará un acercamiento social desde la mirada del trabajador social en el fenómeno del intento de suicidio en adolescentes que fueron hospitalizados en el hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, en el periodo 2014 y 2015, en esta investigación se pretende conocer los factores socio económicos y socio familiares aunado a los eventos detonantes que determinaron el acto suicida del adolescente, además de conocer la estructura familiar y antecedentes sobre la salud mental, principalmente en relación a la depresión. Aunque se sabe que esto no es una condición constante,

sí es una característica presente de la historia de los actos suicidas. Estos elementos pueden contribuir a una comprensión del fenómeno, el cual se gesta en las primeras etapas de desarrollo del individuo. En este caso, la etapa de la adolescencia es el periodo en que se realiza el acto suicida, el cual no conlleva a la muerte, pero crea el preámbulo de aquellos suicidas que, en la etapa adulta, lo pueden consumir y, dado que esta problemática es un problema de salud pública a nivel mundial, México no es la excepción en este tipo de fenómenos sociales. En ese sentido, el conocer las características que rodean al adolescente es de gran importancia para la intervención social del trabajador social, debido a que a partir de la investigación o acercamiento a esta problemática de salud se pueden considerar alternativas de intervención a la prevención y educación de la salud mental, propiciando que lo que se genere desde el Trabajo Social para la acción social, sea de mayor profundidad al existir un interés por los elementos de primera mano que pueden aportar información relevante y encaminar nuevos rumbos de acción que no descuidan las bases de la intervención del Trabajo Social, . Para este propósito se propone la revisión de expedientes como método de recabo de información valiosa, que se encuentra a la mano del trabajador social y que puede ser el punto de inicio para acercarse a una fenomenología dada y crear una ola social de información para el trabajador social que conduciría a realizarse preguntas o llegar a nuevas dimensiones de acción que lo coloquen en puntos clave frente al binomio, salud versus enfermedad mental, que den respuesta a las necesidades de una población vulnerable para su existir en el contexto actual.

1.1 Justificación

La presente investigación es realizada considerando que el fenómeno de intento de suicidio en adolescentes es relevante debido a que en la actualidad este tipo de conductas suicidas comienza a manifestarse en edades cada vez más tempranas en los individuos. De acuerdo con la OMS (2014) “Los suicidios se cobran un costo alto. Más de 800,000 personas mueren cada año por suicidio, y ésta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse”.

Con base en lo anterior, la investigación no aborda el suicidio consumado, pero sí el intento de suicidio y considerando la información anterior, de que existen 20 intentos previos por cada individuo que logra quitarse la vida, en este sentido las cifras se potencializan para futuros suicidas; por ello, el acercarse a la comprensión del fenómeno y del entorno sistémico en donde se desenvuelve el adolescente es relevante para cualquier disciplina que quiera intervenir, en el caso del Trabajo Social en el área de la salud mental. Esta problemática de salud ha ido creciendo en México, no al grado de otros países de Europa o América, pero este fenómeno está presente.

Esta investigación buscó establecer correlaciones significativas del entorno socio familiar y socioeconómico, en conjunto con los eventos que detonaron esta conducta suicida, y que en última instancia limitan la continuidad de un tratamiento, porque no sólo basta identificar los numerosos intentos suicidas que tengan los individuos o, en este caso, los adolescentes; también se deben considerar elementos socioeconómicos y de salud de la familia que permean el tratamiento de largo plazo. Ahora bien, el trabajador social, en su quehacer cotidiano, no debe ser un espectador de las cifras de defunciones o de intentos de suicidio en el adolescente. Se trata de una problemática social y de salud pública en movimiento, con vida, cambiante de posición, demandante del contexto familiar. No existe muerte, no existe un trágico final para comentar, lo que hay es

un problema de la existencia de la vida y de preservarla, y con ello prevalecer el equilibrio familiar al estabilizar la vida en peligro del adolescente, no se reconocen otros factores que inciden en esta decisión y que contiene una carga significativa para el menor en su presente. Por consiguiente se debe, desde esta disciplina, utilizar los medios disponibles para la innovación de estrategias que tengan un impacto más profundo en las familias sobre estas problemáticas. Un elemento a considerar es el expediente clínico, el cual contiene información de los profesionales de las diversas áreas que intervienen, desde el Paidopsiquiatra, la Psicología, Enfermería y Trabajo Social. La información que puede recabarse para ser sistematizada y analizada, contribuiría a plantear un mayor espectro de intervención. Lo significativo tendría que ser la atención, antes de ir más allá de nuestros parámetros, hagamos trabajo social desde nuestros recursos, desde lo que se tiene, para poder trascender a otros espacios. No se trata de positivismo puro, la disciplina tiene que acercarse a esa realidad; de lo contrario, estaremos contrariados al intentar que los individuos, grupos o comunidades fortalezcan su recursos alternativos, sin que el trabajador social aplique este mismo concepto en su actuar profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL: INTENTO SUICIDA

2.1. El intento suicida, problemática de salud pública.

Breve definición del suicidio

El comportamiento suicida es un acto que implica varios elementos para su realización, según la OMS “al suicidio se le entiende ahora como un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales”, a esto mismo agrega que “el suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio”, al reconocer el suicidio como una problemática multidimensional y que no necesariamente está ligado a alguna enfermedad pero que existen trastornos mentales que llegan a incidir, en su fenomenología.

Por otra parte Chávez y Leenaars retoman a Shneidman y afirman que “el suicidio es el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (2010, falta página). Por lo tanto, esta definición connota lo multifactorial del suicidio, pero esta misma complejidad tan amplia, tendría que ser valorada para considerar si esto reafirma el acto suicida como la mejor solución para el individuo.

Se le considera suicidio a “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado” (Durkheim, 1897: 14). En relación a esto también refiere Durkheim al “soldado que corre a una muerte cierta para salvar a su regimiento no desea morir; sin embargo, ¿no es acaso autor de su propia muerte con el mismo fundamento con que lo son de las suyas el industrial o el comerciante que se matan para escapar

al deshonor de la bancarrota? Otro tanto puede decirse del mártir que muere por su fe, de la madre que se sacrifica por su hijo” (1897:13), de tal forma que el acto suicida, si bien es consciente, no es un evento puro, ya que tiene factores que inciden para la realización del acto, estos motivos pueden ser de orden económico, social, legal, religioso y de salud, cada uno de ellos tendrá que ver implícitamente con la pérdida de algo significativo para el individuo.

2.2. Definiendo el intento suicida

Puede ser complejo establecer una correlación entre la intención y el resultado de la acción suicida, esto derivado a que el fenómeno del intento suicida encierra varias interrogantes, una de las principales, es la dificultad para identificar el número de eventos o intentos suicidas que realiza el adolescente, debido a que varios de estos eventos no son reportados o quedan en el anonimato del individuo o de la familia misma, por lo tanto los reportes no son confiables, incluso entre instituciones no concuerdan sus registros. Existen diversos textos que consideran aspectos más enfocados a la conducta del suicida, “el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto (un ejemplo: tener en la mano pastillas sin realizar el acto), el intento y el hecho consumado” (Pérez, 1999:196,217). Por lo tanto se puede considerar que el intento de suicidio no es un acto puro, sino que obedece a un proceso o una etapa del suicidio, pero que en la inmediata personal, se omiten eventos como el número de intentos del parasuicida, e incluso se pasa por inadvertido el lugar del acto, los medios y uso para su fin, entre otros aspectos.

Dentro del intento de suicidio se encuentran inmersos otros aspectos como el deseo de morir, la representación suicida (imaginación del acto), la idea de autodestrucción, la idea suicida con un plan indeterminado o la idea suicida con una adecuada planificación. Las etapas descritas indican que el

intento de suicidio no es un acto único, ya que en ella se genera un proceso gradual para llegar al suicidio consumado.

Al intento de suicidio también se le conoce con nombres como parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada. Según el Prof. Dr. Pérez Barrero el intento de suicidio se ha definido como “acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño así mismo” (196:217).

Diversos autores han propuesto diversas etapas para comprender la complejidad del acto suicida, Pierre Moron (1992:12) reconoce en la conducta suicida cuatro aspectos distintos:

- El acto específico de quitarse la vida, sancionado por la muerte.
- El intento de suicidio como acto incompleto, que se resuelve como un suceso negativo.
- La veleidad del suicidio como acto apenas esbozado.
- La idea de suicidio como simple representación mental del acto.

Según Águila (2014:3) “la ruta suicida” considera:

- La ideación suicida pasiva (sólo se piensa como idea insertada).
- Contemplación activa del suicidio (se imagina qué pasará después de la muerte).
- Planeación y preparación (se piensa en los métodos viables y cómo adquirirlos para llevar a cabo su intención)
- Intento suicida (aquí hay dos posibilidades: logra finalizar con la vida o no logra finalizar con la vida)
- Suicidio consumado

Por lo anterior, las diferencias en los conceptos pueden ser variados, existiendo una constante construcción del concepto. Para Gutiérrez et al (2006:66-74) hay una diferencia entre “el intento de suicidio como intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica”.

Según datos del INEGI en 2003, la información sobre intentos de suicidios y suicidios, revela un aspecto relevante y significativo al observarse la disparidad de los números, aunque en ambos se nota un gradual ascenso.

Cuadro 1. Intentos de suicidio y suicidio según año, de 1980 a 2002

Años de Registro	Intentos de Suicidio	Suicidios
1980	42	672
1981	52	951
1982	66	1042
1983	62	990
1984	70	1124
1985	108	1036
1986	170	1205
1987	166	1204
1988	202	1327
1989	96	1183
1990	144	1405
1991	108	1826
1992	79	1955
1993	93	2022
1994	153	2215
1995	232	2428
1996	232	2233
1997	340	2459
1998	433	2414
1999	417	2531
2000	429	2736
2001	422	3089
2002	304	3160

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística. Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales.

La tabla anterior demuestra que existe un menor reporte del número de intentos suicidas en comparación con los suicidios consumados, aspecto que crea una diferencia que no coincide con lo que reporta la OMS (2014), al referir que existe un promedio de veinte intentos de suicidio por cada uno que se consuma, esta diferencia hace tener una perspectiva errónea de la naturaleza y características del intento suicida, derivado de la complejidad para el registro de los mismos.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática en el año 2004 se registraron 193 intentos de suicidio en el país, con los cuales ascendió a 3, 224 el volumen de estos casos en los últimos diez años.

Al comparar la cantidad observada en 2004 con la del año inmediato anterior, se observó una diferencia de -13.1 puntos porcentuales, que dio continuidad a la tendencia descendente advertida en el transcurso de los últimos cuatro años; así tomando como referencia el 2001, último de los años más activos de la década, para el 2004 se registró un descenso de 229 casos en términos absolutos. En la última década el año 1998 destacó con 433 casos.

Los intentos de suicidio que ocurrieron en el territorio nacional reflejaron un mayor nivel de concentración en seis entidades federativas, ya que 81.3% de los actos se registraron en: Durango (22.3%), Yucatán (18.1%), Nuevo León (16.6%), Sonora (9.8%), Distrito Federal (9.3%) y Chihuahua (5.2%).

Ocho de cada diez actos fueron llevados a cabo en casa habitación, en 44.0% de los cuales participaron hombres y en 56.0 %, mujeres. Los siguientes sitios en orden de importancia fueron: la vía pública y la cárcel.

Cuadro 2 Intentos de suicidio y su variación porcentual anual, de 1995 a 2004

Año	Total	Variación porcentual
1995	232	N.A.
1996	232	0.0
1997 1998	340 433	46.6 27.4
1999	417	-3.7
2000	429	2.9
2001	422	-1.6
2002	304	-28.0
2003	222	-27.0
2004	193	-13.1

N.A: No aplicable por no considerar el año anterior.

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Sociales.

Según los datos anteriores se puede observar el aumento gradual de los intentos de suicidio, aunque se sabe que estas cifras no son confiables debido a que varios de los intentos no son reportados, sin embargo esta información contribuye a establecer una aproximación al fenómeno.

Según datos del Ensanut en 2006 los intentos de suicidio por edad y sexo son los siguientes:

Cuadro 3. Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años de edad según intento de suicidio, por factores predisponentes.

Variables	Hombres %	Mujeres %	Total %
Edad			
10 a 12 años	0.4	0.4	0.4
13 a 15 años	0.2	1.9	1.0
16 a 19 años	1.2	2.7	1.9
Escolaridad			
Sin escolaridad	1.1	2.2	1.6
Primaria	0.4	0.8	0.6
Secundaria	0.8	2.1	1.4
Preparatoria	0.6	3.0	2.0
Estado Civil			
Vive con su pareja	2.1	3.8	3.1
Casado (a)	1.3	1.3	1.3
Soltero (a)	0.7	2	1.3
Consumo de alcohol			
Sí	1.6	5.2	3
No	0.3	1.1	0.7
Violencia			
Sí	2.5	8.5	4.1
No	0.5	1.6	1.1
Prevalencia	0.6	1.7	1.1
Total *	69.3	191.0	260.3
* Cantidad en miles			

La información mostrada en la tabla anterior considera aspectos sociodemográficos de forma limitada, careciendo del aspecto sociofamiliar, se puede considerar que, en los intentos de suicidio, existen factores psicosociales adversos que propician el intento de suicidio en los individuos, como el tipo de familia, nivel económico, salud, vivienda entre otros factores, por lo tanto, lo multifactorial es una constante de este fenómeno social.

2.3. El Suicidio como un problema de salud pública

Según datos de la OMS el suicidio constituye un problema de salud pública importante en el mundo, traduciéndose en un millón de víctimas al año y se estima que para el año 2020 esta cifra puede ascender a 1,5 millones, es la segunda causa de muerte a nivel mundial en jóvenes entre 15 y 29 años de edad, según Catherine Le Gales-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No transmisibles y Salud Mental, “el suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras”; esto implica que existe un problema social en relación a la salud pública de la población.

En 2013, en la Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó por parte de los 194 Estados Miembros de la OMS el Plan de Acción Global sobre Salud Mental y en el 2014 los Ministros de Salud de las Américas aprobaron el Plan de Acción Regional Sobre Salud Mental como uno de los temas principales a abordar por los países, en México se está avanzando en medidas preventivas del suicidio, mediante la formación profesional del personal médico de primer nivel de atención en las guías de las OMS conocidas como mhGAP.

De acuerdo con datos estandarizados de mortalidad por causas de la OMS (2009) en el año 2004, los países que muestran tasas de suicidios más altas son algunos de Europa Oriental (como Rusia, Ucrania, Bielorrusia, Lituania, Polonia) y Occidental (Finlandia, Bélgica, Francia, Austria, Suiza) y algunos países asiáticos (India, Japón, República de Corea). En el caso de China se reporta una tasa de 16.9 suicidios por 100 mil habitantes, también se señala que la calidad de su información no es considerada demasiado confiable (al menos hasta el año 2004). En el caso de la mayoría de los países europeos, estos se encuentran dentro de un rango de 7 a 15 suicidios por cada 100 mil habitantes. Los países asiáticos por su parte, muestran una mucha mayor dispersión. Los países africanos (tanto los de África del Norte como los

subsaharianos) muestran tasas relativamente bajas de entre cinco y 10 suicidios por 100 mil habitantes (con la excepción de Sudáfrica que alcanza 15.7 por 100 mil).

Por lo anterior, se puede considerar que en Europa con relación a los suicidios existe un rango mayor en comparación con América Latina, los países con las tasas más altas son Nicaragua, Cuba y Chile (con tasas de entre 10 suicidios por 100 mil). En términos generales, comparativamente los países latinoamericanos no muestran tasas demasiado elevadas (y casi todos se encuentran dentro de un rango entre 9.2 de Argentina y cuatro por 100 mil de Guatemala).

En México, según Borges (2010), de 1970 a 2007 el suicidio ha crecido 275%, incrementándose en el grupo de 15 a 29 años; por su parte Hernández et al (2011), refiere que en relación a “las cifras de las tasas de suicidios en México con las de otros países, el nuestro está en lo que se podría considerar, comparativamente hablando, un estrato bajo”

Según Hernández et al(2011) “algunas de las causas detectadas en México desde los años 1950 al 2008 se debe a los grandes cambios que se han vivido en las últimas décadas, considerándose detonadores del aumento del número de suicidios” como:

- Transformación del país de mayoritariamente rural a mayoritariamente urbano.
- Aumento de la esperanza de vida y, por tanto, incremento en el número de ancianos.
- Disminución de la fecundidad y del tamaño de las familias sobre todo a nivel urbano.
- Envejecimiento demográfico y aumento de la gente que vive sola sobre todo a nivel urbano.
- Aumento de la migración.

- Aumento del divorcio.
- Aumento de la edad a la primera unión.
- Aumento de la participación económica y política y del nivel de escolaridad de la población en general y de las mujeres en particular.
- Al mismo tiempo, acceso restringido a la educación (que además no es de calidad) y a la participación económica por parte de la población.
- Disminución del ingreso real y aumento de la desigualdad.
- Constantes crisis económicas y bajas tasas de crecimiento per cápita.
- Disminución de algunos tipos de muertes violentas (accidentes y homicidios, estos últimos hasta 2006) lo que no necesariamente significa que haya habido una disminución de la violencia y la criminalidad a las que está expuesta la población.

Por lo tanto, este tipo de aspectos generan en la población mexicana un problema de salud pública, debido a que esta amplia dimensión, abarca aspectos en relación a sus necesidades de salud, educación, vivienda, trabajo, oportunidades en general y ante las limitaciones del medio, los actos de suicidio son un fenómeno que denota carencias de la estructura social hacia la población.

3 LA FAMILIA Y EL ADOLESCENTE

3.1 La Familia

La familia es reconocida como la base de la sociedad, esta institución se ha formado desde que apareció la humanidad, según la cual tiene funciones sociales propias, pues a través de ella se transmiten valores y costumbres a los hijos. Según la CONAPO (1999) “una función vital es la socialización en la que la familia se encarga de que los niños y niñas se desarrollen como miembros de una nación y de un grupo social, con un sentido de pertenencia”. Lo cual propicia una identidad para la etapa adulta; así mismo en la familia existen entrañables vínculos, uno de ellos es el existente entre los padres e hijo o hija, estableciendo ondas relaciones naturales entre sus integrantes; según Mauro Torres (1999) “la familia es el marco de formación, orientación y transmisión de valores, costumbres y conocimientos, raíces e identidad de la cultura y la civilización en donde los hijos crecen.” Por lo tanto, la familia es un entramado en donde convergen factores endógenos y exógenos, estos elementos se suscitan en tiempo y espacio, en contextos determinados que generan particularidades, siendo así que la familia constituye una realidad compleja y multidimensional que posee diversos aspectos determinantes como son la cultura, religión, economía y política, entre otras, con base a esto existen varias formas de considerar de la familia, se puede observar desde su integración, los roles, la posición de los integrantes, jerarquías, las funciones de cada miembro, se pueden abordar desde lo rural o urbano existiendo notables diferencias, pero con elementos que han perdurado a través de los años, ya que la familia se amolda constantemente a estos factores externos e internos.

