



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

## FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN UNA  
POBLACION DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL  
"LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA:  
MARTHA CONDE GUTIERREZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD  
PEDIATRIA

ASESOR DE TESIS:  
DRA. MA. CARMEN MEJÍA FIGUEROA

NO. DE REGISTRO DE PROTOCOLO  
468.2016

CIUDAD DE MÉXICO

2019



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.



---

DR. DANIEL ANTONIO RODRÍGUEZ ARAIZA  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

---

DRA. FLOR MA. DE GUADALUPE AVILA FEMATT  
JEFE DE ENSEÑANZA MEDICA

---

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ ARELLANO  
JEFE DE INVESTIGACION

---

DR. JORGE ARABI SALAS

PROFESOR TITULAR

---

DRA. MA. CARMEN MEJÍA FIGUEROA  
ASESOR DE TESIS

El suicidio es una cuestión de salud pública, por ello, en la mayoría de los países, la tasa de suicidio es considerada un indicador de la salud mental de su población.

El suicidio es un problema multifactorial, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales; sin embargo, la OMS señala que la prevención y el tratamiento adecuado de la depresión, abuso de alcohol y otras sustancias, así como de quienes han tenido intentos suicidas, permite la reducción de las tasas de suicidio.

La combinación de características demográficas con factores sociales predispone la decisión de una persona para quitarse la vida. Algunos estudios mencionan que este comportamiento se ve diferenciado, no sólo por sexo, sino también por grupos de edad. Entre los jóvenes existen factores de índole laboral y económica.

Aunque es difícil estudiar el intento e ideación suicida, sí se detecta a tiempo a los adolescentes que presentan estas conductas, se pueden evitar muchos suicidios. Por lo tanto, al conocer los factores de riesgo de dichas conductas, se pueden iniciar acciones de investigación y preventivas, para esta población, que como se ha visto, es donde tiende a aumentar este problema.

Considerando lo expuesto anteriormente es importante determinar los factores de riesgo para intento de suicidio en adolescentes ingresados al Servicio de Urgencias Pediatría del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Ana, mi madre, quien me enseñó a luchar por mis sueños y siempre me brinda su apoyo y amor incondicional, que han sido la clave para seguir adelante.

A Diego, mi hermano por ser el ejemplo de perseverancia y entrega para lograr tus objetivos, gracias por cambiar mi vida.

A mi familia mi abuelo Jesús, a Laura, Gaby, Paty, Sergio, Fernanda, Alma por vivir este sueño conmigo, por sus preocupaciones y desvelos, este logro también es suyo.

A mi asesora de tesis por su paciencia y orientación invaluable, sin ella esto no sería posible.

Al Dr. Helios Cárdenas por su apoyo para concluir este trabajo

A mis maestros por compartir su sabiduría y experiencia, a todos ellos mi infinita admiración y agradecimiento.

A Polo, quien me ha brindado todo el apoyo para realizar mis metas, gracias por todo tu cariño.

## INDICE

1. INTRODUCCION.....	7
2. MARCO TEORICO.....	8
3. JUSTIFICACION.....	12
4. OBJETIVO GENERAL.....	13
5. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
6. MATERIAL Y METODOS.....	14
7. CONSIDERACIONES ETICAS.....	16
8. RESULTADOS.....	17
9. DISCUSIÓN.....	26
10. CONCLUSIONES.....	29
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	30
12. ANEXOS.....	32

## 1. INTRODUCCION

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio se define como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal. El suicidio es una cuestión de salud pública, por ello, en la mayoría de los países, la tasa de suicidio es considerada un indicador de la salud mental de su población. El suicidio es un problema multifactorial, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales; sin embargo, la OMS señala que la prevención y el tratamiento adecuado de la depresión, abuso de alcohol y otras sustancias, así como de quienes han intentado suicidarse, permite la reducción de las tasas de suicidio.

La combinación de características demográficas con factores sociales predispone la decisión de una persona para quitarse la vida. Algunos estudios mencionan que este comportamiento se ve diferenciado, no sólo por sexo, sino también por grupos de edad. Entre los jóvenes existen factores de índole laboral y económica.

La ideación suicida implica pensamientos y verbalizaciones recurrentes de autolesionarse o provocarse la muerte; por otra parte, el intento suicida es un acto realizado por la persona en forma deliberada contra sí misma, sin llegar a tener como resultado la muerte. Este último punto, la intencionalidad de matarse, plantea dificultades, ya que el concepto de muerte del niño y la intencionalidad del acto se constituyen junto con el desarrollo evolutivo y cognitivo de la persona. En los niños, la comprensión de la irreversibilidad de la muerte no está presente antes de los 8 años.

Finalmente, el suicidio consumado es el acto autoinfligido por la persona que resulta en su propia muerte. Aun así, en ocasiones se presentan conductas autoagresivas en niños menores, asociadas a trastornos psicopatológicos del espectro de la impulsividad o familias muy desorganizadas, lo cual implica un riesgo para la vida del niño sin conciencia e intención del acto que realiza.

Del total de intentos suicidas ocurridos en México durante el 2013 81.7% fueron consumados por hombres y 18.2% por mujeres. El suicidio se ha vinculado a diversos factores de riesgo, algunos autores lo relacionan con factores asociados al periodo perinatal, que predisponen a una mayor posibilidad de padecer trastornos emocionales a temprana edad. También se ha relacionado la conducta suicida con el incremento del divorcio en los entornos familiares.

No se cuenta con datos fiables de la dimensión real del número de intentos de suicidio a escala global pues son muy pocos los países que disponen de estadísticas de esta patología. De manera que representa un fenómeno poco estudiado, sobre todo en menores de 15 años.

