

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 Y 2 DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
"EL ROSARIO"**

**FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA NORMA ALICIA RIVERA CORTES

**ASESOR : DRA MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No 33**



EFATURA DE ENSEÑANZA

U. M. F. No. 33

MÉXICO DF , FEBRERO DE 2005

m341754



Universidad Nacional
Autónoma de México



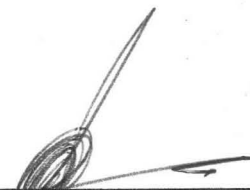
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL


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

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


AUTORIZACIONES




DR ROBERTO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33



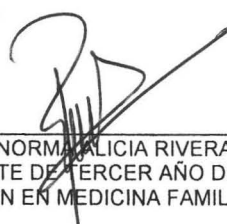
SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DRA MONICA ENRIQUEZ NERI
ASESOR Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No 33



DRA MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No 33



DRA NORMA ALICIA RIVERA CORTES
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No 33

AGRADECIMIENTOS

No se alcanza el éxito por casualidad, si bien lo obtenido es fruto del esfuerzo y capacidad propios, muy rara vez se trata de un logro individual. Generalmente nunca se llega al objetivo en soledad. En el trayecto recorrido y en el que aún falta por transitar, muchas personas nos han brindado su ayuda, su tiempo, su aliento, su consejo: familiares amigos, colegas, compañeros maestros... Nosotros mismos habremos sido seguramente partícipes de los logros de otros.

La generosidad hacia todos y cada uno de ellos puede manifestarse de múltiples formas tender la mano en retribución, agradecer ó ayudar a otros que quieran lanzarse al ruedo para comenzar la lucha por sus sueños.

Reconociendo siempre que en cualquier actividad que se desarrolle, el éxito deberá ser sinónimo de unión y no de ruptura, en donde habrá más que compartir en este continuo de entregar y recibir; y donde la vida no sólo está gobernada por voluntades o intenciones. La vida también es cuestión de nervios, fibras y células, en donde la pasión, esconde sus sueños.

A Dios

Por permitirme estar y vivir cada etapa del proceso de formación personal y académica.

A mi mamita

Por tu apoyo incondicional, tu amor, y por estar siempre a mi lado en cada uno de los momentos importantes a lo largo de este camino. Por ser ese puerto seguro en los momentos de crisis.

A papá

Por cada uno de los años vividos y compartidos

A mi hermana Verónica

Mi amiga de toda la vida, por estar ahí, compartiendo siempre nuestros éxitos, alegrías y tristeza

A mis amigos: Ricardo y Rosalba

Compartimos un gran tesoro: el verdadero valor de la amistad

A mis Profesores

Por sus enseñanzas y tiempo dedicado en nuestra formación
Por ser ejemplo de corazón, esfuerzo y alma en cada una de sus actividades

INDICE

AGRADECIMIENTOS	3
TITULO	5
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	10
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
GRAFICAS	14
ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
CONCLUSIÓN GENERAL	28
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS	30

FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

INTRODUCCION

Los y las adolescentes en México, definidos por la Organización la Mundial de la Salud , como la población de 10 a 19 años de edad, aumentaron en la segunda mitad del siglo XX de 5 a 21 millones con una contribución relativa de alrededor de 22%, su tasa de crecimiento se ubicó por encima de 4% anual en la década de los 60, para posteriormente descender progresivamente

Por otra parte , su contribución a la mortalidad nacional no presenta modificaciones ; desde los años 60 se ha mantenido estable en absoluto, alrededor de 12 mil, aunque la tasa ha descendido de 2.4 a 0.5 por 1000 jóvenes . Es indudable que se trata del grupo del grupo de población mas sano, el que utiliza menos servicios de salud y es uno de los grupos de edad en el que se presentan menos defunciones. Sin embargo, es en el que se inician exposiciones a factores de riesgo, entendiendlo como factor de riesgo como aquellas características propias del medio donde se encuentra el adolescente y que lo hace mas susceptible de desarrollar determinadas patologías, ya que la adolescencia es una etapa considerado como un periodo de psicosis normal. En ninguna época de la vida del individuo se tiene tanta conciencia de la crisis y el cambio, hay una cohibición intensa, una conciencia de las de las deficiencias personales aún de las mas leves, una preocupación constante por la posición que se ocupa entre los pares Los adolescentes sienten demasiado. Cambian de talante con mucha rapidez, son poco capaces de actuar contrariamente a sus impulsos ni aún por su propia supervivencia y todavía menos en bien de su futuro.(1)