“La familia es tan antigua como la cultura humana, las formas concretas de entender la relación entre los sexos, la estabilidad de los miembros o la educación de los hijos han sido variadas. Sin embargo cada sociedad tiende a definir su modelo de familia” Pereda (1995:7). La familia vive y respira,

tiene movimiento al estar en constante evolución interna y externamente ante los cambios de la sociedad, y que gran parte de esos cambios que realiza son también determinados por la economía. Si bien existen factores que la regulan como la ley y la religión, la familia ha presentado cambios notables en los últimos años, ya sea desde nuevos modelos de conformación, hasta una variación en las constantes habituales como son “el incremento notable de la cifra de divorcios, el número de hijos fuera del matrimonio, el aumento de las uniones libres y los matrimonios civiles, en detrimento de los casamientos por la iglesia” Ibid (1995:13). Es importante considerar que estos cambios tienen repercusiones no solo en lo simbólico o en su significado, sino en pautas de acción para las generaciones venideras, estas tendencias no son homogéneas, sin embargo una de sus funciones centrales sigue siendo la socialización de los hijos desde el hogar, el cual provee al individuo un espacio de ensayo y error (la socialización primaria), en este rubro de la clasificación de los hogares se pueden encontrar según Tuiran “hogares nucleares, extensos, compuestos, uniparentales y corresidentes, existiendo un mayor porcentaje de hogares de estructura simple” .

“A partir de la década de los sesenta, con las aportaciones de la Teoría General de Sistemas de Ludwig von Bertalanffy, la familia ha sido entendida como una unidad sistémica, inserta y relacionada con otros sistemas humanos de mayor y menor jerarquía o complejidad, que realiza funciones específicas necesarias para la satisfacción de las necesidades de los miembros que la integran, así como de ella misma como unidad vital de desarrollo” (Macías; 1994, 166). En este sentido las necesidades de los integrantes de la familia se vuelven una constante, tanto endógena como exógena.

La Antología de la sexualidad humana de la CONAPO (1994) nos dice que el ser humano no ha completado totalmente su desarrollo biológico a la hora del nacimiento, por ende menos aún desde el punto de vista psicosocial

siendo así que como una extensión del útero, la familia constituye la matriz psicosocial que el niño necesita para continuar con su proceso de desarrollo. Es precisamente dentro de esta donde se establecen los vínculos afectivos primarios que posteriormente serán utilizados como un modelo al momento de relacionarnos con el exterior, siendo así que la familia es vital antes y después del nacimiento de un ser humano, por tanto se puede considerar que posterior al desarrollo biológico, la familia sigue albergando en su matriz social al individuo, condición que requerirá de todos los recursos del grupo familiar, pero que sin duda existirán fenómenos sociales y naturales que pueden permear o vulnerar su estabilidad, aun con sus deficiencias que esta pueda tener.

Estos elementos básicos para la subsistencia de las familias no son las únicas a considerar, ya que en la familia internamente también se presentan necesidades como las afectivas y emocionales entre sus integrantes, el libro "El ciclo vital de la familia" de Lauro Estrada ayuda para la comprensión o entendimiento de las etapas de la familia, sin embargo, Rodolfo Tuiran (2001) afirma que las familias no tienen un principio y un fin ideal, como sugiere el modelo del ciclo de vida familiar. La historia de la familia es el resultado de los cursos de vida entrelazados de sus miembros: en sus vidas, los individuos se agrupan y reagrupan, por lo tanto se puede considerar que la familia independientemente de la etapa y contexto en la que se encuentre, siempre presentará necesidades internas y externas y que algunas se satisfacen por medio del contexto histórico-social y otras por el propio núcleo familiar.

La familia es un entramado de relaciones como ya se había mencionado anteriormente, esta particularidad tiende a conjuntar varios elementos que pueden ser notorios a primera vista, pero lo que se vive y se relaciona internamente en el núcleo familiar induce a tomar posiciones teóricas para la comprensión de la dinámica de la familia, entre algunas de ellas se considera la teoría de sistemas, de la complejidad, del caos o desde lo

ecológico, lo antes mencionado según Giberti (2005) “las teorías de la complejidad sostienen que el conocimiento de las palabras no puede explicar por sí solo un fenómeno o proceso, y concibe a cada una de ellas como integrante de redes en red...incluye el principio cuántico (todo interactúa con todo) que integra los fenómenos en una realidad única” . Por lo tanto la familia en lo intrínseco tiene su función en la sociedad y hacia sus integrantes, coadyuva con el medio social que también presenta entramados complejos y que en combinación pueden alterar la funcionalidad de sus integrantes en su cotidianidad y determinaría las dolencias de determinado núcleo familiar o la patología social que padecerá a corto o largo plazo.

3.2 La adolescencia como etapa de vida

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad, situada entre la infancia y la edad adulta; desde su nacimiento el individuo deberá pasar por una serie de etapas en su desarrollo físico y psicológico, esta serie de procesos los vivirá por lo general en el seno de la familia, las etapas consideradas son la niñez, adolescencia, madurez y tercera edad; el desarrollo de cada una de ellas infiere cambios psicológicos y físicos, que acontecen a lo largo de toda la vida del ser humano.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud —entre los 10 y los 24 años—. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años.

La adolescencia es una etapa relevante en el individuo, la cual significa el cambio o transformación de la niñez a la pubertad, conviene precisar que la palabra adolescencia proviene del latín “adoleceré”, que significa “crecer”.

Es así como “antes de que haya concluido el periodo de la dependencia y sumisión, van brotando las primeras manifestaciones del segundo gran periodo de las relaciones del hijo con los padres y la sociedad” (Torres, 1999). Esto significa que la inercia del crecimiento conlleva al cambio y el movimiento en la familia, esto se gesta con cada periodo del desarrollo del individuo, si bien se puede considerar que el adolescente comienza a manifestar una pugna por un reacomodo en el núcleo familiar, según José Gómez Herrera (2003) en Dinámica de la familia “hay un conflicto entre los valores del adolescente y los padres y maestros. Básicamente los jóvenes viven dos tipos de conflicto: el primero implica lo que el adolescente tiene y lo que quiere tener, y el segundo es entre lo que son y lo que quieren ser” Siendo así que la familia deja de ser el núcleo principal de influencia, pasando a tener el grupo de iguales tanta importancia o más, sobre todo en decisiones referidas más a lo superficial (aficiones, vestido, gustos...), la búsqueda de la identidad personal ya se preparó y formó en la infancia, y ahora es cuando se cristaliza, en el sentido de que alcance ese punto que permite vivir en sociedad y relacionarse con los demás como persona.

Las circunstancias culturales, históricas, y sociales en las que su existencia transcurre determinarán las necesidades del adolescente, sin embargo principalmente son los padres quienes son testigos de los cambios que se manifiestan en el menor, “los padres reciben todo el impacto de este desbordamiento individual. Y, como antes no lo habían registrado ni conocido, se sorprenden, y como estaban acostumbrados a la relativa docilidad del niño, lo resienten” (Torres; 1999). El cambio se produce y con ello aparecen una modificación implícita en la relación o dinámica familiar entre sus integrantes, de forma bidireccional la relación cambia, mas no el orden de la familia, las nuevas demandas del menor desde su mirar con mayor independencia requieren del apoyo y guía familiar, “las numerosas crisis adolescentes requieren tolerancia y tratamiento; así mismo, este nuevo desarrollo provoca tensiones en la sociedad, pues a los adultos que no se les permitió pasar por este periodo les resulta penoso el verse

rodeados por jóvenes y muchachas que atraviesan por un estado de resplandeciente adolescencia” Winnicott(1995). Este estado resplandeciente de vida y evolución, tanto física como psicológica en el adolescente, se considera por las familias a primera vista como un estado preocupante para ambos padres, sin embargo en un sentido preocupante, sería que el individuo no pasara por la etapa de la adolescencia como parte de su crecimiento o preparación para la adultez.

La etapa de la adolescencia permite al menor acceder a una realidad con mayor independencia en donde adquiere nuevas responsabilidades, pero a su vez tendrá que hacer frente a riesgos que conlleva este crecimiento, cabe resaltar que el menor ya posee una socialización primaria dada por la familia de origen, “el papel de padre o madre funcional implica el involucramiento constante de cada progenitor en las actividades cotidianas de sus hijos” (Humphreys, 1999).

Es así que el adolescente que posee estos antecedentes aunado al desarrollo de su pensamiento abstracto comienza con la capacidad implícita de discriminar sus afectos y a las personas que va a querer aun con las carencias familiares que pueda tener.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren cada año.

De acuerdo con estimaciones de la CONAPO, la población mexicana entre los 15 y 24 años alcanzó su proporción máxima en los años ochenta y principio de los noventa, en términos absolutos la población joven alcanzó su máximo histórico en 2011, con 20.2 millones, y se espera que reduzca su tamaño a 16.4 millones en 2030. En ese mismo año, se estima que los adolescentes será, 8.3 millones. Mientras, los adultos jóvenes tendrán una

baja absoluta a partir del año 2013, al llegar a 9.7 millones, para alcanzar los 8.1 millones hacia la tercera década del siglo.

3.3 Problemas en la adolescencia

Los factores de riesgo en la adolescencia se incrementan ante una mayor exposición al medio social que incide en el menor al conocer más allá de las barreras que la familia y su niñez le restringían, ahora aparecen en el plano del menor riesgos sobre relaciones sexuales tempranas, embarazos no deseados, consumo de alcohol, iniciación en las drogas, trastornos alimenticios, problemas de la conducta, problemas escolares o bajo rendimiento escolar, identificación con grupos urbanos (pandillas), problemas por trastornos emocionales o depresión, y actualmente conflicto por el abuso del uso de tecnologías relacionadas principalmente con los celulares e internet.

Las crisis de los adolescentes parten de sus cambios propios, un error sería considerar que solo el cuerpo del adolescente experimenta cambios, lo que ocurre es una transformación general en todos los campos, según FernandNathan el niño comienza a expresar ciertas reivindicaciones como son el derecho a dinero particular, derecho a un sueño menos reglamentado, derecho a trabajar sin una vigilancia sistemática, libertad de elección de sus lecturas, de sus ocios, de los lugares y gentes que frecuenta; en resumen, derecho a convertirse en algo diferente a la idea que sus padres poseían de su hijo, por lo tanto el adolescente en este derecho que se adquiere por su crecimiento, por su etapa de la adolescencia, se manifiesta en una familia determinada que puede contar con características óptimas o deficientes para contención en su proceso de desarrollo, un factor determinante para que el menor logre una mayor adaptación al cambio.

A nivel mundial, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México lidera el problema de embarazos en

adolescentes de 12 a 19 años de edad. Al día se registran 1252 partos, cuyas madres se encuentran en este rango de edad, esta cifra representa que, uno de cada cinco alumbramientos está implicada una joven, pues se estima que el total nacional es de 6,260.

Estos embarazos obligan a los jóvenes a abandonar sus estudios. Según los reportes oficiales, el 80% de los adolescentes deserta de la escuela. Según datos de la Unicef, en nuestro país 55.2% de los adolescentes son pobres, uno de cada cinco tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no le alcanza siquiera para la alimentación mínima requerida.

Si bien la etapa de la adolescencia implica cambios en el desarrollo de lo físico y psicológico, también se debe considerar elementos sociodemográficos y económicos, que permitan comprender el contexto del adolescente en el medio que se desarrolla, por qué parte de sus problemáticas a enfrentar estarán determinadas en cierta medida por el entorno que lo rodea.

En relación a los problemas asociados a las adicciones, el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y drogas se encuentran en la actualidad entre las primeras causas de mortalidad y morbilidad en nuestro país, esta problemática social afecta a los adolescentes por ser una población vulnerable, según la encuesta nacional de adicciones de México 2014, el grupo de 12 a 17 años, el 32% de los hombres y el 23% de las mujeres ya refieren consumir bebidas alcohólicas; en relación al consumo de algún tipo de droga al menos en una ocasión siendo el grupo de los hombres de 12 a 34 años de edad el más afectado por el uso de drogas (8.5%). La droga de mayor consumo para el sexo masculino fue la marihuana y para el femenino los estimulantes.

Según datos del ENA 2011 las prevalencias del consumo de drogas en población de 12 a 17 años, se hace un comparativo del año 2008 al 2011, se

observa que el consumo de marihuana es el más prevalente (1.3%), le sigue la cocaína (0.4%) y los inhalables (0.3%).

Las anteriores problemáticas conllevan a un efecto dominó a corto mediano plazo y que a futuro se pueden agudizar al tener dificultades importantes para incorporarse a la población activa y productiva, los campos a los que se pretende ingresar varían desde al ámbito laboral, profesional, familiar, vivienda, salud, recreación, educación etc. Serán elementos que la sociedad quedará a deber de forma histórica ante generaciones de adolescentes que se diluyeron en un espacio social que no proporcionó alternativas para su desarrollo, con llevándolos a una serie de carencias básicas para la subsistencia cotidiana.

3.4 Estudios previos de intento suicida en adolescentes

En el caso de Latinoamérica se han realizado diversas investigaciones sobre la conducta suicida;(Gómez et al, 1991) realizaron una investigación bibliográfica del suicidio a fin de identificar los factores asociados a esta conducta. Sus resultados apuntan a que, en el intento de suicidio influyen por lo menos dos grupos de factores: los que dependen del sujeto y los atribuibles a su ambiente psicosocial. Asimismo, identificaron que la impulsividad, la agresividad, y la tendencia a la actuación con el grado de desesperanza son rasgos de la personalidad característicos de las personas con conducta suicida. Cabe señalar que los autores refieren que existe una dificultad para analizar la bibliografía referente a este tema, pues los instrumentos designados para evaluar la personalidad carecen de validez universal.

Valdivia, Schaub y Díaz (1998), describieron las características demográficas y de salud mental en niños que intentaron suicidarse y las circunstancias del intento, además de una retrospectiva de antecedentes clínicos de treinta casos. En esta investigación se identificó que el diagnóstico más frecuente en menores de edad con intento de suicidio fue el trastorno por depresión. Los métodos más utilizados

para cometer el intento fue la ingesta de fármacos (76.6%) e ingesta de tóxicos y productos de limpieza (20.0%). Los lugares para realizar el acto fue en el hogar (18.6%), otros con menor representatividad fueron los realizados en el colegio y el resto en sitios no precisados. Los autores refieren que en 63.3% de la población estudiada se trataba del primer intento y en 33.3% existían intentos previos. La mayoría de los intentos fueron referidos por los afectados como actos impulsivos. El 56.6% afirmaron no haberlo planificado, mientras que 30% admitieron algunas horas de planificación, y sólo un caso describió una preparación de varios días. Con relación al tratamiento, 23.3% de los menores refirió continuar en control; 26.6% nunca se controlaron; 33.3% abandonaron el tratamiento y un menor falleció por accidente.

En cuanto a los riesgos asociados a la población suicida (consumados y no consumados) Tuesca y Navarro (2012) realizaron un estudio con el objetivo de identificar riesgos durante el año 1999-2000. En sus resultados encontraron que las prácticas habituales del intento del suicidio (instrumentos o formas de intento) en el género masculino se caracterizan por el uso de armas de fuego y el ahorcamiento; en tanto que la mujer emplea métodos más pasivos y menos violentos, como la ingesta de medicamentos. Los autores infieren que este hecho supone en la mujer una expresión o forma de distrés, y como medio para pedir ayuda. La investigación concluye que, si bien es cierto que el intento de suicidio en la mujer es menos agresivo, este grupo es mayor comparado con los varones. Lograron documentar que las enfermedades somáticas, la ansiedad, la depresión, las enfermedades crónicas y la hospitalización son factores de riesgo para el suicidio.

Ahondando en la revisión de los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en niños y adolescentes, Larraguibel, González y Valenzuela(2000) contribuyeron a delimitar grupos de riesgo con fines preventivos y terapéuticos. En su estudio encontraron que el riesgo de suicidio aumenta con la edad y que la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan alguna psicopatología. Entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados a la conducta suicida

encontraron que el trastorno del ánimo, en particular el relacionado con la ansiedad, agregada a un cuadro clínico de ideación suicida, cumple un rol amplificador en el desarrollo o mantención de la idea suicida. Otro aspecto a destacar es la falta de comunicación y calidez con los padres, aunado a discordia familiar, mismos que aparecen como los factores más frecuentes asociados a la conducta suicida. De igual manera documentaron que la depresión, el abuso de sustancias y las conductas antisociales, se encontraron asociados al intento de suicidio.

Abonando a la comprensión de los factores relacionados con el entorno familiar, Valdivia, Ebner, Fierro (2001) constataron que en 50% de los casos de su población de estudio en Chile, existe el antecedente de violencia intrafamiliar; que las mujeres de 10 años de edad presentan el mayor número de intentos de suicidio. El método más frecuente fue la sobredosis de medicamentos, en especial los psicofármacos; en la mayoría de los casos se reveló una alta incidencia de psicopatología en los menores. El estudio también indagó la adherencia al tratamiento y, se encontró que existe una alta tasa de pérdida de pacientes para su manejo al alta hospitalaria, más de un tercio de los derivados nunca asistieron a tratamiento y de los que asistieron, la mitad lo abandonó antes del alta.

Por su parte, Cabrejos, Kruger y Samalvides (2005) desarrollaron un estudio con el objetivo de describir las características biopsicosociales y los diagnósticos psiquiátricos en pacientes menores de 18 años que ingresaron a un servicio de salud con diagnóstico de intento de suicidio. Encontraron que 83.3% era de sexo femenino y la media de edad fue de 15.5 años. El 79% de los sujetos de estudio presentaba problemas académicos. El 62.5% de los intentos ocurrió en los fines de semana y 50% de ellos sucedió en la mañana. Identificaron que los daños que se consideraron como reales o como amenazas desencadenaron 70.8% de los casos, siendo 87.5% intoxicaciones, depresión mayor (91.7%) y distimia (79.2%) fueron los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes. Respecto a las personas del sexo masculino que llevan a cabo intentos de suicidio, identificaron que la mayor parte son estudiantes (68%); en 75% de los casos existe maltrato psicológico y en

58%, maltrato físico; además encontraron que 57% de los pacientes cometieron intentos previos.

Campo, Roa y Pérez (2003) hallaron la presencia de enfermedad mental asociada al intento suicida; además, los adolescentes que conformaban su muestra de estudio presentaban perturbación en el ámbito sexual, represión emocional, negación de la situación penosa, y aislamiento. Resalta en esta investigación la presencia de comportamiento violento así como un ambiente hostil y disfunción familiar severa en todos los casos.

Rodríguez, Pedraza y Buranate (2004) en su muestra de estudio encontraron que el mayor porcentaje de intento de suicidio fue por ingesta de medicamentos, particularmente psicofármacos. Con relación al área de conflicto, la mayor relevancia fueron las familiares y de pareja. En un alto porcentaje de casos encontraron trastornos de adaptación con síntomas afectivos y trastornos de la personalidad, existiendo en pacientes consumo abusivo y dependencia al alcohol.

Por otra parte, la investigación de García et al en 2007 señala que antecedentes familiares de suicidio y la presencia de trastorno psiquiátricos son factores de riesgo para el suicidio, cabe destacar que la mayoría de su muestra intentó suicidarse por intoxicación y medicamentos.

A diferencia del estudio anterior, Pérez, Rodríguez, Dussán y Ayala (2007) en su investigación encontraron que las mujeres (81.4%) realizaron la mayoría de los intentos suicidas; la edad promedio fue de 15.3 años y 70.9% tenía máximo 16 años. La intoxicación fue el método suicida más usado (96.9%). Otro factor que identificaron fue que el 87.9% presentaba estresantes familiares o escolares; 83.5% tenía problemas con los padres; y 72.3% de los padres tenían relación conflictiva. El 27.2% presentó intento de suicidio previo y un 46.5% eran primogénitos. En el ámbito escolar detectaron que un 37.6% presentó problemas escolares (deserción escolar o conflictos con los maestros). En este estudio, los trastornos adaptativos, la disfunción familiar y los trastornos del afecto fueron los principales diagnósticos psiquiátricos relacionados. El sexo masculino se asoció

con agresividad, consumo de sustancias, fracasos escolares o sentimentales y, el femenino, con ansiedad predominante y maltrato. Por último, resaltaron una frecuencia alta de conflictos familiares o escolares y la asociación del sexo con perfiles específicos socioculturales, conductuales y emocionales.