Hay indicios de que, dependiendo del lugar, los intentos de suicidio pueden llegar a ser de 10 a 40 veces más frecuentes que los suicidios consumados. Los estudios existentes concuerdan en que, en las últimas décadas, se observa un importante incremento de las conductas suicidas infantojuveniles y una disminución en la edad de presentación.

Debido a lo encontrado en las investigaciones realizadas en México acerca de la ideación e intento suicida en adolescentes, y tomando en cuenta el aumento que está teniendo dicho fenómeno, así como la presencia de algunos cambios sociales subyacentes tales como el incremento en la urbanización, la migración, la disolución de las redes familiares, el aumento en el consumo de drogas por los jóvenes, y los cambios en el perfil epidemiológico del país, es necesario orientar una mayor atención a estos problemas, que parecen tener un alto índice predictivo de las conductas suicidas.

En general, se cuenta con pocos estudios en relación a suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes. Los existentes, muestran incremento en las conductas suicidas en los últimos años en dicha población. En México se presenta igual situación, por lo que se hace necesario la clara identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida en estos grupos de edad.

Al conocer los factores de riesgo de dichas conductas, se pueden iniciar acciones de investigación y preventivas, para esta población, que como se ha visto, es donde tiende a aumentar este problema.

## 2. MARCO TEORICO

El término “suicidio” en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, Sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra “suicidio” en su obra *Religio Medici* (1642). Médico y filósofo, Browne, creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar) (1).

Las conductas suicidas infantojuveniles son actos que se expresan, en menor a mayor gravedad, de la siguiente manera: ideación suicida, intento de suicidio y el suicidio consumado. La ideación suicida implica pensamientos y verbalizaciones recurrentes de autolesionarse o provocarse la muerte; por otra parte, el intento de suicidio es un acto realizado por la persona en forma deliberada contra sí misma, sin llegar a tener como resultado la muerte. Este último punto, la intencionalidad de matarse, plantea dificultades, ya que el concepto de muerte del niño y la intencionalidad del acto se constituyen junto con el desarrollo evolutivo y cognitivo de la persona. En los niños, la comprensión de la irreversibilidad de la muerte no está presente antes de los 8 años. Finalmente, el suicidio consumado es el acto autoinfligido por la persona que resulta en su propia muerte. Aun así, en ocasiones se presentan conductas autoagresivas en niños menores, asociadas a trastornos psicopatológicos del espectro de la impulsividad o familias muy desorganizadas, lo cual implica un riesgo para la vida del niño sin conciencia e intención del acto que realiza. (2)

El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo en todas las edades, mientras que en jóvenes de 15 a 19 años ocupa el segundo o tercer lugar. (1,6) Se calcula que, en el año 2000, unas 815.000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100.000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. (3)

Se dice que la sociedad debe asegurar al individuo a través del sistema familiar, y de la provisión de aportes físicos, psicosociales y culturales, que se requieren para que cumpla con sus funciones. Sin embargo, ello cada vez es más difícil, debido a que los cambios sociales que han ocurrido en las últimas décadas, consecuencia de la dinámica y composición de la

estructura demográfica de la población, de las recurrentes crisis económicas y de una acelerada apertura social y cultural frente al proceso de modernización y globalización han afectado la vida de toda la población, pero en especial la de los adolescentes.

En la actualidad, los perfiles epidemiológicos indican que los adolescentes son el grupo poblacional con mayor riesgo suicida. Debido a ello, es fundamental realizar investigaciones en dicho grupo. Por tal motivo en México, principalmente en el Instituto Nacional de Psiquiatría se han realizado diversas investigaciones, las cuales intentan dar una visión general de la conducta suicida principalmente en esta población.

Asimismo, los resultados de dichas investigaciones evidencian que el problema del suicidio ya se ha tornado un importante problema de salud pública (González-Forteza, Ramos, et al, 2002).

A nivel mundial, más de 800 mil personas mueren por suicidio cada año. En México, en 2013 se registraron 5 909 suicidios, que representan 1% del total de muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte y presentando una tasa de cerca de cinco por cada 100 mil habitantes. Las entidades con mayor tasa de suicidio son: Aguascalientes (9.2), Quintana Roo (8.8) y Campeche (8.5). El 40.8% de los suicidios ocurren en jóvenes de 15 a 29 años. Entre ellos, la tasa alcanza 7.5 suicidios por cada 100 mil jóvenes. (4)

Del total de intentos suicidas ocurridos en 2013 81.7% fueron consumados por hombres y 18.2% por mujeres. El ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación es el principal método de suicidio (77.3 por ciento). (11)

El principal lugar donde ocurren los decesos es dentro de la vivienda particular (74 %). (11)

El suicidio se ha vinculado a diversos factores de riesgo, algunos autores lo relacionan con el nacimiento, en los últimos años del siglo pasado, de una mayor posibilidad de padecer de trastornos emocionales a temprana edad, otros lo relacionan a la conducta suicida y con el incremento del divorcio. (12)

No se cuenta con datos fiables de la dimensión real del número de intentos de suicidios a escala global pues son muy pocos los países que disponen de estadísticas para dicha entidad.

De manera que representa un fenómeno poco estudiado, sobre todo en menores de 15 años.

Hay indicios de que, dependiendo del lugar, los intentos de suicidio pueden llegar a ser de 10 a 40 veces más frecuentes que los suicidios consumados. Los estudios existentes concuerdan en que, en las últimas décadas, se observa un importante incremento de las conductas suicidas infantojuveniles y una disminución en la edad de presentación. Asimismo, análisis realizados durante varios años apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno.

En la década de 1990, autores de varios países han intentado identificar las características de los niños y adolescentes suicidas. Se han asociado un amplio rango de factores a la conducta suicida en este grupo etario, donde se encuentran la edad y género de los niños y adolescentes, comorbilidad con psicopatologías, disfunción familiar, entre otros.