El principal problema de salud que se registra en jóvenes son los accidentes y las violencias y con respecto a la mortalidad, lo jóvenes mueren principalmente por causas externas ocupando el suicidio uno de los primeros lugares.(1)

El suicidio es un acto totalmente conciente e intencional, que busca como resultado final producir la propia muerte.(2)

La etiología implicada en el intento suicida es un continuo en el que hay que otorgarle especial atención a los deseos y a los planes para cometerlo, a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza y a la incapacidad para pedir ayuda. Cuando el sujeto piensa y ensaya un método, se crea un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta que comete el acto suicida.(5)

A medida que aumenta en la escala el riesgo suicida, también aumenta la ideación suicida Esto explica por que estas personas pocas veces llegan al suicidio consumado en forma abrupta casi siempre hacen fantasías y piensan en él como una forma de solucionar sus conflictos Cuando la idea de suicidarse ocupa por completo el pensamiento del sujeto, éste imagina que lo realiza y va cobrando cada vez mas fuerza entre sus pensamientos constituyéndose la ideación suicida.(5)

En diversas regiones del mundo y durante los últimos años, se ha observado un incremento paulatino y constante, de la conducta suicida en los adolescentes . En la mayoría de los países, el suicidio se encuentra dentro de las diez primeras causas de mortalidad general, y en muchos de ellos se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte. Sin embargo los datos sólo se aproximan a la realidad, pues solo se registra y se atiende uno de cada cuatro intentos de suicidio. Además, debe tenerse en cuenta que por cada suicidio consumado hay diez tentativas fallidas.(3) México no es la excepción, si bien sus tasas de suicidios e intentos no son las más altas en la región Panamericana y en el resto del mundo, el problema amerita ser considerado precisamente por su naturaleza incipiente, resultando imperativo desarrollar estrategias preventivas respecto a esta condición, que se va configurando ya como un problema de salud pública, el cual está inmerso en un contexto de condiciones propiciatorias, favorecidas por la

desintegración social, como la pobreza y el estancamiento económico, que en nuestro país son situaciones prevalecientes desde hace, por lo menos dos décadas y que está repercutiendo en casi todos los sectores de la sociedad. Según los registros de la Secretaría de Salud, durante 1995, los estados de la República Mexicana con mayores porcentajes de muertes por suicidio fueron : Distrito Federal (11.3%), Jalisco (7.6%), Veracruz (7.2%), Estado de México (5.9%) y Chihuahua (5.7%).(2)

De acuerdo con los resultados preliminares del conteo de Población y Vivienda de 1995 México es un país de jóvenes, aproximadamente el 68% de la población son menores de 29 años de edad . De éstos el 30% tiene entre 15 y 29 años de edad y 40% son adolescentes entre 15 y 19 años de edad, en una proporción similar entre hombres y mujeres. Este panorama poblacional pone en evidencia, la necesidad de atender las problemáticas de salud más apremiantes en los jóvenes, ya sea porque su prevalencia es alta o porque su incidencia está marcando un problema de salud con tendencia ascendente.(2)

Otro aspecto que cabe destacar del panorama epidemiológico del suicidio consumado o del intento de suicidio, es que la mayoría de los países occidentales u orientales se observa una clara distinción entre hombres y mujeres. Los hombres se suicidan más que las mujeres y las mujeres lo intentan más que los hombres, se encuentra que los hombres completan el suicidio en una proporción de tres a cuatro con respecto a las mujeres. La tendencia es constante las tasas de suicidio en los hombres fueron siempre mayores en comparación con la de las mujeres mientras que la de intento suicida fue mayor en las mujeres .(2)

De acuerdo con la secretaria de Salud durante 1995 , en el Distrito Federal, 8 hombres por cada mujer completaron el suicidio, en el grupo de 15 a 19 años murieron aproximadamente 2 hombres por cada mujer y en el grupo de 20 a 24 años, la proporción fue de 5 hombres por cada mujer.(2)

En cuanto a la diferencias por sexo y edad los índices de suicidio entre la población masculina del Distrito Federal, se registraron en los grupos de 20 a 24 años (20.9%) y de 25 a 29 años (17.5%). En el caso de las mujeres, los porcentajes más elevados de suicidio se presentaron en los grupos de 15 a 19 años (23.7%) y en el de 20 a 24 (16.9%).(2)