Pérez y Reytor (1995) estudiaron la participación del médico en la familia para la prevención de la conducta suicida. Asumen que se debe discutir la participación de este personal de salud para el mejor cumplimiento de programas encaminados a la prevención de la conducta suicida. La investigación también señala la relevancia de valorar adecuadamente a un paciente con riesgo suicida.

En nuestro país, existe una amplia tradición de estudio de este problema de salud pública; en los últimos 20 años han realizado diversas investigaciones tanto del suicidio como del intento suicida.

De la Fuente. R. (2002) dice que el intento suicida representa un importante problema de salud pública que debe atender a la población adolescente escolar, no solo por su prevalencia, sino también por su tendencia al aumento de un 8.3% en 1997 a un 9.5% en el año 2000. El estudio refirió que las delegaciones Benito Juárez y Cuauhtémoc son las que registraron mayor prevalencia de intento suicida. Las mujeres presentaron con mayor frecuencia esta problemática, en una relación tres a uno. En bachillerato público las prevalencias fueron mayores; sin embargo, hay una prevalencia significativa del intento suicida entre los estudiantes de escuelas privadas; la recurrencia del intento suicida es reportada en una de cada cuatro mujeres. Los métodos utilizados para ambos sexos fueron con objetos punzocortantes. Con relación a la letalidad, la tercera parte de los estudiantes reportó haber deseado morir y casi la mitad indicó que no le importaba vivir.

Por su parte, Medina et al (1992) realizaron un estudio a nivel nacional sobre trastornos mentales (depresión, ideación suicida, intento de suicidio) y la utilización de servicios de salud formales e informales. Como resultados de esta investigación, reportaron que entre 10% y 14% de la población total presentó ideación suicida, sin embargo solo 1.9% indicó haber estado a punto de quitarse la

vida y 1.6% intentó suicidarse. Los intentos de suicidio ocurrieron significativamente en mayor número entre los jóvenes, en tanto que la depresión fue más frecuente en la población de más edad.

Posteriormente, el estudio de González, Guilherme, Gómez, Jiménez (2013), describe el panorama epidemiológico del acto suicida en los ámbitos nacional e internacional encontrando que los trastornos psiquiátricos, así como el consumo de alcohol y drogas son factores de riesgo para la conducta suicida.

A diferencia de la investigación anterior, González, Mariño, Mondragón y Medina (2000), asociaron el intento de suicidio con el uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. Los resultados señalan que tanto hombres como mujeres con intento de suicidio presentan pasividad y aislamiento en el medio social en el que viven. Al parecer, las mujeres que intentan suicidarse cambian más su estilo de vida dentro de su contexto familiar, específicamente en el hecho de no salir con los familiares a pasear. Además, se subraya la importancia de las relaciones familiares para estos jóvenes, pues se identificó que los adolescentes que intentaron suicidarse consumen sus alimentos solos y un alto porcentaje indicó como principal razón para intentar quitarse la vida, pertenecer a un ambiente familiar hostil. La exposición del adolescente a un ambiente familiar emocionalmente pobre constituye un aspecto significativo en nuestra cultura mexicana, que incide directamente en la salud mental del adolescente, haciéndolo más vulnerable.

González, Ramos y Vignau (2001), en su estudio refieren que, de su población estudiada 39.4% de las niñas fueron víctimas del abuso sexual a más temprana edad que los varones; respecto a la frecuencia con la que intentaron suicidarse, se identificó que la proporción fue de tres mujeres por cada varón. El 90% de los varones y 80% de las mujeres reportaron haber hecho un único intento de suicidarse, para los varones fue a los 11 años y en mujeres a los 12 años de edad; aquellos que fueron víctimas de abuso sexual reportaron haberse intentado suicidar dos años después de haber sufrido el último abuso sexual; el malestar depresivo y la ideación suicida fueron significativamente más frecuentes en las

mujeres que habían sido víctimas de abuso sexual y tanto en varones como en mujeres que ya habían intentado suicidarse. El malestar depresivo y la ideación suicida fue considerablemente alto en ambos sexos, 8.1% en hombres y 11.9% en mujeres.

Otra investigación en nuestro país fue realizada por Forteza et al (2003) en donde se muestra la presencia de conductas suicidas en estudiantes de secundaria en una proporción aproximada de tres mujeres por cada varón, 16.6% y 6.6% respectivamente. El promedio de edad del único/último intento de suicidio en los estudiantes de secundaria fue de 11 años para los hombres y de 12 para las mujeres. Aunado a esto, se evidenció la presencia de depresión e ideación suicida en los estudiantes y se señala que la interacción de estos factores potencializa el riesgo.

Por otra parte, Miranda et al (2009) analizaron los factores psicológicos en niños y niñas de 10 a 13 años con el fin de identificar aquellos asociados a la ideación suicida. Encontraron que 29.2% de los niños y niñas manifestó ideas suicidas. El grupo de niños con ideación suicida presentó mayores estados depresivos en comparación con el grupo sin ideación. El porcentaje más alto fue localizado en la depresión moderada, los niños que presentaban depresión grave tenían un riesgo de 8.8% mayor de tener ideación suicida. Con relación a su autoestima, el grupo con ideación presentó más casos de autoestima baja en comparación al grupo sin ideación (52.9% y 23.1%, respectivamente). Los niños que presentan autoestima baja presentan 3.7 veces mayor riesgo de presentar ideación suicida con relación a la ansiedad, 37.7% de niños con ideación presentaron un nivel de ansiedad alto en contraste con 18.4% de niños sin ideación. Manifestar ansiedad indica un riesgo 2.6 veces mayor para presentar ideas suicidas. Como podemos observar, la depresión aparece como un factor de riesgo asociado con las ideas suicidas. Aunque este estudio encontró casos de niños sin depresión pero con ideación suicida; la autoestima baja tiene más probabilidades de ser un factor de riesgo para la ideación suicida que la ansiedad. Así mismo, se observa que el abordaje

del tema se dificulta debido a las limitaciones de los padres para hablar del mismo, aunado a los cuidados que se debe tener con menores de estas características.

Un estudio realizado por Chávez, Pérez, y Macías (2004), confirma la alta prevalencia de ideación suicida entre estudiantes con predominancia del sexo femenino en las cifras de ideación y tentativas suicidas. Los hombres, a su vez, utilizaron métodos cuya eficacia para consumar el suicidio es más elevada; uno de cada tres estudiantes presentó algún indicador de ideación suicida; del mismo modo un adolescente de cada trece lo ha intentado por lo menos una vez en su vida. Un alto porcentaje de los encuestados en este estudio refirió tener problemas personales o simplemente muchos problemas. No todos los estudiantes que realizaron el intento suicida tenían como objetivo morir, según los factores precipitantes que hicieron los propios estudiantes fueron por ser víctimas de abuso, acoso o violación, aborto y la pérdida de personas significativas.

La investigación de Holguin et al (2013) indica que los intentos de suicidio ocurren mayormente en familias en las que existe un ambiente familiar negativo, rechazo de los padres, conflictos familiares, deficiente apoyo de la familia en el desarrollo de los jóvenes. Las tres cuartas partes de los adolescentes que se infligieron lesiones no acudieron al hospital ni a un tratamiento médico y psicológico, la mitad de ellos no comentó el suceso y quien lo hizo recurrió a los amigos. Aunado a lo anterior, podemos tomar en cuenta el estudio de Contreras y Orozco (2006), quienes refirieron que el suicidio es un problema contemporáneo y creciente, lo que implica la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de factores de riesgo tomando en cuenta que las bases del intento de suicidio son multifactoriales y complejas.

Sauceda et al (2006) hallaron en su muestra de jóvenes con intento suicida, mayor frecuencia en depresión que de impulsividad, el 75% tenía depresión y 42%, diagnóstico con impulsividad. La impulsividad se encontró significativamente más elevada en hombres que en mujeres. Los pacientes deprimidos mostraron mayor psicopatología y más problemas familiares.

Datos más recientes de esta problemática los encontramos en la investigación de Borges y Orozco (2010), quienes señalan que el suicidio consumado creció 275% entre 1970 y 2007. Actualmente, el suicidio se incrementó en el grupo de 15 a 29 años de edad; la prevalencia de la ideación suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7%; y de estos el 3.8% reportaron intento de suicidio.

Borges, Gutiérrez y Mondragón (2001) consideran que la ideación suicida y el intento suicida presentan importantes variaciones en la población mexicana; subrayan la importancia de unificar criterios entre los investigadores para tener mejores registros debido a que el INEGI, la Secretaría de Salud y Ministerios Públicos reportan diferentes datos, existiendo multiplicidad de los mismos, en otros países que cuentan con mejores se reportan más intentos de suicidio que suicidios, pero en México pasa a la inversa. Por otro lado, las investigaciones en adolescentes se han centrado en muestras estudiantiles, pero falta considerar a los adolescentes que no asisten a la escuela; por lo tanto, se carece de indicadores sobre la severidad del intento. Aunado a esto, no se ha explorado el uso de los servicios de salud por la población con intento suicida.

Perales y Loredó (2015) estudiaron la relación entre problemas familiares y suicidalidad en pacientes adolescentes con trastorno depresivo mayor (TDM). Se analizaron 37 pacientes con un rango de edad entre 10 y 18 años de edad, de los cuales 21 (56.7%) tenían alto riesgo de suicidalidad. Éstos eran de mayor edad y tenían un mayor índice de gravedad en la depresión. No se encontró una asociación entre los valores obtenidos en el IPF (Instrumento de Problemas Familiares) y la suicidalidad, a excepción del reactivo “desacuerdo entre el padre y la madre” con respecto a los permisos. La asociación encontrada entre una suicidalidad alta y el reactivo IPF pudiera relacionarse con el uso de la gravedad en la depresión como un cofactor. Los problemas familiares no parecen ser un factor independiente que explique la diferencia entre los grupos estudiados.

Además también, se deben considerar las adicciones. Según Borges et al (2000) “el abuso de drogas adictivas, conlleva a un alto riesgo de ideación suicida”, así

mismo Koller et al (2002) refiere que “aproximadamente un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol” y según Borges et al (2004) “un tercio de quienes habían intentado el suicidio consumieron alcohol dentro de las primeras 6 horas previas al intento”. Lorraine Sherr refiere “el amplio rango de comportamiento suicida proporciona “un algo” que abarca muchas enfermedades, trastornos y problemas de la vida. Estos elementos tienen implicaciones altamente significativas” (1989:244). Dentro de ese “algo” se pueden contemplar un aspecto a valorar que puede llevar a una comprensión del suicidio.

La Organización Mundial de la Salud señala que, si bien el suicidio no es necesariamente la manifestación de una enfermedad, los trastornos mentales; sí son un factor muy importante asociado con el suicidio; los estudios realizados para países tanto en vía de desarrollo como desarrollados revelan una prevalencia total de 80 a 100 por ciento de trastornos mentales en casos de suicidio consumado. Además, estima que el riesgo de suicidio en personas con trastornos como la depresión es de 6 a 15 por ciento; el alcoholismo, 7 a 15 por ciento; y la esquizofrenia, 4 a 10 por ciento. Pero también se señala que una proporción importante de las personas que cometen suicidio muere sin haber consultado a un profesional en salud mental.

Varios estudios han reconocido la presencia de trastornos mentales en personas que han intentado suicidarse. Aunado a esto, existen otros aspectos a considerar como señala Mejía et al (2011:15) “resulta fundamental en la práctica clínica evaluar el potencial suicida que pueda tener un paciente, tomando en consideración los factores de riesgo, que incluyan datos demográficos, trastornos psiquiátricos y patología médica; destacándose el ser hombre de mayor edad y con aislamiento social importante, además del antecedente de intento suicida previo y la depresión”.

Los factores sociodemográficos son relevantes, sin embargo Gutiérrez (2006:76) refiere que los factores de riesgo se pueden dividir en fijos y modificables.

Evidentemente un buen tratamiento psiquiátrico difícilmente modificará los riesgos fijos, tales como el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual, entre otros. En cambio, los factores de riesgo modificables son, principalmente, la ansiedad y la depresión, sin restar importancia a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas. Es de destacar que la discapacidad asociada a los trastornos psiquiátricos suele conducir a la pérdida del empleo y pobreza, a la ruptura de las relaciones personales y al aislamiento social, formando así un círculo vicioso, al considerar una delimitación de los factores de riesgo.

Alejandro Águila, en su libro *Suicidio: la Última Decisión* realiza un recorrido por aspectos generales del suicidio, así como de la patología del suicida, a esto agrega la asociación entre la toma de decisión y la influencia emocional del individuo, situación que origina una seria reflexión sobre la racionalidad a la hora de la toma de decisión, considerando precondiciones para la realización de las decisiones, cursando por la certidumbre, el riesgo y la probabilidad. “La toma de decisión es esencial para la supervivencia y tiene una meta clara y un objetivo claro. Es un interjuego entre el conocimiento del contexto, la emoción, la evaluación de las respuestas potenciales y una recompensa” (2012:94) en un sentido opuesto el suicida cuenta con escasas alternativas para sus decisiones, las cuales están influenciadas por estado emocional, y su etapa generacional.

Otros fenómenos sociales que incluye el autor es el bullying vinculado al suicidio, el cyberbullying, el sexting (fotografías y videos) y el bullying vinculado a la homofobia; lo antes descrito son medios de violencia a través del uso inadecuado de las redes sociales que pueden originar el suicidio a la persona afectada.

De la Garza en su libro *Suicidio: Medidas preventivas para el suicidio*, considera medidas preventivas en el niño y adolescente. Para ello hace notar la importancia de la participación de la familia en el tratamiento, “El núcleo familiar es básico en el tratamiento de los niños. No hacerlos participar es un grave deficiencia

terapéutica” (2008:119), “La inclusión de los padres en el tratamiento es una forma de preservar y mejorar las relaciones y vínculos que se han formado a lo largo de la vida, si el hijo siente que sus padres le apoyaron en tiempos difíciles, mejorará su relación a largo plazo. Además, los padres podrían desarrollar algunas herramientas terapéuticas y ser auxiliares en el manejo de la vida del niño tanto en el presente como en el futuro”. (2008:120).

Por otra parte el autor hace mención de los antidepresivos para niños poniendo en la mesa de discusión el riesgo-beneficio de la utilización de estos medicamentos. “La FDA (FoodandDrugAdministration) pidió a la Universidad de Columbia que realizara una investigación en 4250 pacientes pediátricos quienes habían recibido antidepresivos. Encontraron que 1.8% presentaba ideas suicidas (casi el doble) en comparación con quienes sólo habían recibido un placebo. Este descubrimiento pone en duda la creencia tradicional de que la tendencia al suicidio se atribuía a la enfermedad depresiva por sí misma” (2008:121).

Víctor Payá en su libro *El don y la palabra, un estudio socio antropológico de las cartas póstumas*, realiza el estudio del suicidio consumado, analiza el lugar del hecho, la postura del occiso, los objetos con los que se realiza el suicidio, el castigo moral y la culpa que se vierte a los familiares a través de la carta póstuma, elementos descritos desde lo íntimo del hogar, desde la escena misma, y advierte la necesidad de realizar estudios cualitativos orientados a la comprensión del acto del suicidio, la complejidad de las dimensiones que se relacionan, y sus significados intrínsecos.

El suicidio hoy es un fenómeno que ha sido motivo de atención en diferentes disciplinas a lo largo de la historia. Hoy en día se considera como un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se cometen 800,000 suicidios; ello significa una muerte cada 40 segundos. Más preocupante aún es que el suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años (OMS, 2014). México es uno

de los países con menor tasa de suicidios en comparación con otros países europeos y de América latina, este problema social no tiene una causa única, por lo que se considera un fenómeno multifactorial debido a que involucra aspectos de salud, económicos y sociales.

La OMS (2014) refiere que “Los Estados Miembros de la Organización se comprometieron a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en un 10%, para el 2020, la tasa de suicidio en los países”. Se ha identificado que entre 45% y 70% de las personas que intentan suicidarse presentan depresión, rasgos de impulsividad y agresividad, trastornos de personalidad o alcoholismo.

En el caso de nuestro país, se ha observado un incremento en el número de suicidios consumados. Tan sólo en 1980 se registraron 672 suicidios; en 1990 se contabilizaron 1,405; y para el año 2000 la cifra pasó a 3 mil 475 casos. La tasa de suicidio en el año 2000 era de 3.5 por cada 100 mil mexicanos, y en 2009 subió hasta 4.8 por cada 100 mil habitantes (INEGI, 1981, 2000, 2011).

Los estados de nuestro país con más casos de intento y consumación de suicidios son: Campeche, Tabasco, Colima, Baja California Sur, Guanajuato, Nuevo León, Querétaro y, Quintana Roo. Mientras que las tasas más bajas de suicidio se encuentran en Chiapas y México, INEGI (2011). En la última década ha llamado la atención en nuestro país la reducción de la edad de las personas que intentan suicidarse o se han suicidado, el INEGI ha reportado suicidios en menores de 15 años de edad.

Luz de Lourdes Eguiluz en su libro *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?* Realiza una retrospectiva sobre las organizaciones en relación a la suicidología en específico de Estados Unidos y Argentina, además resalta la intervención sistémica o el grupo sostén, y la “posvención como desconstrucción del proceso destructivo que consiste en la desarticulación y el resguardo de las instancias del contexto tanto interno como externo del individuo, para re articularse en un nuevo

proceso constructivo con otra dirección y otro sentido” (2010:7), la posvención, como una acción posterior a haberse producido el evento destructivo.

Por otra parte, se resaltan las acciones dedicadas a la prevención del suicidio en Argentina, con la participación de funcionarios políticos, académicos y profesionales de la comunicación que propicia un espacio eficaz ante la problemática social en relación al suicidio, pero en contraste se hace referencia que en México en la zona sureste, es tres veces mayor que la media nacional, que es de 2.8 por 100,000 habitantes. El suicidio en el estado de Yucatán es mayor en las áreas rurales, situación que prevalece hasta el momento, teniendo un promedio de 12 suicidios, lo que representa tres muertes por suicidio a la semana, es decir, uno cada segundo día, predominantemente en varones. A pesar de la contundencia de las cifras no existe ningún programa gubernamental en todo el país que se ocupe de prevenir el suicidio.

En este estado, la comunidad se ha organizado y desde hace doce años se tiene un programa de voluntarios para prevenir el suicidio (“Salvemos una Vida”) que es el único en su género en todo el país. Por lo anterior, existe una connotación sobre un problema social en la que el gobierno federal mexicano ha fallado en la atención a la salud en el rubro del suicidio.

Por otra parte la OMS (2016), refiere que 75% de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos. Los métodos de ingesta de plaguicidas, ahorcamiento y uso de armas, son los más habituales en el mundo, pero refiere que el suicidio se puede prevenir si existe la identificación y el tratamiento temprano, formación del personal sanitario, seguimiento y apoyo de la sociedad, introducción de políticas sobre el alcohol, información responsable de los medios y restricción del acceso a los medios utilizados, pero hace notar que la clave es adoptar un enfoque multisectorial integral. La mayoría de los países no ha establecido una estrategia nacional de prevención del suicidio.