Se observó que, en ambos estudios, tanto en hombres como en mujeres con reporte de intento suicida, el perfil de las características del intento suicida fue similar en cuanto a: edad, recurrencia, motivos, métodos y letalidad. Los motivos más importantes que reportan los adolescentes son, los problemas familiares, la soledad, la tristeza y la depresión. Por otro lado, los métodos que más utilizaron los adolescentes para llevar a cabo el intento suicida fueron los objetos punzocortantes, los medicamentos y el ahorcamiento (González-Forteza, Villatoro, et al, 2002).

En otro estudio llevado a cabo por González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003) en una muestra de estudiantes adolescentes del Centro histórico de la Ciudad de México, se encontró que el 7% de los hombres y 17% de mujeres intento suicidarse, es decir un hombre por cada tres mujeres.

### **3. JUSTIFICACION**

Para poder entender y abordar mejor el proceso de las conductas suicidas en población infantil, es importante el estudio de la ideación suicida, ya que es la fase donde aún se tiene la oportunidad de evitar el suicidio en los adolescentes. Asimismo, los hallazgos encontrados en diversos estudios que se han realizado, muestran la relevancia que ha tomado este problema por las consecuencias para el niño y su familia. De acuerdo con lo encontrado, los servicios de salud han identificado como ha ido en aumento y cómo está afectando a la población adolescente.

La ideación y el intento suicida son conductas muy complejas, las cuales tienen antecedentes y factores precipitantes que en ciertas circunstancias, llevan al suicidio consumado y es de suma importancia su estudio para la identificación y detección oportuna de los adolescentes que presente factores de riesgo para estos padecimientos.

Por lo tanto nuestro estudio ayudará a identificar en la población adolescente del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE los factores de riesgo asociados a Intento suicida y con esto poder identificar oportunamente este padecimiento y mitigar su repercusión en la población infantil afectada.

#### **4. OBJETIVO GENERAL**

Analizar cómo influyen los factores socioeconómicos, familiares, escolares, psicológicos y las relaciones interpersonales en el intento suicida en la población adolescente del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE

#### **5. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.- Caracterizar los principales factores socioeconómicos, familiares, escolares, psicológicos y de relaciones interpersonales en pacientes con intento suicida
- 2.-Determinar las características del Intento suicida en los pacientes con intento suicida.
- 3.- Analizar la correlación o asociación de los factores de riesgo y comorbilidades psiquiátricas.

## **6. MATERIAL Y METODOS**

Se seleccionó una muestra a conveniencia no aleatorizada de todos los expedientes de pacientes adolescentes con diagnóstico de intento suicida, que ingresaron al servicio de urgencias pediatría en el periodo comprendido entre enero 2012 a septiembre 2016.

Se Ingresaron todos los expedientes de pacientes que reunieron criterios de inclusión. De la historia clínica y del adolescente los datos socioeconómicos (edad, sexo, religión), familiares (estado civil de los padres, dinámica familiar, alcoholismo, drogadicción, violencia familiar, enfermedad psiquiátrica, antecedente de suicidio en la familia), escolares (nivel de escolaridad, rendimiento académico), psicológicas (ideación suicida, autolesiones, percepción autoimagen, alcoholismo, drogadicción), relaciones interpersonales (bullying, preferencia sexual, inicio de vida sexual activa)

Una vez recolectados los datos los cuales se obtuvieron de la historia clínica realizada a todos los pacientes que ingresaron a hospitalización, se recolectaron los resultados en una base de datos en Excel. Una vez recabados los resultados de cada una de las variables, se expresaron en valores absolutos y porcentajes para llevar a cabo estadística descriptiva para todos los datos generales de caracterización la población estudiada. Los resultados de los factores de riesgo más importantes son los que se relacionan con mayor frecuencia con el intento suicida y se realizaron pruebas de asociación o correlación para identificar la influencia de estos con el padecimiento.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

Expedientes completos de pacientes Adolescentes con diagnóstico de intento suicida, que ingresaron al servicio de urgencias pediatría en el periodo comprendido entre enero 2012 a septiembre 2016.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

1. Expedientes incompletos

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

1. Ninguno

Se analizó como influyen los factores socioeconómicos, familiares, escolares, psicológicos y las relaciones interpersonales en el intento suicida en la población adolescente del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

Se seleccionaron de los registros de atención del servicio de pediatría y urgencias pediatría todos los expedientes que tengan diagnósticos presuntivos o alusivos a Ideación suicida.

Se registraron de la historia clínica y del adolescente los datos socioeconómicos (edad, sexo, religión), familiares (estado civil de los padres, dinámica familiar, alcoholismo, drogadicción, violencia familiar, enfermedad psiquiátrica, antecedente de suicidio en la familia), escolares (nivel de escolaridad, rendimiento académico), psicológicas (ideación suicida, autolesiones, percepción autoimagen, alcoholismo, drogadicción), relaciones interpersonales (bullying, preferencia sexual, inicio de vida sexual activa)

Una vez recolectados los datos los cuales se obtendrán de la historia clínica realizada a todos los pacientes que ingresan a hospitalización y urgencias pediatría, se llenó el cuestionario diseñado para la recolección de las variables donde se engloban todos los factores de riesgo previamente mencionados.

En todos se registraron los diagnósticos finales de paidopsiquiatría.

Una vez recolectadas cada una de las variables, los resultados obtenidos fueron expresados en valores absolutos y porcentajes para realizar el análisis estadístico, se llevó a cabo estadística descriptiva para todos los datos generales de la población estudiada y de los factores de riesgo estudiados. Con los factores de riesgo más importantes que se identificaron se buscó si tienen asociación o correlacionan con los diagnósticos de paidopsiquiatría más importantes. Se realizaron las pruebas de  $t$ ,  $X^2$  con la corrección de Yates y la exacta de Fisher.