Resulta paradójico que se registre un mayor índice de suicidios consumados que intentos de suicidio, como podemos observar en el registro que se tiene en el Distrito Federal para 1997 donde las delegaciones con las prevalencias más altas de intento suicida superiores a la global de acuerdo con el intervalo de confianza fueron : Cuauhtémoc (11.3%) , Tlalpan (10.1%), Iztacalco (9.9%) y Benito Juárez (9.7%) y en 2000 (por arriba de 10.5%) fueron Benito Juárez (12.3%) Venustiano Carranza (12.1%) Gustavo A. Madero (11.8%) y Cuauhtémoc (10.6%) . De este modo se observa que las delegaciones con las prevalencias más altas en la encuesta de 1997 y 2000 fueron Benito Juárez y Cuauhtémoc ; a su vez , las más bajas , de acuerdo con el intervalo de confianza en ambas encuestas, fueron Tláhuac y Xochimilco.(4)

Se puede apreciar entonces que las delegaciones políticas con las prevalencias de intento suicida que se mantuvieron por arriba del promedio fueron Benito Juárez, Gustavo A. Madero y Cuauhtémoc.(4)

Concluyendo que es superior el registro de suicidio consumado que de intento suicida resultando contradictorio ya que se ha calculado que los intentos suicidas se representan 70 veces mas que los suicidios consumados.(2)

Conocer la justa dimensión de este problema es un reto, pues por un lado, se sabe que por temor al estigma social y religioso se trata de ocultar o enmascarar el suceso . Por el otro lado las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en los registros oficiales; al respecto, es conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos Es bien sabido es que los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente, mientras que si es obligatorio

registrar los suicidios consumados . Así en 1993 la Secretaría de Salud informó acerca de 2022 suicidios consumados y sólo 93 intentos .(2)

En lo que a ideación suicida se refiere , en múltiples estudios se ha destacado su asociación con la conducta suicida , encontrando que en esta se encuentran inmersos múltiples factores y es la interacción de estos lo que los convierte en factores de riesgo. En México no abundan los estudios acerca del suicidio en adolescentes, es evidente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema, pues es bien conocido que quién lo intenta una vez, lo consumará probablemente en menos de un año.(3)

Las prevalencias internacionales de la ideación suicida van desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes, mientras que en México , el rango es de 1% a 40%.(6)

Encontramos así que en la Encuesta Nacional Adolescentes de 1991 la prevalencia de la ideación suicida es de un 40.7% , mientras que en otro estudio hecho en 1994 por Medina –Mora y colaboradores en estudiantes de bachillerato en el Distrito Federal, se encontró una prevalencia de 47% y para 1998 según datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Adolescentes arrojó una prevalencia Nacional de 1% y para el Distrito Federal de 1.4%.(5,7)

En el constructo de la ideación suicida se puede establecer niveles de severidad como si se tratase de un continuo que fluctúa desde pensamientos de muerte inespecífica hacia otros más concretos acerca de la propia muerte, siendo este un complejo dinámico . De acuerdo con Bonner y Rich el proceso suicida está integrado por varias etapas que inician con una ideación suicida pasiva, pasan por etapas más activas de contemplación del propio suicidio, por la planeación y la preparación, por la ejecución del intento suicida hasta llegar a la consumación. Los adolescentes en particular, las mujeres que habían intentado quitarse la vida tenían mas pensamientos acerca del suicidio y de la muerte en general, de tal modo que se hace evidente la asociación de la ideación con el acto de intentar quitarse la vida (3).

Si bien se reconoce que no sólo es la acción de cada característica por separado lo que las constituye en factores de riesgo, sino la interacción de las mismas; Cabe destacar que dentro de los factores de riesgo asociados a la ideación suicida son el cursar la educación media básica en un 70%, la percepción del bajo rendimiento escolar en un 63%, haber interrumpido por más de seis o más meses sus estudios en un 8.7% , siendo también predictores de riesgo el consumo de alcohol y drogas en un 21% para los hombres y en un 11% para las mujeres , en el 100% de los casos existe disfunción familiar, en un 65% existía enfermedad crónica en algún pariente cercano(3).