La Organización Panamericana de la salud (2014), checar referencia refiere que cerca de 65.000 personas se quitan la vida cada año en la región de las Américas (más de 7 cada hora, según un informe presentado por la organización Panamericana de Salud), en informe “Mortalidad por suicidio en las Américas” se basa en datos de 48 países y territorios de la región, y muestra que el suicidio es un problema de salud relevante y una de las principales causas de muerte prevenible en el continente.

Además la región de las Américas tiene una tasa de suicidio de 7.3 por cada 100.00 habitantes, a esto se agrega que los hombres presentan tasas más altas que las mujeres en todos los países de la región.

Dentro del informe se encontró que los hombres tienen cuatro veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, aunque las mujeres realizan más intentos de suicidio, lo anterior entre la población de 10 a 25 años. Por otra parte los métodos más comunes fueron la sofocación (incluyendo el ahorcamiento), seguido del uso de armas de fuego y el envenenamiento (incluyendo sobredosis de drogas e ingesta de pesticidas).

Este reporte indica la relación importante entre el suicidio y los problemas de salud mental, llegando hasta un 90% la presencia de este factor en todos los suicidios. En ese sentido “recomienda que los países evalúen sus sistemas de salud mental para determinar si tienen programas, servicios y recursos para prevenir y tratar los problemas asociados con la conducta suicida” .

“Tenemos que detectar esos casos de manera temprana, así como también tratar los trastornos mentales como la depresión y el abuso de alcohol”, dijo la Directora de OPS. “En todas las comunidades y en todos los servicios de atención primaria debemos identificar, monitorear y brindar atención a las personas que están en riesgo. Debemos tener especial cuidado con aquellos que lo han intentado previamente. Pero prevenir el suicidio no es sólo responsabilidad de los

trabajadores de la salud; las comunidades, las familias, los grupos religiosos y los grupos sociales deben involucrarse”.

La doctora Luz de Lourdes Eguiluz, profesora investigadora de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, refiere que “Los estigmas y falta de políticas de prevención del suicidio es alarmante, además de que muchos de los casos de suicidio en mujeres están asociados a la depresión, padecimiento que sigue sin ser atendido debidamente” (<http://bajopalabra.com.mx>). Así mismo indica que las medidas hospitalarias sólo atienden a nivel físico a la persona, haciendo notar la imperiosa necesidad de canalizarlas a un servicio de psiquiatría de urgencia, normalmente se le suturan las heridas o se le hace el lavado de estómago, y se le da cita en consulta externa de psiquiatría dentro de uno o dos meses después, esto implica también la falta de atención a la salud mental y que representa un factor de riesgo para un nuevo intento.

En relación a lo anterior se puede connotar que el intento de suicidio en adolescentes es un tema amplio con un entramado complejo, en el que convergen varias problemáticas de orden sociofamiliar, económicas, educación, salud mental y factores de riesgo como las adicciones o la violencia familiar, es importante señalar que si bien lo multifactorial está presente en el fenómeno del intento de suicidio, también existe un problema para categorizar o seccionar los niveles de esta problemática tanto internamente en la familia del individuo como exógenamente con el medio que los rodea; posiblemente una de las grandes problemáticas para este problema de salud pública es la deficiente concientización de la importancia de la salud mental, siendo escasas las campañas de prevención en relación a este tema, una de las características intrínsecas es la etiquetación y estigma de los individuos que padecen algún trastorno mental, estos aspectos pueden ser que estén replicándose a nivel institucional, al no ser tan notorios los servicios especializados que ofrecen en la psiquiatría, sus servicios no son promocionados por los medios de comunicación hacia la población. Otro aspecto que causa controversia es la deficiente continuación de los pacientes en los centros de atención de salud mental, si no

existen campañas de salud mental y no existe promoción de las instituciones para este rubro, se puede considerar que no se pueden hacer cambios significativos en esta problemática de salud que afecta a una parte de la población; faltando mayor responsabilidad e intervención de las instituciones de salud o de las secretarías gubernamentales, lo que hace imposible poder alcanzar las metas del milenio en relación a la reducción de suicidios para el año 2020.

En este sentido la relevancia de la investigación se direcciona en primera instancia a propiciar que el trabajador social se fundamente sobre el fenómeno del intento de suicidio en adolescentes y los factores que lo rodean, debido a que la posición y función del trabajador social es esencial en su aportación institucional, pero esta puede ir más allá utilizando los medios que se tienen al alcance y detectar las limitantes institucionales u hospitalarias, debiendo ser crítico de su contexto institucional e incluso, rodearse de las estadísticas que se generen de su centro de trabajo y poder fortalecer su intervención profesional desde el ámbito social y consolidarlo con la teoría social que de soporte a una visión macro y no inmediata del problema de salud mental.

4 MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

El intento de suicidio en los individuos es una problemática de salud a nivel mundial que, al manifestarse en adolescentes adquiere una preocupación importante para la sociedad, pero el acto suicida está rodeado de una serie de factores y características inmersas en el contexto social y familiar, aspectos como el perfil socio económico y la salud mental en la familia, inciden en este problema de salud pública. En consecuencia la investigación se propone en un primer momento un análisis exploratorio y cuantitativo, con variables de corte social que permita caracterizar el perfil social del adolescente con intento suicida, además de identificar los factores detonantes y de riesgo sobre el intento suicida en los adolescentes a partir de la revisión de expedientes clínicos para identificar las variables que están vinculadas con el intento suicida en este grupo poblacional; haciendo énfasis en las dimensiones: familiar, de salud y socioeconómicos.

4.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características socio familiares y de salud mental de los adolescentes con intento de suicidio hospitalizados en el psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro?

VARIABLES E INDICADORES

Fase de documental

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador
Intento de suicidio	El intento de suicidio (IS) es un acto realizado por la persona en forma deliberada contra sí misma, sin llegar a tener como resultado la muerte.	Diagnóstico de ingreso	Diagnóstico psiquiátrico de ingreso. Antecedentes de I.S. Método del I.S. Lugar del I.S. Mes y día del I.S. Motivo Ideación suicida
Socio económicas	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros.	Demográfica	Edad Sexo Escolaridad Religión Ocupación
		Familia	Número de integrantes Estructura de la familia Ciclo vital de la familia Problemáticas familiares
		Económica	Ingreso mensual. Número de aportadores a la economía familiar Parentesco del principal proveedor económico. Actividad laboral del principal proveedor Número de dependientes económicos.
Salud mental	Es "un estado de bienestar global que afecta a todas las esferas psicológicas del individuo".	Antecedentes familiares	Presencia de enfermedad psiquiátrica en la familia (tres subsistemas). Intentos de suicidio o suicidio en la familia.
		Antecedentes de intento de suicidio del menor	Número de intentos de suicidio del menor. Hospitalizaciones del menor por intento de suicidio. Métodos de los intentos de suicidio del menor. Lugares del intento suicida
		Presencia de enfermedad psiquiátrica	Enfermedad mental. Tiempo con la enfermedad. Tipo de tratamiento

4.3 Objetivo general

Describir el perfil socio familiar y de salud mental de adolescentes con intento de suicidio ingresados en el hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro.

4.4 Objetivos específicos

- A) Conocer características socioeconómicas de los adolescentes con intento de suicidio.
- B) Conocer características socio familiares de los adolescentes con intento de suicidio.
- C) Conocer los antecedentes de salud mental de los adolescentes con intento de suicidio.
- D) Conocer si los adolescentes con intento de suicidio cuentan con tratamiento psiquiátrico vigente.

4.5 Enfoque teórico

Uno de los enfoques sobre el suicidio desarrollados desde la sociología es representada por Durkheim a través de su obra *Le Suicide* (El Suicidio), en el que realiza una revisión con un enfoque cuantitativo sobre estadísticas en relación al suicidio, considerando la religión, el género, el país (especialmente en Europa), continente, estación del año, edad, sexo. Hace una búsqueda de la relación entre el suicidio con los fenómenos sociales. Si bien en su estudio se abordan problemáticas sociales, llegó a considerar dos hipótesis, en la primera considera que el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada; segundo, que la motivación principal del suicidio varía con el cambio de valores de una sociedad, por lo tanto, etiológicamente en función de la relación de la estructura social de la sociedad con el individuo. Aunado a esto identifica tres tipos de suicidio, altruista,

egoísta y anómico. En el primero, el individuo se encuentra demasiado integrado al grupo social y a las reglas o costumbres del grupo que exigen el suicidio bajo algunas circunstancias, en el segundo, resulta de una falta de integración al sistema social, el tercero es cuando existe un cambio abrupto en el estatus quo del individuo. Estos resultados marcan la relación íntima entre el individuo y la estructura social, que llega a un clímax drástico con el suicidio del individuo. Por lo tanto, la búsqueda de una sociedad integrada totalmente puede considerarse una utopía, pero lo cierto es que en el fenómeno del suicidio existe una relación constante entre sociedad y cultura con el individuo, ambas ejercen sinergias mutuas, que cuando no son equilibradas, pueden llegar a ser asesinas uno del otro.

Por otra parte, es relevante considerar la modernidad del contexto social actual en el que se desenvuelven los adolescentes y que, según desde enfoque de Bauman, las relaciones humanas y su fragilidad crean individuos líquidos. La modernidad ha trastocado a la sociedad y sus individuos, Bauman (2012) plantea que se trata de “relaciones de bolsillo, que se pueden sacar en caso de necesidad, pero que también pueden volver a sepultarse en las profundidades del bolsillo cuando ya no son necesarias”. En este sentido las relaciones humanas son desechables, donde la individualización del individuo se antepone, evitando el desgastante compromiso de relacionarse. Por tanto esta, fluidez líquida en las relaciones humanas, en un sentido el descompromiso crea redes momentáneas, Bauman (2012) plantea que la “Red sugiere momentos de “estar en contacto” intercalados con periodos de libre merodeo. En una red las conexiones se establecen a demanda, y pueden cortarse a voluntad” y “las conexiones pueden ser y son disueltas mucho antes de que empiecen a ser detestables”, esto con llevaría a plantearse si la vida de los adolescentes es interpretada también como desechable o bien es una réplica de los mensajes culturales actuales y que antes de existir un compromiso y antes de llegar a ser detestable y realizar un acto suicida una o varias veces, sigue existiendo esta individualidad en el acto mismo, no existe otro que uno mismo para determinar la continuidad de la vida misma y cada intento es una reafirmación de lo individual del existir.

Jiménez (2005) refiere que “conforme a los postulados del constructivismo, el concepto de habitus permite articular lo individual y lo social, las estructuras internas de la subjetividad y las estructuras sociales externas”. Al referirse al habitus, el capital y el campo planteadas por Pierre Bourdieu, se puede considerar en primera instancia que el capital simbólico del suicida se agotó, sus recursos emergentes están vacíos en su presente, el habitus ya no provee la seguridad para la continuidad, por lo que se puede agregar o correlacionar que el individuo es un descapitalizado social. Las relaciones de fuerza ya no son equitativas, no presentan resistencia en un contexto en que los capitales simbólicos están en un constante intercambio en el amplio campo social. El adolescente suicida, ante sus carencias biopsicosociales en construcción, se abandona, evitando enfrentar lo cotidiano de su vida por medio de su acto suicida.

La teoría de la desesperanza aprendida también aporta elementos que contribuyen a una mirada del intento de suicidio en los adolescentes. Esta refiere que las personas que están expuestas a estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad cognitiva) son propensas a presentar síntomas depresivos en comparación con personas que no poseen este tipo de sucesos adversos. “Este argumento sostiene que el organismo aprende (probablemente de manera supersticiosa) alguna respuesta durante la exposición a los choques inescapables que es luego evocada en la tarea de escape de prueba, y esta respuesta previamente aprendida interfiere mecánicamente con la ejecución de la respuesta de escape requerido” Ovimier (1986:392). En este sentido, los eventos negativos y constantes en el entorno familiar del adolescente (historia de vida), interfiere para la toma de decisiones asertivas o exitosas, e incluso el factor de la depresión es un elemento que si bien no es constante, sí es característico de los actos suicidas y también se suma a este estado de indefensión del adolescente.

Se pueden considerar varias teorías que contribuyen a la comprensión y el acercamiento al intento de suicidio y, si bien esta conducta suicida es un evento que se detecta con cierta dificultad en la familia o en los integrantes del núcleo familiar, lo cierto es que el evento sucede o se manifiesta en un contexto histórico,

en una sociedad y en un entorno familiar dado. Por ello, si se considera que la familia es parte fundamental de la sociedad y que en ella se manifiestan los primeros eventos del intento de suicidio, también se deberá considerar que la familia es un sistema social en el que se agregan subsistemas. También se podría considerar como un modelo ecologista que permita la comprensión del fenómeno desde lo endógeno a lo exógeno, pero para el interés de esta investigación se crea mayor relevancia al considerar la teoría de sistemas como parte del acercamiento de la comprensión en donde se desarrolla el evento del intento de suicidio. En este sentido, el sistema familiar como reproductor primario de la sociedad tiene una trascendencia para el individuo en su desarrollo biopsicosocial. La teoría de sistemas permite crear una diferenciación entre sistema y el contexto, que permanecen en constante interacción. “La teoría de sistemas es universal porque describe el mundo con ayuda de la diferenciación entre sistema y entorno, pero no sostiene que esta distinción sea la única base posible para una descripción del mundo” Luhmann(1984:15). Esta perspectiva teórica permite dimensionar o diferenciar estos dos aspectos. Si bien no es única ni absoluta, también el intento de suicidio no tiene una forma absoluta y concreta de su fenomenología; los sistemas pueden encontrarse no sólo en el ámbito social. Se puede hablar de diferentes niveles como el orgánico, biológico o psíquico entre otros. Con base a lo anterior, se puede considerar que existen varios sistemas con características que crean particularidades en cada uno, por ello la familia también se considera un sistema abierto al sistema social, Luhmann dice que “la teoría de sistemas repercute en la teoría de los sistemas sociales”, por lo tanto, entre ambas teorías existe una vinculación constante que también identifica la parte dominada y la dominante como consecuencia de esta interacción mutua “La diferenciación del sistema no es otra cosa que la repetición de la diferencia entre sistema y entorno dentro de los sistemas” (Luhmann; 1984,31). Una vez que se aprecia esta diferenciación, se puede llegar a una interpretación homogénea en relación con el todo, es decir, en sentido figurado, en un jardín las piedras no son parte de césped, entendiéndose que existen capas sociales, por lo tanto la familia como un sistema juega el mismo el papel con el entorno social; sin embargo, éstos están en constante reproducción por el sistema, de tal forma que la sociedad

constantemente genera nuevos sistemas familiares que crecen y mueren. La teoría de sistemas permite acercarse a esa realidad compleja del mismo sistema, esto es parte de la esencia del sistema familiar en el cual se gestan un sin número de eventos entre sus integrantes “Los sistemas complejos no solo necesitan adaptarse a su entorno, sino también a su propia complejidad. Tienen que afrontar improbabilidades e insuficiencias internas, y desarrollar disposiciones construidas expresamente para reducir conductas divergentes” (Luhmann; 1984:54).

Es así que la familia como un sistema está en constante cambio, originado por diversos factores como la economía, la educación, la etapa generacional, la salud, entre otros. Y esta complejidad que se gesta en la familia tanto por factores internos y externos propiciará que emerjan los recursos con los que cuenta la familia. Además un factor que se agrega es el tiempo o cronos, esto debido a que los eventos de complejidad o de crisis se suscitan en un tiempo determinado que depende de la evolución y crecimiento de la familia, incluso también se considera el tiempo del contexto social y sus eventos sociopolíticos, es decir los sistemas están en una dinámica constante “En esta teoría no se trata, como en las otras teorías clásicas acerca del equilibrio, de regresar, después de absorber interrupciones, a un estado estable de reposo, sino de asegurar renovación interminable de los elementos del sistema; dicho en otras palabras: no se trata de estabilidad estática, sino dinámica” (Luhmann;1984, 68), y es eso precisamente una característica de la familia, su movilidad y constante cambio en la adaptación a los eventos que se generan en su sistema y el entorno social, creando una inercia de constante dinamismo, es por ello que la comprensión de la familia como un sistema en donde se gestan problemas de salud mental en relación a los intentos de suicidio, requiere en primera instancia identificar el espacio en donde se manifiesta esta problemática de salud mental y que el sistema familiar ya es complejo en sí y a esto se suman factores de diversa índole que aumentarán la complejidad de los eventos en la familia.

El intento de suicidio en su fenomenología implica una complejidad dada del acto suicida. En este sentido abordarlo desde una teoría en específico resulta limitado. Por eso hablar sobre sociedad, capital y sistemas puede contribuir a construir una teoría integral que acerque al trabajador social a asumir una construcción teórica que le permita tener una referencia o postura sólida y que su intervención interdisciplinar o transdisciplinar sea sustentada para dimensionar su actuar profesional, alejándolo de la asistencia social y que su intervención contribuya a crear un determinado capital simbólico para el individuo que le permita enfrentar y retroalimentar su campo social e interactuar en su sistema de forma endógena y exógena con mayor armonía.

4.6 Metodología

La presente investigación comenzó con la elección de la muestra poblacional de 129 adolescentes de ambos sexos con intento de suicidio, eligiéndose a los ingresados durante el año 2014 y 2015 al hospital Dr. Juan N Navarro por algún trastorno en conjunto con el intento de suicidio. Esto último fue principalmente el motivo de elección. El centro hospitalario cuenta con cuatro áreas de hospitalización, pero por conveniencia se eligió la unidad mujeres y la unidad varones, quedando excluidas las unidades de cuidados crónicos y pacientes con adicciones. Para la detección de los pacientes se consideró tomar los medios o instrumentos disponibles del área de Trabajo Social de cada una de las unidades antes mencionadas. Se utilizó el instrumento de registro de ingresos a las unidades, en donde se especifican datos como el nombre, número de expediente, edad, domicilio, número telefónico, diagnóstico de ingreso, responsable, fecha de ingreso y de egreso hospitalario, así como la clave asignada, según su nivel de ingreso familiar para el pago por concepto de hospitalización, una vez identificados los adolescentes con intento de suicidio que ingresaron durante los años antes mencionados, se procedió a la elaboración de solicitudes administrativas de los expedientes, los cuales fueron revisados por tiempos intermitentes por la cantidad de datos y de la disponibilidad de los expedientes en el archivo clínico.

La información se recabó en primera instancia del estudio socioeconómico y del familiograma, debido a que el diseño será descriptivo y cuantitativo, con dos fases, la documental y la de campo. Esta última fase consistió en el procesamiento estadístico de los datos obtenidos de los expedientes, y su posterior análisis.

4.7 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron tres específicamente, los cuales fueron considerados por su aportación informativa para la investigación correspondiente, el primero fue el uso del expediente clínico, el cual tiene varios apartados desde el reporte médico, el psicológico, el de enfermería y trabajo social, pero para el caso de la investigación, la información recopilada fue tomada del apartado médico y trabajo social. En este mismo sentido se utilizó el estudio socioeconómico del cual se tomó la información sociodemográfica para cada uno de los casos de la muestra y por último se utilizó el familiograma el cual contribuyó a recabar información sobre el tipo de familia y número de integrantes, así como las líneas de relación entre sus integrantes.

Expediente se denomina "...al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables" (NOM-004-SSA3-2012).

Estudio socioeconómico

Desde la perspectiva de esta investigación, el estudio socioeconómico (ES) se define como [...] “un método de indagación valorativa y clasificatoria cuantitativa de variables ponderadas, cuyo fin es descubrir en un sujeto las categorías que lo ubican en un nivel categórico estratificado, así como contribuir al conocimiento de su entorno familiar, económico y social [...] con el fin de valorar de forma multidisciplinaria las posibilidades de recuperación que el ambiente y la familia ofrecen, e identificar factores contribuyentes o ex posicionales de riesgo que participan en el proceso salud-enfermedad” Silva, et al (2006).