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este proyecto de investigación se apega a la Ley General de Salud promulgada en 1986 y a las normas éticas elaboradas de Helsinki de 1972 y modificado en 1989. Se someterá a evaluación por el comité de Investigación del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". La información será confidencial, se protegerá la privacidad de los encuestados involucrados en el estudio. Además, se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica.

## 8. RESULTADOS

En nuestro estudio retrospectivo de 5 años, en la población pediátrica de 11 a 17 años derechohabientes del ISSSTE, encontramos los siguientes resultados:

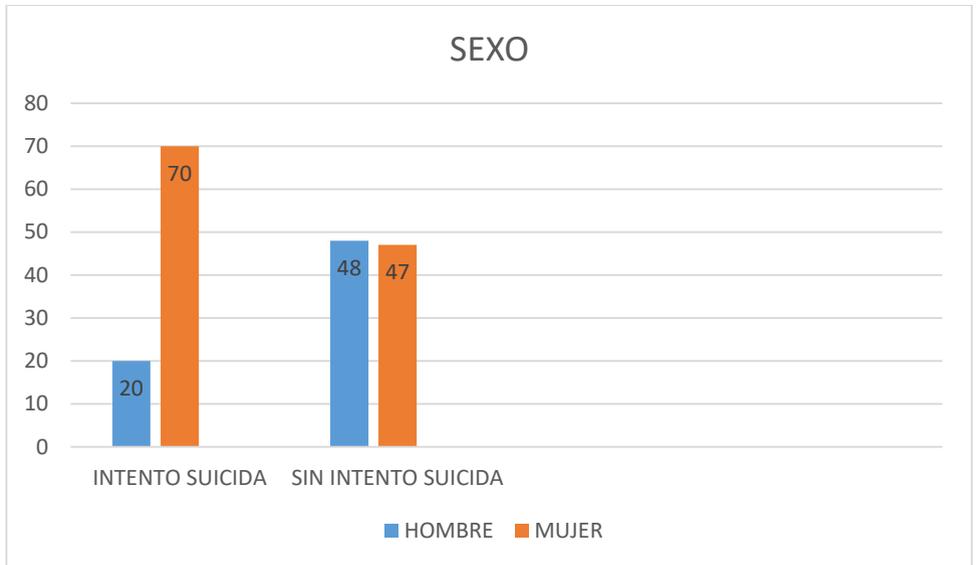
### Muestra

Pacientes con intento suicida que ingresaron al servicio de urgencia de pediatría del Hospital regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, en comparación con una muestra representativa de pacientes en el mismo rango de edad

Intento suicida	Total
Sí	90
No	95
	185

Tabla 1: Muestra.

De los cuales se encontraron una prevalencia del sexo femenino que tuvieron intento suicida

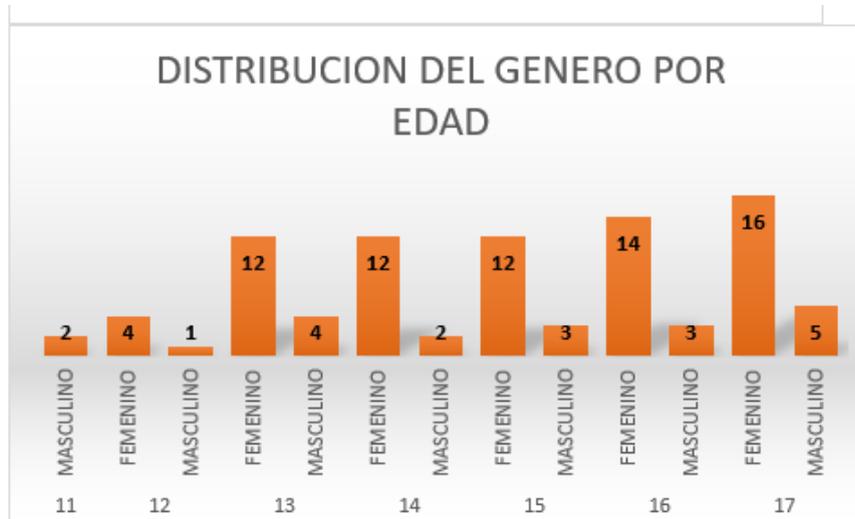


De acuerdo a la edad se encontró la siguiente distribución de pacientes con intento suicida:

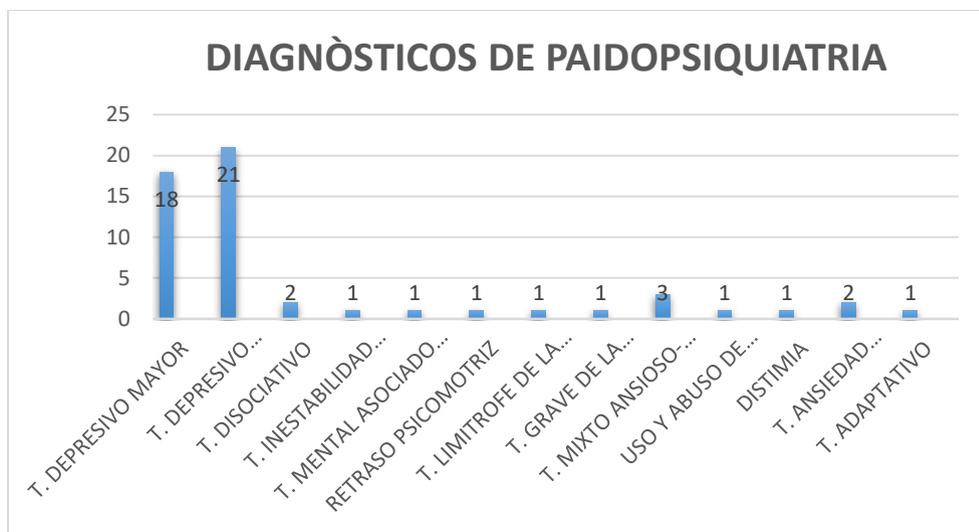


Encontrando que la mayoría de pacientes tenían 17 años de edad, seguido por 16 y 13 años respectivamente.