La epidemiología de la problemática suicida en general , incide en la comorbilidad ; y la ideación suicida no es una excepción, como los muestran los 68% de los estudiantes que tienen ideación suicida y trastornos afectivos. Los jóvenes se encuentran en un periodo de fragilidad emocional en el que son frecuentes la depresión y la ansiedad Actualmente en muchos estudios se ha encontrado esta estrecha relación como lo muestran Roberts y Chen (1995), en los que 81% de los mexicoamericanos y 84% de los angloamericanos presentaron altos puntajes de depresión correlacionados con la ideación suicida como factor de riesgo.(5)

Los instrumentos más utilizados para medir la conducta suicida en México son la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) adjunta a la de Roberts, la Escala de Expectativas Sobre Vivir-Morir de Okasha, los reactivos incluidos en el Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI) y la Escala de Ideación Suicida de Beck.(7)

La Escala de Roberts, incluida en la Escala de Depresión del CES-D, consta de cuatro reactivos, los cuales exploran el contenido cognoscitivo de pensamientos sobre la muerte en general, y de sí mismo.(7)

La Escala de Expectativas sobre Vivir / Morir de Okasha, consta de 4 preguntas que evalúan el continuo de severidad de la ideación suicida en los 12 últimos meses.(7)

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

La Escala de Ideación Suicida de Beck mide la intensidad y las dimensiones de los pensamientos , deseos , preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas del individuo al intentarlo , demostrándose en un estudio realizado en México una alta confiabilidad.(7)

JUSTIFICACIÓN

En México la población adolescente ocupa un importante porcentaje en la pirámide poblacional los continuos cambios económicos, sociales y epidemiológicos a los que se ven incorporados y expuestos, modifican el entorno en el cual se desenvuelve. Si bien son el grupo de población que acude en menor proporción al médico y siendo la adolescencia una etapa de la vida en donde existe un deseo de búsqueda de identidad, de alta susceptibilidad y labilidad emocional conformándolos como un grupo altamente vulnerable ante la exposición de riesgos que pueden afectar de manera significativa el curso de su vida, enfrentándolos al suicidio, como una forma de resolver situaciones de crisis personales, familiares e incluso sociales, ya sea a través de el intento o el hecho ya consumado. Anticiparnos a los hechos es parte de nuestros objetivos como médicos de primer nivel de atención, conocer los factores de riesgo, identificarlos adecuadamente así como la forma en que estos interactúan para la formación de las ideas y pensamientos suicidas es un reto importante y con ello poder modificar la historia natural del suicidio y contribuir a implementar acciones encaminadas a la búsqueda de acciones preventivas que mejoren y eleven las condiciones de salud de los adolescentes.

Y considerando que nuestra unidad se localiza en la delegación Azcapotzalco en la cual se ha observado un incremento de la prevalencia de ideación suicida en la población de adolescentes y donde hasta el momento no existen estudios previos donde se informe sobre cuáles son los factores de riesgo asociados, es por ello que surge la siguiente pregunta ¿Cuál es la frecuencia de ideación suicida y factores de riesgo asociados, en los adolescentes de escuelas del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No 33?.

MATERIAL Y METODOS

La investigación se llevó a cabo en tres escuelas del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No 33 del IMSS : Primaria Amalia González Caballero, Secundaria No 192 Vicente Riva Palacio Guerrero y Secundaria No 142 Manuel M. Ponce, durante el periodo comprendido de los meses de diciembre de 2004 y enero de 2005, con el objeto de conocer la frecuencia de la ideación suicida y los factores de riesgo asociados, en adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33.

El diseño del estudio fue observacional , descriptivo, transversal y retrospectivo, el tamaño de muestra estudiada fue de 498 adolescentes de 10 a 19 años de edad , de ambos sexos de escuelas del área de influencia de la UMF No 33 , se excluyeron a los menores de 10 años y mayores de 19 años y a aquellos que no asistieron a clases el día que se llevó a cabo el estudio se eliminaron a los que no aceptaron participar y a los que contestaron de forma incompleta el cuestionario, siendo la elección de los adolescentes por medio de un muestreo no probabilístico de casos consecutivos

Los factores de riesgo estudiados fueron ideación suicida a través de la Escala de Ideación Suicida de Beck , disfunción familiar con la aplicación del APGAR familiar, depresión con el uso de la Escala de Álvarez M.E. y colaboradores, para el consumo de alcohol, consumo de drogas ilícitas rendimiento escolar, interrupción de estudios, y presencia de enfermedad crónico degenerativa en familiar significativo e interrupción de estudios se diseño una encuesta con preguntas específicas para cada uno de estos factores de riesgo, determinándose también las variables universales de sexo, edad y nivel socioeconómico .