Familiograma

Es una representación gráfica de las principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Este instrumento “[...] permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la familia en un momento determinado. Permite al grupo de salud identificar problemas de salud, genéticos y hereditarios, basados en la información recopilada [...]” (Gómez, et. al. 1999).

Con base en lo anterior se creó una base de datos en el programa Excel para ingresar 39 variables que incluían datos sociodemográficos, de salud e intento de suicidio, como los datos representativos; además, se anexó una celda de observaciones que no entraron en las variables a considerar. Para el acceso a los expedientes se realizó solicitud vía oficio para el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro, haciendo del conocimiento de la investigación que se realizaría. Al inicio de la integración de los datos se observó que la variable diagnóstico presentó una variabilidad importante, debido a que en el expediente se integraba en primer instancia un diagnóstico inicial del área de urgencias y que para la unidad de hospitalización hombres o mujeres, en la etapa de ingreso a la unidad se realiza nota de ingreso, nota inicial y nota de egreso. El diagnóstico para cada una de ellas podía cambiar o se integraban otros diagnósticos en relación a trastornos mentales o del ámbito de lo social, a esto se suma el diagnóstico que el área de Trabajo Social había recabado en su herramienta de control de ingreso a la unidad (libreta), teniendo que considerar, únicamente para la integración del

dato, el diagnóstico de egreso hospitalario, el cual se integraría al programa de Excel. Continuando con la obtención de datos, estos fueron tomados del apartado médico y del apartado de Trabajo Social, este último proporcionó datos basados en el estudio socio económico, familiograma y estudio psicosocial, aunado a esto, el apartado médico también contribuyó en la información del trastorno y de aspectos sociales, debido a que para algunos casos, no aparecían algunos datos en el apartado de Trabajo Social, agregándole a esto la dificultad de la redacción manual, aspecto que no se repetía en el apartado del médico, ya que cuenta con formatos elaborados en computadora, lo que permitía acceder a una información más precisa y clara.

Por otra parte el acceder a los expedientes fue intermitente, dado que no siempre se encontraban disponibles debido al uso de otras áreas hospitalarias. Al consolidar la base de datos en Excel, se procedió a realizar un diccionario de datos en donde se colocaron las variables, las opciones de respuesta y su valor (nominal, ordinal y escalar), lo anterior para ingresar los datos y procesamiento a través del paquete de cómputo StatisticalPackageforthe Social Sciences (SPSS) versión 18. Asimismo, se realizó un análisis de estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, media, moda y desviación estándar).

Para obtener el análisis de resultados de correlación con base en las variables independientes y dependiente del proyecto, que para el caso de la investigación fueron salud, socioeconómica y salud mental, de las 39 variables que se consideraron, se utilizaron 24 de ellas, posteriormente el análisis de los resultados fueron interpretados según las variables dependientes y dependientes de la investigación.

4.8 Criterios de selección

Inclusión

- Expedientes clínicos de adolescentes por intento de suicidio durante 2014 y 2015 en el Hospital psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro que cuenten con más del 80% de la información del expediente con relación a los aspectos que se pretenden recabar en la investigación.

Exclusión

- Expedientes clínicos de adolescentes por intento suicidio durante 2014 y 2015 que no cuenten con más del 80% de la información que se pretende recabar de ellos.
- Expedientes de adolescentes con intento de suicidio que presenten diagnóstico de esquizofrenia, retraso mental, o trastorno bipolar de la personalidad.

4.9 Consideraciones éticas

Para fines de esta investigación fue indispensable la carta de consentimiento informado del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro para la consulta de los expedientes.

Durante todo el proceso de revisión se mantuvo una actitud objetiva y profesional, sin emitir juicios de valor sobre las condiciones sociales, económicas o culturales de los pacientes y sus familias. Asimismo, se privilegió el carácter de privacidad y confidencialidad con respecto a la información procesada.

5 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los siguientes resultados fueron obtenidos de la revisión de los 129 expedientes, de los cuales, 103 correspondieron a mujeres y 26 a hombres. Se capturaron en una base del programa Excel y posteriormente fueron analizados por medio del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 18.

Cuadro 1. Ingreso económico mensual por sexo

Variable		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Ingreso mensual	Menos de 2999	23 22,3%	3 11,5%	26 20,2%
	3000 a 5999	43 41,7%	13 50,0%	56 43,4%
	6000 a 8999	16 15,5%	5 19,2%	21 16,3%
	9000 a 11999	10 9,7%	0 ,0%	10 7,8%
	Mayor a 12000	11 10,7%	4 15,4%	15 11,6%
	Sin empleo	0 ,0%	1 3,8%	1 ,8%
	Total	103 100,0%	26 100,0%	129 100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH

El ingreso económico en las familias de los adolescentes con intento de suicidio se caracteriza por tener 43.4% con ingreso menor a \$5,999.00, seguido de 20.2% de ingreso menor a \$2,999.00 y de 16.3% menor a \$8,999.00 mensuales, lo anterior denota que la mayor parte de la población que es hospitalizada cuenta con bajos recursos en su mayoría, lo que aunado con la continuidad del tratamiento, más los gastos farmacológicos será sin duda un aspecto que limitará su poder adquisitivo para otros rubros.

Cuadro 2. Vivienda por sexo

Variable		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Vivienda	Propia	28	4	32
		27,2%	15,4%	24,8%
	Prestada	37	14	51
		35,9%	53,8%	39,5%
	Rentada	33	7	40
		32,0%	26,9%	31,0%
	Sin dato	5	1	6
		4,9%	3,8%	4,7%
Total		103	26	129
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH

Poco más del 70% de las familias de adolescentes con intento de suicidio no cuentan con vivienda propia, ya que el 31% renta su vivienda y el 39.5% es prestada. El no contar con vivienda propia ya sea porque es rentada o prestada, aunado a los gastos que implicará el tratamiento del adolescente, incrementa la vulnerabilidad de la familia al limitar su acceso a otro tipo de bienes y servicios. En el caso de las familias que comparten su vivienda en virtud de que habitan con su familia extensa, se enfrentan a otro tipo de situaciones que en la vida cotidiana interfieren en la particularidad de su familia, por lo que disponer de una vivienda propia es un aspecto pendiente para el desarrollo y mejora de las condiciones en las que se desenvuelve a diario el paciente.

Cuadro 3. Nivel asignado en el hospital psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro por sexo

Variable		Sexo		Total
		Mujer	hombre	
Nivel	Exento	12	1	13
		11,7%	3,8%	10,1%
	1 ^a	38	13	51
		36,9%	50,0%	39,5%
	2B	36	8	44
		35,0%	30,8%	34,1%
	3C	14	2	16
		13,6%	7,7%	12,4%
	4D	2	1	3
		1,9%	3,8%	2,3%
	5E	1	1	2
		1,0%	3,8%	1,6%
Total		103	26	129
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

El nivel asignado por el área de Trabajo Social del hospital a los adolescentes con intento de suicidio, el cual está en función del ingreso económico de la familia, así como otras variables sociofamiliares que son consideradas en la asignación de dicho nivel, se caracterizó por los reportes frecuentes de niveles bajos, es decir, el 39.5 % con nivel 1 y el 34.1% con nivel 2. Lo anterior significa que a más de la mitad de la población estudiada, se les asignaron claves bajas según su estudio socioeconómico, pero además refleja que la población usuaria de este servicio psiquiátrico es en general de bajos recursos económicos, factor que es un riesgo para la continuidad del tratamiento, sin que esto signifique que el contar con los recursos adecuados garantice la continuidad del tratamiento.

Cuadro 4. Religión de la población por sexo

Variable		Sexo		Total
		Mujer	hombre	
Religión	Católico	82 79,6%	19 73,1%	101 78,3%
	Cristiano	2 1,9%	1 3,8%	3 2,3%
	Otra religión	19 18,4%	5 19,2%	24 18,6%
	Ninguna	0 ,0%	1 3,8%	1 ,8%
Total		103 100,0%	26 100,0%	129 100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

Con relación a la religión que profesan los adolescentes con intento de suicidio se obtuvo que el 78.3 % de la población son católicos a diferencia de otras religiones las cuales se agrupan en un 18.6%, dato que coincide con lo planteado por Durkheim en su obra de *El suicidio*, en la que denotaba que los suicidios se presentaban en mayor medida en poblaciones con la religión católica o cristiana.

Con respecto a la ocupación de los adolescentes con intento de suicidio, se puede observar que el 97.7% son estudiantes, es decir, al momento de la hospitalización cursaban algún grado escolar; de hecho, en varios de los casos la escuela es quien canaliza a los adolescentes a consulta para su valoración, convirtiéndose en un apoyo para los padres.

Cuadro 5. Ocupación de la población por sexo.

Variable	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Ocupación estudiante	100	26	126
	97,1%	100,0%	97,7%
sin ocupación	3	0	3
	2,9%	,0%	2,3%
Total	103	26	129
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

Ahora bien, es importante destacar que la escuela es un actor fundamental en este tema, ya que es un espacio en el que se reproducen acciones vinculadas al intento de suicidio como por ejemplo el *cutting*, que se refiere a las conductas de autolesiones utilizando objetos punzocortantes de fácil acceso.

Cuadro 6. Lugar de residencia de la población por sexo.

Variable	Sexo		Total
	Mujer	hombre	
Estado donde actualmente vive el paciente			
Ciudad de México	56	15	71
	54,4%	57,7%	55,0%
Interior de la República	47	11	58
	45,6%	42,3%	45,0%
Total	103	26	129
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

Respecto al estado donde radican los adolescentes con intento de suicidio se obtuvo que el 55% radican en la Ciudad de México (CDMX), mientras que el 45% son de otra entidad, principalmente del Estado de México (EDOMEX), ya que de este 45% solo 4 pacientes residen en una entidad distinta al EDOMEX. Lo anterior indica que la atención que brinda el Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro es principalmente para estas dos entidades, debido a la distancia y centralización de los servicios de salud mental del país, sin embargo ambas entidades (CDMX y EDOMEX) presentan problemas de traslado por los tiempos prolongados esto debido al fenómeno del tránsito vehicular y la falta de vías de comunicación. Cabe mencionar que si bien, como se aprecia en los datos, la mayoría de los pacientes atendidos viven en la CDMX y su periferia, eso no garantiza la continuidad del tratamiento por radicar más cerca del hospital.

Cuadro 7. Tipo de Familia del adolescente por sexo.

Variable		Sexo		Total
		Mujer	hombre	
Familia Nuclear		27	6	33
		26,2%	23,1%	25,6%
Extensa		33	9	42
		32,0%	34,6%	32,6%
Uniparental		3	2	5
		2,9%	7,7%	3,9%
Reconstruida		10	4	14
		9,7%	15,4%	10,9%
Desintegrada		30	5	35
		29,1%	19,2%	27,1%
Total		103	26	129
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En cuanto al tipo de familia en donde se desarrolla el adolescente con intento de suicidio se obtuvo que sólo el 25.6 % vive con familia nuclear en comparación con el 27.1% de familias desintegradas y el 32.6% de familias extensas, lo anterior refleja la ausencia de alguno de los padres, elemento significativo, debido a que otros familiares asumen la figura de autoridad, responsabilidad o su intervención en el cuidado y supervisión del adolescente.

Cuadro 8. Número de integrantes en la familia del adolescente por sexo.

Variable	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
No. de Integrantes 2	15	1	16
	14,6%	3,8%	12,4%
3	20	5	25
	19,4%	19,2%	19,4%
4	34	8	42
	33,0%	30,8%	32,6%
5	21	5	26
	20,4%	19,2%	20,2%
6	8	4	12
	7,8%	15,4%	9,3%
7	4	1	5
	3,9%	3,8%	3,9%
9	1	0	1
	1,0%	,0%	,8%
10	0	1	1
	,0%	3,8%	,8%
11 a 15	0	1	1
	,0%	3,8%	,8%
Total	103	26	129
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

El número de integrantes con los que vive el adolescente con intento de suicidio se obtuvo que los datos más significativos se encontraron en 32.6 % con 4 integrantes, seguido del 20.2% con 5 integrantes y 19.4% con 3 integrantes, esta información contribuye a dimensionar que la población atendida en el Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro, no solo enfrentan la problemática de la salud mental y los gastos económicos que ello genera, sino además otros aspectos como son la falta de vivienda y las necesidades de cada uno de sus integrantes. El ingreso económico de la familia determinará la distribución en mayor o menor grado para solventar sus necesidades, debiendo de considerarse si la salud mental es una necesidad asimilada por la familia.

Cuadro 9. Tipo de familiar que vive con el adolescente por sexo.

Variable		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Vive	Madre	59 57,3%	15 57,7%	74 57,4%
	Padre	4 3,9%	1 3,8%	5 3,9%
	Abuelos maternos	7 6,8%	1 3,8%	8 6,2%
	Abuelos paternos	2 1,9%	0 ,0%	2 1,6%
	Ambos padres	30 29,1%	9 34,6%	39 30,2%
	Sin dato	1 1,0%	0 ,0%	1 ,8%
	Total	103 100,0%	26 100,0%	129 100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

Con relación al familiar que vive con el adolescente se obtuvo que para los adolescentes hombres y mujeres el 57.3% y 57.7%, vive con la madre, esto significa más de la mitad de ambas muestras, demostrando que la figura materna es la principal figura que asume el cuidado y tratamiento del adolescente, no así el padre, existiendo una diferencia considerable con el rubro en que ambos padres viven con el adolescente con 34.6% y 29.1% para las mujeres, por tanto se deduce que la participación de la madre es mayor culturalmente en la atención de los hijos, aunado a otro tipo de actividades como el empleo, actividades del hogar, atención en las actividades escolares y recreativas, en varios de los casos existe el apoyo de la familia extensa materna, sin que exista intervención del padre o de la familia paterna externa.

Cuadro 10. Diagnóstico psiquiátrico del adolescente por sexo.

Variable		Sexo		Total
		Mujer	hombre	
DX	Depresión	4 3,9%	2 7,7%	6 4,7%
	Depresión grave	30 29,1%	7 26,9%	37 28,7%
	Depresión moderada	18 17,5%	9 34,6%	27 20,9%
	Distimia	8 7,8%	2 7,7%	10 7,8%
	Trastorno opositorista desafiante	10 9,7%	0 ,0%	10 7,8%
	Trastorno disocial	4 3,9%	0 ,0%	4 3,1%
	Trastorno de la personalidad	24 23,3%	2 7,7%	26 20,2%
	Trastorno de ansiedad	1 1,0%	0 ,0%	1 ,8%
	Trastorno por déficit de atención	1 1,0%	0 ,0%	1 ,8%
	Trastorno estrés posttraumático	2 1,9%	0 ,0%	2 1,6%
	Trastorno obsesivo compulsivo	0 ,0%	1 3,8%	1 ,8%
	Trastorno afectivo bipolar	1 1,0%	0 ,0%	1 ,8%
	Sin dato	0 ,0%	3 11,5%	3 2,3%
Total		103 100,0%	26 100,0%	129 100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En relación al diagnóstico realizado al adolescente por su condición de salud se observó una mayor prevalencia de la depresión en diferentes niveles, resultando las mujeres adolescentes con mayor prevalencia hacia la depresión grave (29.1%), depresión moderada (17.5%), aunado al trastorno de la personalidad con 23.3%. Para los adolescentes varones la mayor presencia resultó la depresión moderada con 34.6%, seguida por la depresión grave con un 26.9% aunque para ambas poblaciones la depresión es representativa, las mujeres adolescentes presentaron mayor trastorno de la personalidad a comparación de los hombres.

Por otra parte este resultado concuerda con otros estudios sobre la presencia de la depresión en el acto suicida como una característica, que no todos los casos lo presentan, sin embargo más de la mitad de la población de estudio presentó en mayor o menor grado depresión, debiendo ser un aspecto a considerar para el seguimiento del tratamiento a corto mediano y largo plazo y disminuir así el riesgo de la consumación suicida en la etapa adulta.

Cuadro 11. Método utilizado por el adolescente para el intento de suicidio por sexo.

Variable		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Método	Ahorcamiento	14 13,6%	7 26,9%	21 16,3%
	Envenenamiento	77 74,8%	14 53,8%	91 70,5%
	Autolesiones	11 10,7%	4 15,4%	15 11,6%
	Estrangulación	1 1,0%	1 3,8%	2 1,6%
Total		103 100,0%	26 100,0%	129 100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En relación a los métodos utilizados por los adolescentes para el intento de suicidio, se obtuvo que las mujeres presentaron 74%% por envenenamiento y 13.6% por ahorcamiento. En comparación con los varones se obtuvo 53.8% por envenenamiento y 26.9% por ahorcamiento, esto coincide con otras investigaciones en relación a que las mujeres presentan intentos de suicidio con menor letalidad y en relación al uso de medicamentos, a diferencia de los varones con actos más agresivos. Es notorio que el método más utilizado por los adolescentes varones o mujeres es el envenenamiento por medicamentos, siendo esto significativo debido a que es un medio de fácil acceso para los adolescentes, que incluso son en algunos casos medicamentos psiquiátricos que utiliza alguno de los familiares del grupo primario de apoyo. Cabe agregar que existe confusión entre el termino estrangulación y ahorcamiento, pero esto es una de las problemáticas que se presentan en los términos que se utilizan en el expediente, tanto por los médicos como por Trabajo Social.

Cuadro 12. Medio utilizado por el adolescente para el intento de suicidio por sexo.

Variable	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Medio			
Objetos varios	11 10,7%	6 23,1%	17 13,2%
Medicamentos	70 68,0%	14 53,8%	84 65,1%
Objeto punzo cortante	7 6,8%	4 15,4%	11 8,5%
Arrojamiento	4 3,9%	0 ,0%	4 3,1%
Asfixia	4 3,9%	2 7,7%	6 4,7%
Químicos	6 5,8%	0 ,0%	6 4,7%
Substancias	1 1,0%	0 ,0%	1 ,8%
Total	103 100,0%	26 100,0%	129 100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En relación a los medios utilizados para el intento de suicidio se obtuvo que para los adolescentes varones y mujeres el medio más utilizado fue por uso de medicamentos con 68.0% y 53.8%, en relación a los medios usados por objetos varios (se incluyen sogas, cuerdas, vendas, bufandas etc.) y objetos punzo cortantes para los varones fue más significativo con 23.1% y 15.4%; lo anterior coincide con otras investigaciones sobre una mayor letalidad de los varones para el acto suicida, no así para las mujeres. Para ambos casos el acceso a los medios para consecución del intento de suicidio ya sea por pastillas u objetos punzo cortantes u otros, son de fácil acceso en hogar, debido a que son los recurso que el medio provee, sin embargo, estos mismos medios en una planificación suicida pueden ser letales.

Cuadro 13. Motivo detonante en el adolescente para el intento de suicidio por sexo.