Correlacionando la edad con el sexo encontramos los siguientes resultados:



Así mismo se encontró que de los 90 pacientes que tuvieron intento suicida, al ser valorados por el servicio de psiquiatría tuvieron los siguientes diagnósticos:



Se encontró asociación entre las variables edad, género, drogadicción, rendimiento escolar, inicio de vida sexual y dinámica familiar respecto al intento suicida.

En cambio, como se observa en la tabla 2, para autolesiones, percepción de autoimagen, alcoholismo, acoso físico o psicológico, orientación sexual, abuso de drogas o violencia familiar no se encontró asociación.

	Intento suicida <sup>a</sup>		<i>P-value</i> <sup>b</sup>
	Sí	No	
Edad	14.88 ( $\pm$ 1.69)	14.13 ( $\pm$ 1.86)	0.004532
Género			0.0001239
Hombre	20 (22.22)	48 (50.52)	
Mujer	70 (77.77)	47 (49.47)	
Autolesiones	45 (50)	14 (14.73)	6.166e-07
Percepción de autoimagen	35 (38.88)	82 (86.31)	6.374e-11
Alcoholismo	32 (35.55)	9 (9.47)	4.277e-05
Drogadicción	19 (21.11)	5 (5.26)	0.002812
Acoso físico o psicológico	23 (25.55)	23 (24.21)	0.967
Rendimiento escolar			0.0001914
Bajo	22 (24.44)	4 (4.2)	
Medio	45 (50)	66 (69.47)	
Alto	23 (25.55)	25 (26.31)	
Orientación sexual			0.6352
Heterosexual	85 (94.44)	87 (91.57)	
Homosexual	5 (5.55)	8 (8.42)	
Inicio de vida sexual	24 (26.66)	9 (9.47)	0.004223
Dinámica familiar			0.002743
Nuclear	44 (48.88)	68 (71.57)	
Agregada	11 (12.22)	12 (12.63)	
Monoparental	30 (33.33)	14 (14.73)	
Mezclada	5 (5.55)	1 (1.05)	
Alcoholismo familiar	19 (21.11)	29 (30.52)	0.1962
Drogadicción familiar	4 (4.44)	2 (2.1)	0.4345
Violencia familiar	19 (21.11)	13 (13.68)	0.2541

<sup>a</sup> Valores reportados como: media ( $\pm$  sd) ó n (%)

<sup>b</sup> Prueba t,  $\chi^2$  (corrección de Yates) ó exacta de Fisher.

Tabla 2: Resultados.

## 9. DISCUSIÓN

Investigaciones realizadas en México por el Instituto Nacional de Psiquiatría, han mostrado altos índices de la problemática suicida. Por ejemplo, los análisis de una encuesta representativa de estudiantes en Pachuca, Hgo, muestran una prevalencia de intento suicida del 10.1%, con una proporción de 2 mujeres por un hombre (13.3% y 6.3%, respectivamente). En otro estudio llevado a cabo por González-Forteza, Ramos, Caballero y Wagner (2003) en una muestra de estudiantes adolescentes del Centro histórico de la Ciudad de México, se encontró que el 7% de los hombres y 17% de mujeres intento suicidarse, es decir un hombre por cada tres mujeres. En nuestro estudio la proporción hombre-mujer fue de 22.2% y 77.7% respectivamente, cifras muy similares a lo reportado en la literatura.

La edad promedio fue de 13 años, tanto para hombres como para mujeres (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, 1998). Nuestros resultados arrojan que más del 50% de los pacientes se encuentran entre los 15-17 años de edad.

En cuanto a la dinámica familiar, los estudios han reportado que es el factor medioambiental más importante asociado con la conducta suicida en niños y adolescentes. Así, la desorganización familiar crónica o reciente o la presencia de crisis familiar son frecuentes en niños y adolescentes que intentan suicidarse (Pfeffer, 1985); es decir el intento suicida en adolescentes es más frecuente en padres divorciados, sin embargo, en nuestro estudio, la principal diferencia que se encontró fue en relación con la dinámica familiar, ya que en nuestra población el intento suicida fue mayor en los pacientes que provienen de familias nucleares, sin embargo, no es una herramienta para evaluar la relación entre los miembros de la familia.

En la encuesta estudiantil del 2000, se encontró que el consumo de drogas estuvo presente en el 46.7% de los adolescentes que intentaron suicidarse. (González-Forteza, Villatoro, et al, 2002). Este resultado es similar al encontrado en nuestro trabajo, donde el 23% de pacientes con intento suicida había consumido alguna droga ilícita.

La orientación sexual se ha asociado a ideación e intento suicida, pero no existe evidencia científica al respecto, fundamentalmente por la intervención de otras variables. En análisis multivariados, la orientación

sexual no fue directamente asociada con intentos suicidas, lo cual coincide con nuestros resultados. Pocos estudios indican que los adolescentes sexualmente activos tuvieron significativamente más reportes de fenómenos suicidas que otros adolescentes como en el estudio de Evans E. *et al.* Los resultados de los análisis multivariados no clarifican si esta asociación es o no es directa. Coincidiendo con lo que arroja nuestro estudio, ya que el inicio de vida sexual se asoció con mayor frecuencia con intento suicida.

El Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y en la adolescencia en cuanto al rendimiento escolar determinaron que el tener una actitud negativa hacia la escuela y hacia el trabajo escolar fue asociado con un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida, resultado similar en nuestro estudio, donde el bajo rendimiento escolar tuvo mayor prevalencia.