Variable		Sexo		Total
		mujer	Hombre	
Motivo desencadenante del IS	Problemas familiares	34	10	44
		33,0%	38,5%	34,1%
	Perdida familiar	4	3	7
		3,9%	11,5%	5,4%
	Desintegración familiar	13	5	18
		12,6%	19,2%	14,0%
	Violencia familiar	27	3	30
		26,2%	11,5%	23,3%
	Problemas en el noviazgo	7	2	9
		6,8%	7,7%	7,0%
	Abuso sexual	7	0	7
		6,8%	,0%	5,4%
Problemas escolares	8	2	10	
	7,8%	7,7%	7,8%	
Ser hijo adoptado	2	0	2	
	1,9%	,0%	1,6%	
Evento postraumático	1	1	2	
	1,0%	3,8%	1,6%	
Total	103	26	129	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En relación a los motivos desencadenantes según el expediente clínico se obtuvo que en relación a los problemas familiares considerados como discusiones, deficientes reglas y comunicación o eventos de crisis por alguna situación dada, se obtuvo que las adolescentes mujeres presentaron un 33.0% y un 26.2%, por violencia familiar, en comparación con los varones se obtuvo un 38.5% y 11.5% respectivamente, esto significa que los adolescentes varones tienen mayor presencia en relación a los problemas familiares, pero para el rubro de abuso sexual las mujeres fueron más propensas con 6.8%. Otro aspecto a considerar son los problemas relacionados con la escuela, aunque el porcentaje no fue representativo para mujeres y varones (7.8% y 7.7%) es importante señalar que los problemas familiares, escolares y la violencia son tres esferas que circundan al adolescente aunado al problema de salud mental. En este sentido se debe considerar la intervención social como una constante que contribuya en el aspecto socio familiar.

Cuadro 14. Número de Intentos de suicidio en adolescentes por sexo.

Variable		Sexo		Total
		Mujer	hombre	
Intentos	Un intento suicida	53	16	69
		51,5%	61,5%	53,5%
	Dos intentos suicidas	22	3	25
		21,4%	11,5%	19,4%
	Más de tres intentos suicidas	27	7	34
	26,2%	26,9%	26,4%	
	Sin dato	1	0	1
		1,0%	,0%	,8%
Total		103	26	129
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En relación al número de intentos de suicidio en los adolescentes se obtuvo que hubo un mayor porcentaje de varones con un intento 61.5%, en comparación con las mujeres 51.5%, así mismo las mujeres presentaron mayor porcentaje en los rubros con dos o más de tres intentos de suicidio con 21.4% y 26.2% a diferencia de los varones con 11.5% y 26.9%, esto concuerda que las mujeres tienen mayor número de intentos suicidas que los varones.

Cuadro 15. Antecedentes psiquiátricos en la familia del adolescente por sexo.

Variable		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Antecedente	Si antecedente psiquiátrico	78	17	95
		75,7%	65,4%	73,6%
	No antecedente psiquiátrico	25	8	33
		24,3%	30,8%	25,6%
	Sin dato	0	1	1
		,0%	3,8%	,8%
Total		103	26	129
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En relación a los antecedentes psiquiátricos en la familia se obtuvo que existe en las mujeres adolescentes mayor prevalencia con 75.7% en comparación con los hombres varones con 65.4%, esto indica que más de la mitad de ambos géneros presentan carga genética pero que no tiene que ser directa con los padres, sino

también con la familia extensa por vía materna o paterna. Para algunos de los casos en las familias de los adolescentes ya sea hombres o mujeres existirán más de un integrante con algún padecimiento psiquiátrico, situación que agrava la dinámica familiar y la economía si es que existiera tratamiento para la salud mental.

Cuadro 16. Parentesco del familiar con padecimiento psiquiátrico del adolescente por sexo.

Variable		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Parentesco	Padre	14 13,6%	7 26,9%	21 16,3%
	Madre	29 28,2%	3 11,5%	32 24,8%
	Hermano	4 3,9%	2 7,7%	6 4,7%
	Hermana	5 4,9%	1 3,8%	6 4,7%
	Otros familiares	25 24,3%	3 11,5%	28 21,7%
	Sin dato	26 25,2%	10 38,5%	36 27,9%
Total		103 100,0%	26 100,0%	129 100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En relación a el parentesco del familiar con padecimiento psiquiátrico con el adolescente, se encontró que las mujeres presentan mayor antecedente por vía materna con 28.2% y con relación al padre con 13.6%, pero para los hombres se encontró que existe mayor antecedente en relación con el padre con 26.9% y en 11.5% en relación con la madre, por otra parte los antecedentes por familia extensa se observó en mayor rubro para las mujeres con 24.3% en comparación con un 11.5% de los hombres, por tanto existe en la muestra total un mayor porcentaje de familiares con antecedentes psiquiátricos que aquellos que no cuentan con antecedentes de salud mental. Por lo anterior se denota que existen antecedentes psiquiátricos en la familia, pero no se sabe si existen antecedentes por procurar la salud mental de aquellos que enfermaron antes del adolescente.

Cuadro 17. Trastorno psiquiátrico del familiar por sexo.

Variable		Sexo		Total
		Mujer	hombre	
Trastorno psiquiátrico del familiar	Suicidio	6	4	10
		5,8%	15,4%	7,8%
	Depresión	36	4	40
		35,0%	15,4%	31,0%
	Esquizofrenia	3	2	5
		2,9%	7,7%	3,9%
	Alcoholismo	8	1	9
		7,8%	3,8%	7,0%
	Hidrocefalia	1	0	1
		1,0%	,0%	,8%
	Cuadro afectivo	1	0	1
		1,0%	,0%	,8%
	Epilepsia	1	0	1
		1,0%	,0%	,8%
	Intento de suicidio	6	1	7
		5,8%	3,8%	5,4%
	Trastorno de ansiedad	2	0	2
		1,9%	,0%	1,6%
	Adicciones	4	0	4
		3,9%	,0%	3,1%
Trastorno por déficit de atención	3	0	3	
	2,9%	,0%	2,3%	
Discapacidad intelectual	0	2	2	
	,0%	7,7%	1,6%	
Trastorno no especificado	5	2	7	
	4,9%	7,7%	5,4%	
Sin dato	27	10	37	
	26,2%	38,5%	28,7%	
Total	103	26	129	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En relación al tipo de enfermedades mentales en los familiares de los adolescentes se encontró que el mayor rubro para las mujeres y hombres fue la depresión con 35.0% y 15.4 % respectivamente, además el suicidio consumado figuró en mayor porcentaje en los familiares de los adolescentes varones con 15.4% y para las mujeres con 5.8%, esto coincide con las estadísticas de suicidios consumados en mayor parte por hombres; pero para el rubro de los intentos de suicidio se observó un mayor porcentaje en las mujeres con 5.8% en comparación

con 3.8% de los varones, esto también confirma que la mujer presenta mayor número de intentos de suicidio, otros trastornos no fueron representativos, sin que esto minimice su importancia.

Cuadro 18. Continuidad del tratamiento psiquiátrico del adolescente por sexo.

Variable		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Apego	Continuidad del tratamiento	36	10	46
		35,0%	38,5%	35,7%
	No continuidad del tratamiento	57	16	73
		55,3%	61,5%	56,6%
Mayoría de edad		2	0	2
		1,9%	,0%	1,6%
Foráneo		8	0	8
		7,8%	,0%	6,2%
Total		103	26	129
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

Respecto a la continuidad del tratamiento por los adolescentes con intento de suicidio se encontró que más de la mitad de la mujeres no continúan con su tratamiento con 55.3% y para los hombres con 61.5%, esto último resulta significativo debido a que la existencia de una mayor deserción al tratamiento psiquiátrico del adolescente es un factor de riesgo para la consumación del suicidio en la etapa adulta y se valida que los hombres son más propensos al suicidio, sin embargo el conocer las causas del desapego al tratamiento deberá evaluarse posteriormente si la causa fue económica o cultural al no estar dentro de cotidianidad la importancia de la salud mental como la salud general.

Cuadro 19. Número de integrantes en la familia por ingreso.

Variable	Ingreso						Total
	Menos de 2999	3000 a 5999	6000 a 8999	9000 a 11999	Mayor a 12000	Sin empleo	Menos de 2999
Integrantes 2	6	6	1	2	1	0	16
	23,1%	10,7%	4,8%	20,0%	6,7%	,0%	12,4%
3	8	8	3	2	3	1	25
	30,8%	14,3%	14,3%	20,0%	20,0%	100,0%	19,4%
4	6	17	7	4	8	0	42
	23,1%	30,4%	33,3%	40,0%	53,3%	,0%	32,6%
5	1	15	8	1	1	0	26
	3,8%	26,8%	38,1%	10,0%	6,7%	,0%	20,2%
6	1	8	2	1	0	0	12
	3,8%	14,3%	9,5%	10,0%	,0%	,0%	9,3%
7	2	1	0	0	2	0	5
	7,7%	1,8%	,0%	,0%	13,3%	,0%	3,9%
9	1	0	0	0	0	0	1
	3,8%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,8%
10	1	0	0	0	0	0	1
	3,8%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,8%
11 a 15	0	1	0	0	0	0	1
	,0%	1,8%	,0%	,0%	,0%	,0%	,8%
Total	26	56	21	10	15	1	129
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En relación al número de integrantes con el ingreso familiar se observó que más de la mitad de la muestra gana menos de 5,999.00 pesos para un promedio de 5 a 2 integrantes de la familia, la relevancia de la información es la distribución o dispersión del gasto familiar, contemplando los incrementos de este por consultas, pago de hospitalización y continuidad del tratamiento farmacológico, en un plazo a corto, mediano y largo plazo según sea el caso de salud mental, es importante señalar que otros factores económicos a nivel mundial impactan en el poder adquisitivo de la familia, como el incremento del dólar o la salida del Reino Unido de la Eurozona.

Cuadro 20. Medio utilizado del intento de suicidio en correlación al lugar donde se realizó.

Variable		Lugar				Total
		Hogar	Escuela	Fuera del hogar	Sin dato	
Medio	Estrangulación	14	0	0	3	17
		17,3%	0%	0%	8,3%	13,2%
	Medicamentos	52	3	6	23	84
		64,2%	75,0%	75,0%	63,9%	65,1%
	Objeto punzo cortante	5	0	0	6	11
		6,2%	,0%	,0%	16,7%	8,5%
	Arrojamiento	2	0	1	1	4
		2,5%	,0%	12,5%	2,8%	3,1%
	Asfixia	4	1	0	1	6
		4,9%	25,0%	,0%	2,8%	4,7%
	Químicos	4	0	1	1	6
		4,9%	,0%	12,5%	2,8%	4,7%
	Substancias	0	0	0	1	1
		,0%	,0%	,0%	2,8%	,8%
Total		81	4	8	36	129
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En relación al medio utilizado por los adolescentes en correlación al lugar donde realizo el intento de suicidio, resulto con mayor prevalencia haber sido realizado en el hogar y los medios más utilizados fueron los medicamentos con 64.2% y la estrangulación con 17.3%. No se especificó el área del hogar donde se realizó el acto suicida, pero es simbólico que el hogar que brinda protección al individuo sea el mismo medio para intentar un desapego de la vida, A. Paya ya hacía mención desde el enfoque cualitativo el significado de los lugares que se escogen para el acto suicida y los mensajes implícitos del mismo.

Cuadro 21. Lugar del acto suicida por el número de Intentos realizados.

Variable		Intentos				Total
		Un intento suicida	Dos intentos suicidas	Más de tres intentos suicidas	Sin dato	Un intento suicida
Lugar	Hogar	44 63,8%	18 72,0%	19 55,9%	0 ,0%	81 62,8%
	Escuela	3 4,3%	1 4,0%	0 0%	0 0%	4 3,1%
	Fuera del hogar	5 7,2%	2 8,0%	1 2,9%	0 ,0%	8 6,2%
	Sin dato	17 24,6%	4 16,0%	14 41,2%	1 100,0%	36 27,9%
	Total	69 100,0%	25 100,0%	34 100,0%	1 100,0%	129 100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En lo que se refiere al lugar del acto suicida realizado por los adolescentes en relación con el número de intentos, se obtuvo que el lugar elegido fue el hogar con un intento 63.8%, para dos y más de tres intentos en el hogar con 72.0% y 55.9%, lo significativo es que para cada uno de estos rubros lo predominante fue el hogar, lugar de convivencia y seguridad para el adolescente, además es importante señalar que los adolescentes que no reportaron el lugar, evidencia los varios eventos que se ocultan en el acto suicida, así como otros más. A. Paya, autor del libro *Cartas póstumas un estudio socio antropológico*, hace mención a que los medios y lugares dejan datos simbólicos, desde el análisis cualitativo, si bien este no es la intención de la investigación, se considera que es parte relevante para una mayor comprensión del fenómeno del intento de suicidio por los significados que giran en torno a este problema de salud.

Cuadro 22. Consumo de drogas por el adolescente por sexo.

Variable		Tipo Droga1					Total	
		Alcohol	Tabaco	Solventes	Anfetaminas	Cannabis	Sin dato	Alcohol
Sexo	Mujer	26 92,9%	2 100,0%	2 100,0%	1 100,0%	5 83,3%	67 74,4%	103 79,8%
	hombre	2 7,1%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 16,7%	23 25,6%	26 20,2%
Total		28 100,0%	2 100,0%	2 100,0%	1 100,0%	6 100,0%	90 100,0%	129 100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

En cuanto al consumo de drogas por los adolescentes se obtuvo una mayor incidencia en el consumo de alcohol principalmente en las mujeres con un 92.9% y para los hombres con 7.1%, pero en el rubro por consumo de cannabis las mujeres tienen un 83.3% en comparación con los hombres con 16.7%; si bien más de la mitad de la muestra para ambos sexos con 74.4% y 25.6% no consumen sustancias, si es un factor que está presente en una parte de la muestra lo que incrementa los factores de riesgo en la etapa adulta para la consumación del suicidio u otros tipos de salud.

Cuadro 23. Consumo de drogas en los adolescentes por sexo.

Variable		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Drogas sí, no	Sí usa drogas	36	3	39
		35,0%	11,5%	30,2%
	No usa drogas	67	20	87
		65,0%	76,9%	67,4%
	Sin dato	0	3	3
		,0%	11,5%	2,3%
Total		103	26	129
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

El uso de drogas en los adolescentes fue mayormente significativo en las mujeres con 35.0% en comparación con los hombres con 11.5%, existiendo mayor número de adolescentes que no consumen sustancias con un total de la muestra de 67.4%, pero debido a que el consumo de sustancias en la población de adolescentes está presente, lo cual se denotado debido a que el 30.2% de la muestra total lo consumía, exhibe que el trastorno psiquiátrico debe de abordar medidas preventivas para el evitar el consumo de sustancias, situación que potencializa el suicidio consumado en la etapa adulta del individuo.

Cuadro 24. Año de hospitalización del adolescente por sexo.

Variable		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Año	Año 2014	45	12	57
		43,7%	46,2%	44,2%
	Año 2015	58	14	72
		56,3%	53,8%	55,8%
Total		103	26	129
		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente. Análisis propio con base en expedientes 2014-2015, INPH.

El año 2014 la hospitalización para las mujeres fue 43.7% y para los hombres de un 46.2%, pero en comparación con el año 2015 existió un incremento para las mujeres con un 56.3% en comparación con los hombres que fue de 53.8%, lo significativo de los datos es que si existió un incremento de casos por intento de suicidio entre un año y el otro, Durkheim refería que existen etapas en la sociedad donde se incrementan los suicidios y periodos en los que descendía este tipo de actos.

5.1 Análisis y discusión

Durante la recopilación de la información se detectaron otros factores sociales relevantes, que inciden en la problemática sobre el intento de suicidio en adolescentes, si bien, varios de los que se mencionan contribuyen a reafirmar que el problema de salud tiene varias vertientes a considerar, ya que cada caso es único por las particularidades sociales que promueven tal acto, esto sin omitir que las enfermedades de tipo psiquiátrico también tienen aparición en esta problemática y que no son regla específica de que deba existir, ambos aspectos reafirman lo que denotan otros estudios realizados previamente.

Las pérdidas en la vida de los individuos es una constante, debido a que estas pueden ser de orden material, escolar, familiar, laboral, cambio de domicilio etc, pero para el caso que nos compete en relación al intento de suicidio, se encontró que un porcentaje de los adolescentes en estudio presentaron la pérdida por fallecimiento de alguno de los padres o abuelos (as), lo cual es un evento con gran carga simbólica y que en la etapa de adolescencia en la que existen cambios importantes, es un factor que se suma como parte del entramado de causas que contribuyen al intento suicida.

La ausencia de alguna de las figuras paternas es un aspecto que se suma a las causas que también se hacen presentes en el intento de suicidio en los adolescentes, debido a que la ausencia de alguno de los padres se origina en gran medida por separación o divorcio de estos mismos, los motivos que se pueden agregar a la separación son variados pero entre el más recurrente encontrado en la investigación fueron por violencia familiar o por algún otro factor en menor grado como procreación de otra familia o infidelidad, la disfunción entre la pareja y el cómo se llega a la separación marcan un camino previo de eventos no gratos para el adolescente y que son simbólicos, aunado a los cambios que se generaran en la familia, los roles cambian y los beneficios también se modificaran, este tipo de eventos generara en el individuo conflicto con alguno de los padres, por lo regular, alguno de los problemas inmediatos para el acto suicida tuvo relación con

alguna discusión con uno de los padres, creándose una situación tensa entre el padre o cuidador primario con el adolescente y a esto se agrega el desconocimiento de algún trastorno psiquiátrico del paciente, de lo cual son informados los familiares cuando acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil, pero, saber el diagnóstico por los padres no garantiza que el trato cambie y la contención al adolescente se modifique o se garantice la continuidad del tratamiento a largo plazo.

También se encontró que la ausencia de alguno de los padres puede ser originada por reclusión de algunos de los progenitores, siendo este aspecto más relacionado con el padre.

Ante la pérdida de alguno de los padres ya sea por fallecimiento o separación, también se puede agregar a esto otro tipo de pérdidas como el de la vivienda, amigos, escuela; si bien estos cambios se generan por problemas económicos y falta de vivienda, los constantes cambios para algunos de los adolescentes y el significado que tienen para ellos, son vividos con intensidad por el grado de relevancia y apego para los adolescentes, esto es también un factor que se suma al intento de suicidio como parte del amplio entramado de factores sociales y económicos con los que el adolescente tiene que vivir y transitar.

Otro aspecto que se denota en la muestra de estudio es la falta de reglas y límites por parte de los padres hacia los hijos o dificultad entre ambos padres para llegar a acuerdos, esto se refleja en padres permisivos o autoritarios, que para algunos casos se llega al matriarcado o patriarcado, existiendo una disfunción familiar caótica, aunado a los deficientes roles realizados por los padres, situación donde el padre no se involucra en el cuidado de los hijos, siendo su presencia periférica, esto crea una mayor responsabilidad de la madre, la cual en caso de laborar tiene que delegar el cuidado de los hijos hacia los abuelos maternos o en su caso a alguno de los tíos maternos, esto se puede considerar como un adecuado apoyo, pero también existen riesgos implícitos en este tipo de ayudas, esto en algunos de los casos propicia la interferencia de la familia extensa, limitando y minimizando la

autoridad de la madre o de algún otro cuidador del adolescentes; sumado a lo anterior, también se agrega el número de integrantes en la familia y si esta es extensa, el número de menores de edad y el de los adultos, será un factor que también incide en la organización de las reglas y límites, además de delimitar quien las indicara. Otro aspecto a denotar es el que en alguno de los casos en donde no existe la presencia de alguno de los padres o de la familia extensa, se llega a delegar el cuidado de los hijos menores al hijo mayor, agregándole actividades del hogar, las circunstancias denotan una red familiar limitada o nula, esto también es relevante debido a que las relaciones familiares también brindan información sobre sus lazos afectivos o de rechazo hacia la familia.

Uno de los aspectos que aparecen en la muestra de adolescentes son las separaciones de los padres o ausencia de alguno de ellos, pero también en contraparte se detecta la reconstrucción de las familias ya sea por vía materna o paterna, esta incorporación de una pareja por parte de progenitor (a), es también un evento significativo para los adolescentes que pueden tener aceptación o no, pero para la muestra en estudio se observa el rechazo del adolescente a este nuevo integrante a la familia y de igual manera si llegan hermanastros o con hijos procreados de la pareja actual del padre o madre; esto llega a generar rivalidad entre medios hermanos, incluso se detectó que también en el subsistema fraterno existe rivalidad .

Por otra parte también se encontró que los adolescentes con intento de suicidio en algunos de los casos padecieron de acoso escolar por sus compañeros. Harris Petrie en su libro *el Acoso en la escuela. Los agresores, las víctimas y los espectadores* afirma que la mayor parte de la víctimas de acoso escolar son pasivas, es decir, se trata de niños inseguros, callados con pocos amigos y que por ende padecen de una baja autoestima, Rigby en *Acoso en la escuela*, “señala que hay pruebas indirectas de la existencia de una relación entre el suicidio y el hecho de haber sido víctima de acoso escolar. Siendo así que hace mención de una trágica historia de un joven australiano que se ahorcó y dejó una nota en la que atribuía su decisión entre otras cosas, a haber sufrido repetidamente la

violencia escolar en su centro” (1996,25) este tipo de agresiones en la escuela de los adolescentes es solo uno de los factores que amenazan a esta población de adolescentes, también se detectó bajo rendimiento o deserción escolar, pero además existen otro tipo de abusos que se encontraron como el del abuso sexual prioritariamente en los adolescentes del sexo femenino, otro factor es que algunas de las adolescentes femeninas presentaron vida sexual activa, esto implica que las menores han mantenido involucración afectiva (noviazgo), evento que conlleva al rompimiento de los mismos, y que se vuelve uno de los factores que se suman a la problemática del intento del suicidio en adolescentes.

Dentro de la diversidad de eventos o circunstancias que rodean a este problema social, se contempla en los hallazgos el estado de salud de los padres, las enfermedades de tipo crónico degenerativo en alguno de los progenitores es un factor que incide en la dinámica de la familia de forma emocional, psicológica, e inclusive económica, creando de esta manera incertidumbre ante lo que ocurra en un futuro, sin embargo existen efectos que se perciben de inmediato, los cuales cambian la distribución y responsabilidades, siendo delegados a otros, incluyendo al adolescente, por lo tanto este tipo de eventos es significativo y preocupante para el individuo, situación que se agrega como un factor estresante que contribuye al acto del intento del suicidio.

En relación a la salud, en específico a la del padre, también se encontró que el alcoholismo es uno de los problemas de salud y generador de violencia, Marco A. Jiménez y Ernesto Rivera, en *“Institución escolar, familia y violencia”* explica la diferencia entre violencia y agresión “La primera es exclusiva de las relaciones humanas, mientras que la agresión es una forma particular de comportamiento que no necesariamente tiene propósitos específicos, que depende de estados de ánimo y suele ser propia de otras especies”(2011,111). Lo anterior se suma a la problemática familiar ya que no solo afecta al adolescente, sino a todo el núcleo familiar desde lo emocional hasta lo económico, aunado a generar una decadencia de la figura de autoridad, situación que limita o disminuye la capacidad de indicar reglas y límites; otro aspecto a denotar son las adicciones que son realizadas por

los padres o hermanos, sin embargo, los adolescentes con intento suicida también son consumidores de sustancias, esto para algunos de los casos detectados, por lo tanto esto también es parte de lo que se suma a las causas intrínsecas del intento de suicidio.

Otros aspectos que se encontraron y que se relacionan con la modernidad tecnológica que desde hace más de una década ha tenido un impacto en la sociedad, es en relación al uso de las computadoras, teléfonos celulares, redes sociales, facebook, whatsapp, etc, Alejandro Águila en *Suicidio, la última decisión*, refiere que “el uso de internet se ha globalizado y si esta fuera empleada de forma razonable, inteligente y adecuada, su globalización sería razonable, pero si es utilizada con fines sádicos, enfermizos y mezquinos, estos mismos elementos se globalizaran” (2012,69). En la red se pueden encontrar juegos, chistes e inclusive música referente a actos suicidas, así como recetas, métodos y técnicas para realizar dicho acto. Uno de los grupos más activos es *alt.suicide.holiday (a.s.h, ASH o ash)* aparecido en la década de 1980, para los adolescentes el uso de las tecnologías de la comunicación ha sido algo que se ha incorporado a su cotidianidad con uso diario, pero para el caso que nos compete se observó que en algunos de los casos, los adolescentes con intento de suicidio hacen uso excesivo de este tipo de objetos electrónicos, pueden existir varias alternativas de indagar el motivo y su causas de tal conducta, pero por el momento, solo se hace la referencia de este comportamiento.

Otro aspecto que se denota tiene que ver con la identidad sexual para algunos de los adolescentes, esta etapa es significativa, pero sin embargo el curso que se lleve para tal identificación sexual, el medio en el que se desarrolla, ya sea el familiar o el ambiente escolar, existirá un grado de reacción, aunado a esto se tiene que hacer mención, que, en el contexto actual ha existido una apertura más amplia a la diversidad sexual y esto también permea en las nuevas generaciones, esta diversidad de la sexualidad es un factor más de lo que enfrentan los adolescentes.

Es importante señalar que la información recabada de los 129 expedientes arrojan más vertientes que no se integraron a esta investigación, pero aparecen, solo para algunos de los casos, si bien no representa un mayor porcentaje, es relevante la presencia de estos elementos como parte de la complejidad del fenómeno suicida en estudio para algunos de adolescentes, como lo fue la desvinculación afectiva del padre, ejercicio de la prostitución o infidelidad por alguno de los padres, si bien no tiene mayor porcentaje, también fue significativo el que para algunos de los individuos la etapa de crianza o primeros años de vida lo cursaron con los abuelos maternos y la falta de su continuidad en el cuidado por diversos motivos es una carencia significativa y relevante para los adolescentes con intento de suicidio.

El acto suicida que solo queda en intento para algunos casos se encontró un tipo de evidencia preocupantes en relación al acto suicida, como el pacto suicida que realiza el adolescente con otro individuo, esto es un elemento que muestra, que la problemática también puede trascender a otras personas, en el libro de Robert Louis Stevenson(2008) “ El club de los suicidas” el autor nos recuerda a un club de suicidas en contubernio, de igual forma se crean entre algunos adolescentes mismas redes, sin que se pertenezca a un club, lo cual no se detectó en la información recopilada, a esto podemos agregar que dentro del proceso o curso del acto suicida este es un estadio más avanzado debido a la planeación; también se halló en la muestra la realización de la carta póstuma, si bien ya, V. Alejandro Paya en su libro “ El don y la palabra, un estudio socio antropológico de las cartas mensajes póstumos del suicida”(2012, pag55, 56), hace referencia a este tipo de mensajes “ Así, la letra, la fotografía, o la misma rubrica, mantiene la impronta personal, reiteración de la singularidad, de la experiencia irreversible de quien tiene el poder y la voluntad de decidir sobre su vida”, “El contenido de la carta póstuma presenta paradojas, sobrentendidos y presupuestos que aluden a situaciones vividas, evocan e insinúan hechos conflictivos, que tal vez los sujetos involucrados hubieran podido descifrar”, por lo anterior, si bien en el caso del suicidio consumado quedan dudas y preguntas sin poder resolver sobre el acto del individuo, para el caso de los adolescentes con intento de suicidio en los que se llega a detectar este tipo de mensajes, existe una oportunidad o muchas oportunidades de poder apoyar al adolescente para su atención.

Por lo anterior la relevancia de la información obtenida de los expedientes fue relevante al ser extraída en su mayoría por el apartado médico y el de trabajo social, esto simbólicamente alude a los factores sociales y de salud mental que se manifiestan en el adolescente, no es que una información valga más por el profesional que la emite a la del otro, la importancia del fenómeno social que rodea al intento de suicidio debe ser abstraída por el trabajo social y desde ese campo utilizar la teórica que ayude a una mejor interpretación de la realidad social de los individuos, fundamentándose la intervención profesional del trabajador social sobre una base sólida que ayude no a la disciplina, sino a evidenciar que los factores sociales y la utilización de las teorías contribuyen a dimensionar de forma más cercana la realidad a la que se enfrentan los trabajadores sociales y las demás disciplinas, las instituciones piden del trabajo social la intervención practica omitiendo el uso de la teoría, incluso para las actividades del servicio del área de trabajo social, no solo se puede continuar que con el uso clásico de los métodos de trabajo social, se tienen que fortalecer con las teorías que ayuden a la comprensión de un fenómeno dado, en el caso de los intentos de suicidio como se utiliza la teoría de Bauman y la liquidez de las relaciones humanas o de Bourdier, individuos descapitalizados en los cuales sus campos sociales son limitados, como apropiarse de esta teoría y poder vertir en los métodos clásicos de la profesión, es ahí donde esta triada metodológica, teórica y de confrontación con la realidad pueden contribuir a crear un trabajo social con mayor presencia, alejándonos de la percepción del asistencialismo, la caridad, la consejería o de la ficha socioeconómica; constantemente se habla del trabajo social hacia los otros necesitados, pero los profesionales necesitamos hacer también trabajos social desde nuestros entornos institucionales, desde la utilización de nuestros medios y recursos, que la sistematización de nuestras experiencias no se pierdan en el olvido institucional, procurando se plasmen en las investigaciones sociales que contribuyan a la creación de propuestas institucionales o extra institucionales desde las organizaciones de la sociedad civil; si bien la academia brinda la teoría y la visión a nivel nacional y mundial del trabajo social, deberá existir un punto medio en el que la realidad que se vive institucionalmente ante las diversas

problemáticas se articule con la teoría y el quehacer profesional de los trabajadores sociales en un contexto dado.

Trabajo Social como una de las disciplinas que intervienen en el ámbito hospitalario tiene una gama amplia para intervenir, claro está que parte del que hacer es en una parte del orden administrativo, pero la intervención que se realice considerando que se cree una sinergia hacia la investigación social tendrá que potencializar los recursos del Trabajador Social, si se conoce que en la anterior reconceptualización del Trabajo Social en el siglo pasado, actualmente se debe considerar que la transición hacia la investigación del gremio se vuelve un requisito para una mejor intervención, aunado a la apropiación de teorías que puedan explicar el contexto y que fortalezcan a la disciplina, además es vital que el uso de las tecnologías se vuelvan una herramienta para brindar atención y orientación, además de optimizar los tiempos ya que los registros de consulta quedan en la nube como evidencia del que hacer del Trabajador Social, ya que en varias de las actividades del profesional no son registradas, ya sea por las deficientes formas de medir su trabajo o por la sobrecarga de actividades, lo antes expuesto hace referencia a el cambio o la modificación para proponer otras alternativas de intervención que contribuyan en las necesidades de aquellos grupos vulnerables, incluso debe existir un cambio, una inercia de propuestas que correspondan con la realidad de los fenómenos sociales y de los individuos, un Trabajo Social descontextualizado no aporta y queda una deuda histórica, habría que replantearse si la disciplina no tiene deudas históricas con la sociedad; el sentido de esta preocupación tiene que ver con innovar en las prácticas cotidianas institucionales; ante las problemáticas expuestas con anterioridad en relaciona al fenómeno del suicidio, se tiene que trascender más allá de los espacios públicos o institucionales, ese trabajo de campo desde las organizaciones de la sociedad civil, debido a que las problemáticas rebasan a la institución, debiendo considerarse acciones que trasciendan los muros institucionales hacia un trabajo social más abierto, es un reto difícil, pero comienza a gestarse este tipo de alternativas para aquellos que dimensionan un Trabajo Social con mayor independencia.

5.2 Conclusión

Los adolescentes hospitalizados durante los años 2014 y 2015, en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en las unidades Varones y Mujeres, manifestaron respecto al intento de suicidio resultados similares a los de investigaciones previas sobre factores como el de la salud mental, factores sociales, adicciones, prevalencia del intento entre hombres y mujeres, por lo que los resultados fueron relativamente equivalentes a esta investigación.

Los hallazgos fueron resultado de la revisión de los expedientes clínicos de cada uno de los adolescentes sobre todo en el apartado de Trabajo Social, y en ellos se observó la ficha socioeconómica, el estudio psicosocial y las diversas notas complementarias, lo que brindó datos sociodemográficos y una descripción de la problemática familiar del adolescente. Destaca que en cada expediente, la sección de Trabajo Social no mantenía una uniformidad para ampliar la información en otros rubros, como factores de riesgo, adicciones, otras enfermedades, problemas de vivienda, escolares y legales, entorno y medio nocivo entre otros aspectos, lo que resulta complejo para mantener ejes concretos sobre la familia.

Esto contrasta con lo que el médico psiquiatra realiza, debido a que estos profesionales se basan en los criterios del manual DSM-V, el cual es considerado como la principal fuente de consulta para el establecimiento del diagnóstico; adicionalmente, el médico agrega un apartado que incluye datos sociales. En este sentido, se observa un problema de índole profesional toda vez que la información descrita tanto por el médico como por el trabajador social tiene diferencias sustantivas, ya que por ejemplo la información del trabajador social es muy concreta y básica y responde incluso a diversos estilos y formas de sistematizar dicha información. Por el contrario, la información médica se aprecia estructurada atendiendo a un orden lógico y consecutivo, lo que evidencia un reto urgente para trabajo social relativo a las estrategias profesionales que deben adoptarse para unificar y estructurar la información de carácter social, en búsqueda del necesario

fortalecimiento de la disciplina que se requiere para la atención integral de la salud mental.

Al respecto, puede observarse como una oportunidad de comenzar a implementar nuevas estrategias, el hecho de que actualmente se ha comenzado a utilizar los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (CIE-10), y en este sentido se pretende que Trabajo Social se encargue de la descripción, investigación y análisis de los reactivos sociales que considera la CIE-10, a través de un instrumento propio que integre y aporte a la construcción de un diagnóstico social, que realmente contribuya a la atención social de la población usuaria.

También se encontró que tanto en el apartado médico como en el de trabajo social, se manejaban términos relacionados con el acto suicida de manera indistinta, e incluso algunos incongruentes, llegando a existir confusión en los términos utilizados, por ejemplo no se aclara o diferencia entre el ahorcamiento y estrangulación.

Por otra parte con relación a las teorías sociales que se consideraron para la comprensión del fenómeno del intento de suicidio, destaca que por su complejidad se requiere más de una para que apoyen a la mejor comprensión de esta problemática de salud pública. En este trabajo se requirió de la teoría de la liquidez o de las relaciones desechables de los individuos la cual argumenta que actualmente no se asumen compromisos que enfrentar, y en la que Z. Bauman, autor de esta propuesta teórica, señala un contexto de individualidad en donde todo es desechable. Asimismo, se vincula la teoría de Bourdieu en relación a los capitales sociales y simbólicos limitados para interactuar con los diversos campos donde se desarrolla el adolescente y para abordar el sistema familiar se utilizaron los postulados teóricos de Luhmann, quien argumenta que la familia es un sistema complejo en sí mismo y con la interacción con el macro sistema, lo cual son elementos que el adolescente parasuicida confronta día a día.

Finalmente, a esto se puede agregar la teoría de la desesperanza aprendida de Orem en el que la familia transmite conductas de desesperanza ante su entorno, contexto y de la propia persona, en el caso de que exista alguna enfermedad que contribuya a su percepción de una realidad fatalista. Esto se relaciona con lo que Durkheim aportó sobre la interacción íntima entre individuo y la estructura social, mencionando que en una sociedad integrada no es frecuente el suicidio, esto tendría que llevar a replantearnos qué está aconteciendo en nuestra actualidad donde los intentos de suicidio y el suicidio mismo van en aumento; posiblemente la desintegración social y cultural, en donde la individualidad y el modelo neoliberal crea escenarios más complejos para los individuos y sus sistemas familiares, los cuales tendrán que adaptarse como lo han hecho anteriormente desde los inicios de la familia.

Por lo anterior, el acercarse al evento del intento de suicidio en adolescentes a través de varias teorías contribuye a dimensionar de forma más sustentada y objetiva, la fenomenología de este problema de salud mental, hallando que una sola teoría resulta insuficiente para este propósito que ayude al Trabajo Social a tener mayores explicaciones de la realidad y su intervención, al mismo tiempo alejándose de ser sucesor de aquellos bien intencionados filántropos del siglo XIX, colocando en su lugar el conocimiento de las causas sociales y sus problemas sociales.

En términos generales se encontró que la población estudiada se caracterizó por la presencia de problemas con relación a la salud mental, principalmente de depresión relacionada con el acto del intento de suicidio, destacando que este acto lo realizan más las mujeres que los hombres. Como en prácticamente todas las problemáticas de salud, el entramado socio familiar en el que se desarrolla el adolescente resulta determinante. En este caso, el aspecto económico de las familias que acudieron al Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, para la atención de la salud mental del adolescente, se mostró como un factor influyente y característico del bajo perfil socioeconómico de las familias afectadas por la presencia de un intento de suicidio; en general estas familias presentaron un ingreso

que oscila entre \$3,000.00 a \$5,000.00, lo que indica una dificultad para la continuidad del tratamiento psiquiátrico, si se considera que no solo la salud mental es el único requerimiento del individuo, debiendo considerarse la integralidad de la salud del adolescente y demás miembros de la familia.

Por otra parte los adolescentes en su mayoría eran estudiantes y por lo general de religión católica como característica predominante, en el caso del ámbito escolar, en varias de las ocasiones son los maestros los que detectan problemáticas de conducta o aislamiento del adolescente, informando y canalizando a los padres a alguna instancia de salud, pero a pesar de este esfuerzo institucional, el adolescente se encuentra inmerso en la trama familiar en donde las relaciones sociales y redes familiares son tan complejas como el mismo acto del intento de suicidio, por tanto la existencia de eventos como la desintegración familiar, tipo de familia y la reconstrucción familiar, dejando de lado en cierto grado la familia nuclear, crean escenarios no adecuados para los adolescentes, estos elementos rodean a la muestra de adolescente que se revisó en los expedientes clínicos, a esta serie de problemáticas sociales se integran otros fenómenos como la violencia familiar o crisis familiares, aunado a deficiencias en la supervisión de los adolescentes al ser solo la madre en la mayoría de los casos la figura de autoridad que se responsabiliza de la familia y que de la cual se incrementan sus roles, requiriendo del apoyo de la familia extensa, es relevante mencionar que los antecedentes de salud mental en la familia están presentes en el núcleo familiar, en especial el trastorno por depresión, que si bien ésta no es una condición de todos los casos, también contribuye a dimensionar que el factor de la salud mental permea en la historia familiar, ya sea en el padre o la madre, pero que en varios de los casos no cuentan con seguimiento o tratamiento, elemento que no contribuye en la situación de salud para el adolescente, el cual requiere de un adecuado apoyo y contención familiar por la etapa generacional que transita.

Sin embargo la depresión fue uno de los trastornos más observados en la muestra como antecedente de salud mental, pero llama la atención que para algunos casos en particular, existió antecedentes por suicidio consumado en alguno de los

padres en especial por la figura paterna, el significado que el menor da a esto, ya sea como emulación o un acto solidario con el que ya no está, aunado a su historia de vida, potencializa el suicidio.