Un caso particular lo constituye el acoso por parte de iguales (bullying), que se ha relacionado con altos niveles de estrés y un incremento del riesgo de ideación suicida (1,3). Sin embargo, en nuestro estudio el bullying no representó relación significativa con la ideación suicida.

Ninguno de los estudios examinó diferencias culturales en la asociación entre religiosidad y fenómenos suicidas.

En cuanto a la relación con los diagnósticos de paidopsiquiatría el 23.3% de los pacientes presentaron un trastorno adaptativo, seguido de depresión mayor en el 20%.

## **10. CONCLUSIONES**

El suicidio en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública, el cual ha ido en aumento en los últimos y la edad de presentación es cada vez más temprana. Factores asociados con la conducta suicida incluyen factores individuales, familiares y sociales.

Teniendo en cuenta lo anterior, con el fin de contribuir a la búsqueda de soluciones, se propone una intervención psicoeducativa que posibilitara a médicos y padres de familia, identificar los factores de riesgo para la conducta suicida.

Crear herramientas que se difundan a través de redes sociales o medios de comunicación, todas ellas elaboradas por parte del personal de salud experto en la materia dirigidas a médicos de primer contacto y a padres de familia.

De igual manera una vez identificado a los pacientes con factores de riesgo suicida se pueden crear grupos de apoyo para fortalecer los puntos más débiles como el entorno familiar, uso de drogas ilícitas.

Un punto muy importante que debemos de tomar en cuenta es que en nuestro estudio el trastorno adaptativo y la depresión mayor fueron las patologías que se relacionaron con mayor frecuencia con estos pacientes, por lo que es de suma importancia tomar acción en detectar a los primeros síntomas como son: frustración, desesperanza, distimia, cambios conductuales y alimentarios. Una vez detectados es prioritario enviar a valoración psiquiátrica para iniciar terapia para ayudar a manejar las emociones negativas asociadas al evento estresante como son en los adolescentes los mismos cambios fisiológicos; conocer y aplicar técnicas de resolución de conflictos y manejo del estrés, todo ello encaminado a recuperar el nivel de funcionamiento y prevención de intento suicida.

## **11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- 1. Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe de la salud en el mundo: salud, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. (página de internet). Ginebra, Suiza. (actualizado en Diciembre de 2001). (Citado el 2 de agosto de 2011). Disponible en: [http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_es.pdf).**
- 2. Larzelere R, Smith G, Batenhorst L, Kelly D. (2005). Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 35: 166-172.**
- 3. Pillai A, Andrews T, Patel, V. (2009). Violence, psychological distress and the risk of suicidal behaviour in young people in India. Arch Pediatr Adolesc Med; 38: 459-469.**
- 4. Gutiérrez García, A. G., Contreras, C. M. & Orozco Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental, 29(5) 66-74, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>, 18 de agosto de 2015**
- 5. Hernández-Bringas, H. H. & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. Papeles de Población, 17(68) 69-101. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11219270004>, 18 de agosto de 2015.**
- 6. Manzo Guerrero, G. I. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. Cuicuilco, 12(33) 153-171. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35103309>, 18 de Agosto de 2015.**
- 7. OECD (2014), Suicides, OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2014-99-en>, 18 de agosto de 2015.**
- 8. OMS. (2004) Suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/#>, 18 de agosto de 2015**

9. OMS (2014), Prevención del suicidio. Un imperativo global, [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/), 18 de agosto de 2015
10. OMS (2014a), Global Health Estimates 2014 Summary Tables: Deaths by Cause, Age and Sex, 2000-2012, [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html), 18 de agosto de 2015
11. INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2013. Base de datos. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/saladeprensa/>
12. Serfaty E, Foglia L, Masautis A, Negri G. (2007). Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. *Vértex*; 40: 25-30.
13. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol.Rev.* 2004; 24(8): 957-79.
14. Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents part I: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry* 2007; 52 (S1): 21-33S.

## 15. ANEXOS

### Anexo 1

TABLA DE VARIABLES

Variables	Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Unidades de medición	Clasificación estadística.	Codificación
Socioeconómicas	Edad	Definición: es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio.	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.	Años: De 11 a 17	Cuantitativa continua	Ninguna
	Sexo	Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser	Identificación del sexo por familiar a cargo.	Hombre Mujer	Cualitativa nominal	1. Hombre 2. Mujer
	Religión	INEGI. La religión puede considerarse un complejo sistema de doctrinas, prácticas e instituciones que tienen gran influencia en la definición e integración de los países resulta importante en la medida que coadyuva a explicar la situación sociocultural donde está inmersa la población.	El referido por el paciente al momento del interrogatorio dentro de los antecedentes personales no patológicos, que según INEGI en México predominan: Católica, Cristiana, Evangélica, Mormona, Testigos	No aplica	Cualitativa policotómica	1. Católica 2. Cristiana 3. Evangélica 4. Mormona 5. Testigos de Jehová 6. Judaica 7. Espiritualista 8. Sin religión
Nivel Educativo de los familiares	Escolaridad	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada. INEGI. Encuesta Intercensal 2015.	Años de estudios o nivel de educación que refieren los familiares en el expediente	No aplica	Cualitativa Nominal	0 Sin instrucción 1 Preescolar 2 Primaria 3 Secundaria 4 Carrera técnica con secundaria terminada 5 Preparatoria o bachillerato