Durkheim y A. Paya ya mencionaban que los lugares tienen un carga simbólica, en este caso el lugar de los hechos donde se suscita este acto suicida, en la mayoría de las ocasiones fue realizado el hogar, los medios utilizados fueron en un sentido los que se tenían al alcance, lo que el medio provee y da (objetos del hogar), los métodos más utilizados fueron por envenenamiento en la mayoría por adolescentes mujeres y los actos con mayor grado de letalidad por los varones adolescentes, esto coincide con anteriores investigaciones, aunque se sabe que el número de intentos suicidas se desconoce con precisión y que sin duda esto es algo de las interrogantes, es claro que en la mayoría ha existido un intento, y si a esto se agrega que como otras investigaciones refieren y como Durkheim lo especificaba en su obra "El suicidio" existe un incremento del suicidio entre algunos años; por lo menos para esta muestra de adolescente, si hubo un incremento entre 2014 y 2015, esto también coincide con la Organización Mundial de la Salud, la cual hace mención de un importante incremento del suicidio para el 2020, pero más allá de las cifras y de que México es un país con una tasa no alta de suicidios como otros países de Europa, pero este fenómeno está presente y sigue aumentando, esto se refleja en principalmente en la zona sur de la república mexicana (Mérida), pero desde la disciplina de trabajo social y de otras tantas, ¿qué representan estos incrementos de los actos suicidas? es una debilidad de las instituciones de salud en correlación con un aspecto cultural que es limitada por los estigmas que se generan en la sociedad sobre la atención psiquiátrica; es la situación económica y el bajo ingreso, en un país donde la desigualdad es una brecha muy amplia o la deficiente estructura familiar, que no da soporte a sus integrantes, siendo limitados sus recursos y por ende rebasada; se pueden generar varias preguntas sobre este problema de salud pública, pero en lo tangible es que el individuo vive, el actor del intento de suicidio está en constante movimiento, cambiante de posición y de espacio, en una dualidad entre vida y muerte, pero es ahí donde el Trabajo Social en su diversidad para actuar tiene

algo en común con el intento de suicidio porque este también presenta un amplio abanico disciplinar, igualdad de circunstancias; desde qué mirada debe intervenir el Trabajador Social, en lo inmediato como solucionador inmediato o en principio apropiarse de una teoría que le ayude a la comprensión social del fenómeno y de sus actores, investigar desde el frente de acción, propiciar la investigación social como elemento que genere aportaciones a la misma disciplina y de la intervención, no se trata de juzgar lo realizado por otras generaciones de trabajadores sociales, que ayudaron a construir lo actual, es sistematizar las experiencias con la intención de replicar el conocimiento y que no quede como una acción perdida.

En este sentido la relevancia de esta investigación radica en utilizar aquellos medios disponibles que brinden información para generar nuevas alternativas de intervención institucional, en este caso el expediente clínico, fue significativo, por la información recabada, pero principalmente por el acercamiento al fenómeno del intento de suicidio y lo que este proceso de investigación aporta como elemento de construcción y que en conjunto con la investigación sobre estudios anteriores se dimensiona la problemática de forma más general, que generen cambios en la intervención, que si bien no se encontrará la forma de solucionarlos totalmente, si se pretende que los individuos sean parte de su cambio, lo cual será algo más factible cuando el Trabajo Social como disciplina logre que cada uno de sus profesionales introduzca la investigación social en su quehacer profesional, con la intención de fundamentar desde el ámbito social una posición que genere mayor presencia y un equilibrio disciplinar ante la realidad social de los grupos vulnerables y poder contribuir en sus necesidades actuales.

Referencias

- Águila, A. (2012). Suicidio: la última decisión. México: Trillas.
- Águila, A. (2014, P.p.3) Suicidio en Niños y Jóvenes, detección y Prevención. [www.suicidiologia.com .mx](http://www.suicidiologia.com.mx)
- Anónimo. (2015). No hay políticas públicas que prevengan suicidio en México: especialista. Abril 07, 2016, de Bajo Palabra Sitio web: <http://bajopalabra.com.mx/no-hay-politicas-publicas-que-prevengan-suicidio-en-mexico-especialista#.V3sqzBKgBKp>
- Bauman, Z. (2012). Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. Fondo de Cultura Económica. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf?ua=1
- Borges, Cherpitel, Macdonald, Giesbrecht, Stockwell, Wilcox: A case-cros-sover study of acute alcohol use and suicide attempt. *J Stud Alcohol*, 65(6):708-714, 2004.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304.
- Borges, Walters, Kessler: Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol*, 151(8):781-789, 2000.
- Cabrejos, C., Krüger, F., & Samalvides, F. (2005). Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos.
- Campo, G., Roa, J. A., Pérez, Á., Salazar, O., Piragauta, C., López, L., & Ramírez, C. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el hospital universitario del Valle, Cali. *Colombia médica*, 34(1), 9-16.
- Chávez Hernández, A. M., Pérez Hernández, R., Macías García, L. F., & Páramo Castillo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14(3), 12-20.
- Chavez-Hernandez, A.M., & Leenaars, A.A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360.
- CONAPO. Antología de la sexualidad humana II, (1994), Ed. Miguel Ángel Porrúa. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>
- De la Fuente, R. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-9.
- Durkheim (1897), *El Suicidio*, Ed. Tomo, Pp.13

- www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_
- Eguiluz, Luz de Lourdes, ¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?, Ed. Pax México, (2010:7)
- Eguiluz, Luz de Lourdes. Dinámica de la familia, un enfoque psicológico sistémico, Ed. Pax México (2003:)
- Forteza, C. G., Lira, L. R., &Echeagarray, F. A. W. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- G., Roa, J. A., Pérez, Á., Salazar, O., Piragauta, C., López, L., & Ramírez, C. (2003). Intento de suicidio en niños y adolescentes, sus Campos.
- Garza, F. (2008). Suicidio: medidas preventivas. México: Trillas.
- Giberti, E. La clasificación de las familias: La familia a pesar de todo. Buenos Aires, (2005), Ed. Novedades educativas, Pp. 319 a 323.
- Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER, Terán-Trillo M, Fernández. Ortega MA, Yáñez Puig EJ. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar*. México, 1999; 1(1):13-20.
- Gómez, A., Lolas, F., & Barrera, A. (1991). Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. *Salud mental*, 14(1), 25-31.
- González-Forteza, C., Borges, G., Gómez Castro, C., & Jiménez Tapia, A. (2013). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas.
- González-Forteza, C., Mariño, M. C., Mondragón, L., & Medina-Mora, M. E. (2000). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. *Psicología Conductual*, 8(1), 147-152.
- González-Forteza, C., Ramos-Lira, L., Vignau-Brambila, L. E., & Ramírez-Villarreal, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Bermúdez, P., & Amador, N. (2002). "Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.

- Hernández-Bringas, H. H., & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17(68), 69-101.
- Holguín, J. A. M., Rodríguez, M. J. C., Pérez, R. R., & Valdez, E. A. (2013). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y salud*, 17(1), 45-51.
- <http://www.paho.org/mex> (Lanzamiento para las Américas del Primer Informe Global sobre Suicidio de la Organización Mundial de la Salud, 2014).
- INEGI (2003, P.p. 18), *Estadísticas de Intento de Suicidio y Suicidios*, cuaderno Núm. 9, Edición 2003.
- INEGI. (2011). *Estadísticas de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. México.
- Jiménez, I. (2005). *Ensayos sobre Pierre Bourdieu y su obra [I]*. Plaza y Valdés.
- Jiménez, M. A, Paya, V. A. *Institución Escolar, Familia y Violencia*, Juan Pablos Editor, México (2011:111).
- Koller, Preuss, Bottender, Wenzel, Soyka: Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *EurArchPsychiatryClinNeurosci*, 252(4):155-160, 2002.
- Larraguibel, Q., González, M., Martínez, N., & Valenzuela, G. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revistachilena de pediatría*, 71(3), 183-191.
- Luz de Lourdes Eguiluz (2003), *Dinámica de la familia: Un enfoque psicológico sistémico*, Editorial Pax México.
- Medina Mora, M. E., Rascón, M. L., Tapia, R., Mariño, M. D. C., Juárez, F., Villatoro, J., & Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. In *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* (Vol. 3, pp. 48-55).
- Mejía, Sanhueza, González (2011), *Factores de Riesgo y Contexto del Suicidio*. Chile.
- Miranda de la Torre, I., Rodríguez, C., José, M., Román Pérez, R., & Abril Valdes, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud mental*, 32(6), 495-502.
- Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud mental*, 24(6), 4-15.
- Moron, P.(1992). *El Suicidio* (vol.11). Publicaciones Cruz O.,SA.
- OMS, 2000, *Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas, trastornos mentales y cerebrales*, en OMS, 2010. *Estadísticas sanitarias mundiales*, Departamento de salud mental y toxicomanías, tomado de <http://www.who.int>

- Overmier, J. B. (1986). Lecciones estratégicas de la desesperanza aprendida. *Revista latinoamericana de Psicología*, 18(3), 387-404. (pág 392)
- Pan American Health Organization.. (2014). En las Américas hay más de 7 suicidios por hora, indica nuevo informe de la OPS. Abril 07, 2016, de Organización Panamericana de la Salud Sitio web:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114%3A2014-new-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
- Paya, A. Víctor, *El don y la palabra, un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida*, México. Casa Juan Pablos, UNAM, 2012.
- Perales-Blum, M.T.L., & Loredó, L. (2015). Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor. *Salud Mental*, 38(3), 195-200.
- Pereda, C. Configuración de nuestro modelo actual en: *Nuevo Modelo de Terapia y Familia*. Madrid (1995), Nueva utopía, Pp.7-19.
- Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(2), 196-217.
- Pérez Barrero, S., & Reytor Sol, F. (1995). El suicidio y su atención por el médico de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11(4), 11-18.
- Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. M., & Ayala-Aguilera, J. P. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Rev. Salud pública (Bogotá)*, 9(2), 230-240.
- Rodríguez Valdés, R., Pedraza Vilela, M., & Burunate Pozo, M. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(1), 0-0
- Saucedo-García, J. M., Lara-Muñoz, M., & Fócil-Márquez, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63(4), 223-231.
- Secretaría de Salud (2012). Norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012. México
- Sherr (1989), *Agonía, muerte y duelo*. Ed. Manual Moderno, P.p.244, 245.
- Silva Arciniega, Rosario; Brain Calderón, Ma. Luisa (2006). Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico. Serie Salud Pública y Trabajo Social. No. 1 ENTS-UNAM. Dirección General de Asuntos del Personal Académico. México, 2006. Proyecto PAPITT IN305300.

- Souza, L. D. D. M., Silva, R. A. D., Jansen, K., Kuhn, R. P., Horta, B. L., Pinheiro, R. T.,... & Suárez-Díaz, M. J. (2010). Ideación suicida. *Rev. Bras. Psiquiatría*, 32(1), 37-41.
- Stevenson, Robert Louis. *El Club de los suicidas*, Signo Editorial S.A de C.V, México, (2008)
- Tuesca, R., & Navarro Lechuga, E. (2012). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista Científica Salud Uninorte*, 17.
- Tuiran, R. Estructura familiar y trayectorias de vida en México en: *Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*, Porrúa, Flacso, México (2001)Pp 23 a 65.
- Valdivia, M., Ebner, D., Fierro, V., Gajardo, C., & Miranda, R. (2001). Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: Una revisión de cuatro años.
- Valdivia, M., Schaub, C., & Díaz, M. (1998). Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. *Revista chilena de pediatría*, 69(2), 64-67. www.who.int/mental-health/media/general-physicians-spanish.pdf(P.p.6,7)
- www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es
- www.who.int/topics/suicide/es/ 2016

ANEXOS

Tabla No.1
Revisión de artículos científicos sobre suicidio e intento suicida: año y metodología

Año	País	Autores	Tipo de Estudio	Objetivo	Resultados
1991	Chile	Alejandro Gómez, Fernando Lolas, Álvaro Barrera.	Recopilación bibliográfica	Identificar factores asociados al suicidio	La impulsividad, agresividad y la desesperanza son rasgos de la personalidad de personas con conducta suicida.
1992	México	María Elena Medina Mora, María Luisa Rascón, Roberto Tapia E, María del Carmen Mariño, Francisco Juárez, Jorge Villatoro, Jorge Carabeo, Mario Gómez.	Cuantitativo	Estudio a nivel Nacional sobre trastornos Mentales (Depresión, Ideación Suicida, Intento de Suicidio)	La Depresión fue más frecuente en la población de mayor edad, en comparación los intentos de Suicidio fue mayor en jóvenes.
1995	Cuba	Sergio Pérez Barrero, Francisco Reytor Sol.	Cualitativo	Participación del Médico para la prevención de la conducta suicida	Mejorar el cumplimiento de los programas a la prevención de la conducta suicida y valorar adecuadamente al paciente con riesgo suicida.
1996	México	Catalina González-Forteza, Guilherme Borges, Cecilia Gómez Castro, Alberto Jiménez Tapia.	Cualitativo	Epidemiología desde el acto suicida a Nivel Nacional e Internacional	El consumo del alcohol y drogas son factores de riesgo para la conducta suicida.
1998	Chile	Mario Valdivia P., Claudia Schaub M. Marcela Díaz P.	Descriptivo	Descripción de las circunstancias del intento suicida en niños	La mayoría de los intentos suicidas fueron de forma impulsiva, sin planificación con mayor ingesta de Fármacos, y mayor abandono del tratamiento.
1999	Perú	Dante Duran, Guido Mazzotti, Aldo Vívar.	Descriptivo Transversal Cuantitativo		
1999-2000	Colombia	Rafael Tuesca Molina, Edgar Navarro Lechuga.	Socio-demográfico Cuantitativo	Identificar riesgos asociados a la población suicida	Las prácticas del intento suicida en la mujer es menos agresivo en comparación con

2000	Chile	Marcela Larraguibel Q, Patricia González M, Ricardo Valenzuela G.	Bibliográfica	Delimitar grupos con riesgo preventivos y terapéuticos en el intento de suicidio	la de los hombres y que las enfermedades somáticas Ansiedad, Depresión y crónicas son factores de riesgo para el suicidio. El riesgo del suicidio aumenta con la edad, aunado a una Psicopatología entre niños y adolescentes, además de discordia en la familia. Los Hombre como las Mujeres con intento de suicidio presentan pasividad y aislamiento en el medio social en que viven, aunado a un medio familiar hostil.
2000	México	Catalina González-Forteza, María del Carmen Mariño, Liliana Mondragón y María Elena Medina-Mora.	Bifásico Cuantitativo Cualitativo	Intento de suicidio con el uso del tiempo libre en adolescentes Mexicanos	Se carece de indicadores sobre la severidad del Intento Suicida.
2001	México	Liliana Mondragón, Guilherme Borges, Reyna Gutiérrez.	Cualitativo Descriptivo Transversal	Unificación de Criterios y datos entre Instituciones de la ideación suicida y del Intento Suicida	La depresión e ideación suicida fue considerablement e alta en ambos sexos, y las víctimas con abuso sexual que intentaron suicidarse fue en mujeres posterior de dos años del abuso
2001	México	Catalina González-Forteza, Luciana Ramos Lira, Luz Elena VignauBrambila, Claudia Ramírez Villarreal.	Cuantitativo Descriptivo Comparativo	Frecuencia del Intento Suicida en adolescentes con abuso sexual	La mitad de la muestra de estudio presentó violencia familiar, las mujeres de 10 años con mayor intento suicida mediante
2001	Chile	Mario Valdivia, Daisy Ebner, Valeska Fierro, Carolina Gajardo, Rubén Miranda.	Descriptivo Bio-demográfica Exploratorio	Factores en el entorno familiar relacionados con el Intento de Suicidio	

					fármacos aunado a una alta incidencia psicopatológica, con abandono al tratamiento.
2002	México	Catalina González-Forteza, Jorge Villatoro Velázquez, Isabel Alcantar Escalera, Ma. Elena Medina-Mora, Clara Fleiz Bautista, Patricia Bermudes Lozano, Nancy Amador Buenabab.	Cuantitativo sociodemográfico		
2002	Perú	C. Cabrejos, H. Kruger y F. Samalvides	Descriptivo Prospectivo Transversal	Descripción de características Biopsicosociales y los diagnósticos en menores de 18 años con intento suicida.	La depresión mayor y la distimia son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, en estudiantes, con problemas académicos, maltrato Psicológico y físico, seguido de intentos previos. El promedio de edad del único/intento de suicidio se da en mujeres de 12 años y en hombre de 11 años, aunado a depresión e ideación suicida. Resalta la presencia de comportamiento violento, ambiente hostil así como disfunción familiar severa además de perturbación en el ámbito sexual
2003	México	Catalina González Forteza, Luciana Ramos Lira, Miguel Ángel Caballero Gutiérrez, Fernando A. Wagner Echegaray.	Transversal y Ex post-facto Cuantitativo	Presencia de conductas suicidas en estudiantes de secundaria	
2003	Colombia	Gerardo Campo, Jaime Arturo Roa, Angela Pérez, Omar Salazar; Carolina Piraguata, Luz López, Clara Ramírez.	Clínico Descriptivo	Presencia de enfermedad mental asociada al intento suicida	
2003	México	Alberto Jiménez Tapia, Catalina González-Forteza.	Cualitativo Descriptivo		
2004	México	Ana María Chávez Hernández, Rosaura Pérez Hernández, Luis Fernando Macías García y Daniel Paramo Castillo.	Exploratorio Ex Post-Facto Cuantitativa	Prevalencia de ideación suicida entre estudiantes	Predomina el sexo femenino en la ideación y tentativa suicidas aunado a problemas personales, acoso o violación, abuso,

					aborto y pérdida significativa.
2004	Cuba	Roberto Rodríguez Valdez, Pedraza VilelaMagalys, Mercedes Buranate Pozo.	Descriptivo Retrospectivo		
2006	México	José Arnulfo Monge Holguín, María José Cubillas Rodríguez, Rosario Román Pérez y Elba Abril Valdez.	Cuantitativo	Intento de suicidio en familias con ambiente familiar negativo	Rechazo de los padres y conflicto familiar, sin tratamiento médico y psicológico
2006	México	Ana G. Gutiérrez-García, Carlos M Contreras, Rosselli Chantal Orozco-Rodríguez.	Retrospectiva Descriptivo	Establecer definiciones precisas del Intento suicida,	El Suicidio es multifactorial y complejos
2006	México	Juan Manuel Saucedo-García, Ma. Del Carmen Lara, psiquiatra infantil Navarro.	Cuantitativa Comparativa Socio demográfica	Jóvenes con Intento Suicida	Mayor prevalencia de Depresión e impulsividad en hombres, aunado a problemas familiares y psicopatológicos.
2007	Colombia	Jenny García- Valencia, Carlos Palacios- Acosta, Samuel Arias, María Ocampo, Jorge Calle, Diana Restrepo, Gabriel Vargas, Carlos López.	Transversal	Antecedentes familiares del suicidio y trastornos psiquiátricos	La mayoría de la muestra intentó suicidarse por intoxicación y medicamentos.
2007	Colombia	Isabel Pérez-Olmos, Esther Rodríguez-Sandoval, Mónica M.Dussán- Buitrago Y Juan P. Ayala-Aguilera.	Cuantitativo Retrospectivo Socio demográfico	Intento de suicidio en adolescentes	Frecuencia alta de conflictos familiares, escolares, y la asociación del sexo con perfiles específicos socioculturales, conductuales y emocionales.
2009	México	Ixchel Miranda de la torre, María José Cubillas Rodríguez, Rosario Román Pérez, Elba Abril Valdez	Descriptivo Comparativo Transversal Cuantitativo		
2010	México	Guilherme, Borges, Ricardo Orozco, Corina Benjet, Maria Elena Medina Mora.	Transversal Cuantitativa	El suicidio Consumado	Incremento del suicidio en edades entre 15 a 29 años de edad, prevalencia de la ideación suicida en adultos de 18 a 29 años, de estos últimos reportan poco