						6 Carrera técnica con preparatoria terminada 7 Normal 8 Profesional 9 Maestría o doctorado
--	--	--	--	--	--	---

Variable	NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDADES DE MEDICION	CLASIFICACION ESTADISTICA	CODIFICACION
FAMILIAR	Drogadicción Familiar	Según el Instituto nacional de Psiquiatría Dependencia a un objeto vivo o inerte, cuya privación provoca el síndrome de abstinencia físico y psíquico. En la drogadicción la sustancia se convierte en algo de interés primario para la vida de la persona que consume. Se caracteriza por la habitualidad en el consumo, la necesidad y produce modificaciones del comportamiento y un impulso irrefrenable a consumir la sustancia.	La clasificación psicológica de la toxicomanía no es cuantitativa, y se divide en: uso ocasional, abusador (se vuelve una rutina de la semana infaltable) y dependiente (sin la droga no puede vivir) de acuerdo a la relación del sujeto con el objeto-droga. Se especifica en antecedentes heredofamiliares.	Frecuencia de consumo: Ocasional: menos de 1 al mes. Abusador: Mínimo 1 a la semana. Dependiente: Todos los días.	Cualitativa nominal	1.- Positivo 2.- Negativo

<b>VARIABLE</b>	<b>Nombre</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Unidades de medición</b>	<b>Clasificación estadística.</b>	<b>Codificación</b>
FAMILIAR	Alcoholismo Familiar	DSM IV. Es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.	Se mide en el rango de tres categorías. No consumo: Indica que no se ha consumido alcohol en el último año. Consumo de alcohol: Se indaga acerca de los antecedentes de consumo de alcohol de los familiares (papá, mamá, o tutor, hermanos)	No aplica	Cualitativa nominal	1.- Positivo 2.- Negativo

<i>Variables</i>	<i>Nombre</i>	<i>Definición conceptual</i>	<i>Definición operacional</i>	<i>Unidades de medición</i>	<i>Clasificación estadística</i>	<i>Codificación</i>
FAMILIAR	Estado Civil de los padres	Según INEGI Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	De acuerdo ante registro civil de ambos padres, referida por el familiar del paciente al ingreso, especificado en el rubro interrogado por trabajo social, el cual se divide en Casados, Divorciados Concubinos Viudos	No aplica	Cualitativa nominal	1. Casados 2. Divorciados 3. Concubinos 4. Viudos
	Dinámica familiar	Es interpretado como el manejo de interacciones y relaciones de los miembros de la familia que estructuran una determinada organización al grupo, estableciendo para el funcionamiento de la vida en familia normas que regulen el desempeño de tareas, funciones y roles; es además, una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre	Lo que permite al paciente desarrollarse dentro de un ámbito apropiado para su desarrollo, consignado en la historia del adolescente, las cuales pueden ser Familia nuclear: compuesta por dos adultos, que ejercen el papel de padres, y sus hijos. Familias agregadas: la pareja vive junta, pero sin haber formalizado el matrimonio. Familias monoparentales: convivencia de un solo miembro de la pareja (varón o mujer) con hijos no emancipados. En ocasiones, en este tipo de		Cualitativa nominal	1. Familia nuclear 2. Familia agregada 3. Familias monoparentales: 4. Familias mezcladas o reconstruidas

		<b>cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo.</b>	<b>familias, uno de los hijos desarrolla la otra figura parental. Familias mezcladas o reconstituidas: formadas por uniones en las que al menos uno de los miembros tiene niños de una relación previa. Puede incluir a los niños de ambos.</b>			
--	--	--	---	--	--	--

Variable	Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Unidades de medición	Clasificación estadística	Codificación
FAMILIAR	Violencia familiar	Según la OMS: Se refiere a todas las formas de abuso que ocurren en las relaciones entre los miembros de una familia.	Esto, incluye toda conducta que – por acción u omisión – dañe física o psicológicamente a otro miembro de la familia. La cual se encuentra en en la historia del adolescente.	Física o psicológica	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Física Si</li> <li>2. Física No</li> <li>3. Psicológica si</li> <li>4. Psicológica no</li> </ol>
	Enfermedad psiquiátrica en la familia	Según DSM V se caracteriza por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.	Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Se especifican en los antecedentes heredofamiliares	No aplica	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No</li> </ol>
	Antecedente de suicidio en la familia	Es definido por la (OMS, 1976) como "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir	Cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil". Se especifica en la historia clínica del adolescente	No aplica	Cualitativa dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sí</li> <li>2. No</li> </ol>

VARIABLE	NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDICIÓN	CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA	CODIGO
Escolares	Nivel de Escolaridad	Según INEGI es la variable que permite conocer los cambios y avances en materia de educación, y se complementa con las características demográficas y socioeconómicas de la población.	Grado de estudio más alto aprobado por la población de 5 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero, los cuales se especifican en los antecedentes no patológicos de la historia clínica	Sin instrucción (cero grados aprobados), Básico primaria completa (seis grados aprobados) y secundaria o equivalente completa Medio superior: preparatoria completa (tres grados aprobados).	Cualitativa policotómica	<b>0</b> Sin instrucción 1 Preescolar 2 Primaria 3 Secundaria  4 Carrera técnica con secundaria terminada 5 Preparatoria o bachillerato 6 Carrera técnica con preparatoria terminada
	Rendimiento académico	Relación entre el proceso de aprendizaje y sus resultados tangibles en valores predeterminados,	Es el sentido lógico de las puntuaciones y calificaciones que se da entre los educandos en el desarrollo de nuevos contenidos y así poder verificar un nivel de conocimiento aceptable por las instituciones educativas.	1. Bajo rendimiento académico. Menos de 6 2. Rendimiento académico medio. 6-8 3. Alto rendimiento académico. 9-10	Cualitativa nominal	1. Bajo rendimiento académico. 2. Rendimiento académico medio. 3. Alto rendimiento académico.

Variables	Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Unidades de medición	Clasificación estadística.	Codificación
Psicológicas	Ideación suicida en el adolescente	Pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia". Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal.	Interrogado directamente al paciente en la Historia clínica del adolescente.	No aplica	Cualitativa dicotómica	1. Si 2. No
	Autolesiones en el adolescente	Cualquier daño realizado por una persona sobre su propio cuerpo sin la intención de suicidarse. Es un acto compulsivo que se puede llevar a cabo para liberarse de dolor emocional, furia o ansiedad, para revelarse en contra de la autoridad, para jugar con comportamientos arriesgados o para sentirse en control.	Se evalúa de manera directa en la Historia clínica del adolescente	No aplica	Cualitativa nominal	1. Si 2. No
	Percepción de autoimagen del adolescente	Es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo	La cual se obtiene del interrogatorio directo en la Historia clínica del adolescente. Valoración positiva o negativa		Cualitativa nominal	1. Acepta 2. No acepta

VARIABLES	Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Unidades de medición	Clasificación estadística.	Codificación
Toxicomanias						
	Alcoholismo adoelscente	DSM IV. Es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.	Se mide en el rango de tres categorías. No consumo: Indica que no se ha consumido alcohol en el último año. Consumo de alcohol: Se indaga acerca del consumo de alcohol alguna vez en la	No consumo. Con frecuencia de embriaguez, mas de 3 veces al año Abuso de alcohol: Tomar cinco o más copas por ocasión al menos una vez en el último mes.	Cualitativa nominal	1.- Positivo 2.- Negativo

Variable	Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Unidades de medición	Clasificación estadística.	Codificación
Relaciones interpersonales	Bullying	OMS, 2002. Es definido como una forma ilegítima de confrontación de intereses o necesidades en la que uno de los protagonistas —persona, grupo, institución— adopta un rol dominante y obliga por la fuerza a que otro se ubique en un rol de sumisión, causándole con ello un daño que puede ser físico, psicológico, social o moral.	Se obtiene de la historia clínica del adolescente en el interrogatorio directo, puede ser físico o verbal, exclusión social, amenaza, agresión grupal	No aplica	Cualitativa nominal	1. Si 2. No
	Orientación sexual	Según el Instituto de psiquiatría es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva hacia otros por su género.	Pueden ser divididos en tres principales, la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad, el cual se obtiene de la historia clínica del adolescente.	No aplica	Cualitativa policotómica	1Heterosexual 2Homosexual 3Bisexual
	Inicio de vida sexual activa	Medicamento se utiliza la frase 'vida sexual activa' para establecer en el paciente si lleva relaciones sexuales corporales con su pareja.	Se obtiene de la historia clínica del adolescente, de acuerdo al inicio de relaciones sexuales.	No aplica	Cualitativa nominal	1. Si 2. No

Variable	Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Unidades de medición	Clasificación estadística.	Codificación
Toxicomanías	Drogadicción en el adolescente	Según el Instituto nacional de Psiquiatría Dependencia a un objeto vivo o inerte, cuya privación provoca el síndrome de abstinencia físico y psíquico. En la drogadicción la sustancia se convierte en algo de interés primario para la vida de la persona que consume. Se caracteriza por la habitualidad en el consumo, la necesidad y produce modificaciones del comportamiento y un impulso irrefrenable a consumir la sustancia.	La clasificación psicológica de la toxicomanía no es cuantitativa, y se divide en: uso ocasional, abusador (se vuelve una rutina de la semana infaltable) y dependiente (sin la droga no puede vivir) de acuerdo a la relación del sujeto con el objeto-droga. Se especifica en antecedentes heredofamiliares.	Frecuencia de consumo: Ocasional: menos de 1 al mes. Abusador: Mínimo 1 a la semana. Dependiente: Todos los días.	Cualitativa nominal	1. Uso ocasional (1 /mes) 2. Abusador (4 /mes) 3. Dependiente (30 /mes) 4. Negado

## ANEXO 2:

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INTENTO SUICIDA EN UNA POBLACION DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL REGIONAL “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”

Proyecto de Investigación. Jefatura de Investigación. Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” Facultad de Medicina de La Universidad Nacional Autónoma de México

**Paciente N°:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Género:** \_\_\_\_\_

#### ***Dinámica familiar:***

*Familia nuclear* \_\_\_ *Familia agregada* \_\_\_ *Familia monoparental* \_\_\_ *Familia mezclada o reconstruida* \_\_\_

#### ***Estado Civil de los Padres:***

*Casados:* \_\_\_ *Divorciados:* \_\_\_ *Concubinos:* \_\_\_ *Viudos:* \_\_\_

#### ***Factores de riesgo en la familia:***

*Alcoholismo: No consumo* \_\_\_ *Alguna vez en la vida* \_\_\_ *Frecuente llega a la embriaguez* \_\_\_ *Abuso de alcohol* \_\_\_\_\_

*Drogadicción: Uso ocasional* \_\_\_ *Abusador* \_\_\_ *Dependiente* \_\_\_

*Violencia familiar: Física Si* \_\_\_ *No* \_\_\_ *Psicológica Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_

#### ***Factores de riesgo escolar:***

*Rendimiento académico: Bajo* \_\_\_ *Medio* \_\_\_ *Alto* \_\_\_

#### ***Factores de riesgo psicológicos:***

*Ideación suicida: si* \_\_\_ *no* \_\_\_

*Autolesiones: si* \_\_\_ *no* \_\_\_

*Percepción de Autoimagen: positiva:* \_\_\_ *negativa* \_\_\_

*Alcoholismo: No consumo* \_\_\_ *Alguna vez en la vida* \_\_\_ *Frecuente llega a la embriaguez* \_\_\_ *Abuso de alcohol* \_\_\_\_\_

*Drogadicción: Uso ocasional* \_\_\_ *Abusador* \_\_\_ *Dependiente* \_\_\_

#### ***Factores de riesgo de relaciones interpersonales:***

*Bullying: si* \_\_\_ *no* \_\_\_

*Orientación sexual: Heterosexual* \_\_\_ *Homosexual* \_\_\_ *Bisexual* \_\_\_\_\_

*Inicio de vida sexual activa: si* \_\_\_ *no* \_\_\_