Se llevó a cabo un análisis estadístico de la información, a través del procedimiento estadístico descriptivo , obteniéndose frecuencias y porcentajes, lo que se represento en gráficas y tablas.

La investigación se realizó bajo los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional y nacional e institucional, previo consentimiento informado del adolescente.

Los recursos humanos para la realización de la investigación correspondieron al personal de enfermería y médico del área de Promoción a la Salud y el médico residente encargado de la investigación . Quedando a cargo del médico residente los recursos físicos y financieros .

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 505 cuestionarios a adolescentes de escuelas del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No 33 que cumplieron los criterios de inclusión, excluyéndose 7 cuestionarios que no se contestaron en su totalidad. Quedando un total de 498(100%) .

Se obtuvo un total de 117(23%) adolescentes con ideación suicida y 381(77%) sin ideación suicida. (tabla 1 y gráficas 1 y 1.1).

La distribución por edad en el grupo con ideación suicida fue de 10(8%) adolescentes de 11 años, 16(14%) adolescentes de 12 años, 37(32%) adolescentes de 13 años, 33(28%) adolescentes de 14 años, 15(13%) adolescentes de 15 años y 6(5%) adolescentes de 16 años y en grupo sin ideación suicida fue de 36(9%) adolescentes de 11 años, 77(20%) adolescentes de 12 años, 71(19%) adolescentes de 13 años, 128(34%) adolescentes de 14 años, 52(14%) adolescentes de 15 años y 17(4%) adolescentes de 16 años.(tabla2 y gráficas 2 y 2.1)

De acuerdo al sexo en el grupo con ideación suicida se obtuvieron 55(47%) adolescentes del sexo femenino y 62(53%) adolescentes del sexo masculino y en el grupo sin ideación suicida se obtuvieron 159(42%) adolescentes del sexo femenino y 222(58%) adolescentes del sexo masculino.(tabla 3 y gráficas 3 y 3.1)

En el grupo con ideación suicida con respecto a la disfunción familiar se obtuvo que 28(24%) adolescentes presentan disfunción familiar severa, 54(46%) disfunción familiar moderada y 35(30%) sin disfunción familiar, con respecto al grupo sin ideación suicida se obtuvo que 29(8%) adolescentes presentan disfunción familiar severa, 87(23%) disfunción familiar moderada y 265(69%) sin disfunción familiar.(tabla 4 y gráficas 4 y 4.1)

Sumando a la disfunción severa y moderada, encontramos en el grupo con ideación suicida un total de 82(70%) adolescentes con disfunción familiar y 35(30%) adolescentes sin disfunción familiar (gráfica 4.2) y el grupo sin ideación suicida 116(31%) adolescentes con disfunción familiar y 265(69%) adolescentes sin disfunción familiar (gráfica 4.3).

En el grupo con ideación suicida 32(27%) adolescentes consumen alcohol al menos una vez por semana y 85(73%) adolescentes no consumen alcohol y en el grupo sin ideación suicida 69(18%) consumen alcohol al menos una vez por semana y 312(82%) no consumen alcohol.(tabla 5 y gráficas 5 y 5.1)

Con respecto al consumo de drogas ilícitas al menos una vez en la vida, en el grupo con ideación suicida 25(21%) adolescentes si las han consumido y 92(79%) adolescentes no las han consumido, en el grupo sin ideación suicida 37(10%) adolescentes si las han consumido y 344(90%) adolescentes no las han consumido.(tabla 6 y gráficas 6 y 6.1)

La presencia de depresión en el grupo con ideación suicida se detectó en 87(74%) adolescentes y sin depresión se detectaron 30(26%) adolescentes y en el grupo sin ideación suicida se detectó depresión en 26(29%) adolescentes y sin depresión se detectaron 112(71%) adolescentes.(tabla 7 gráficas 7 y 7.1)

El rendimiento escolar en el grupo con ideación suicida fue bueno en 50(43%) adolescentes regular en 55(47%) adolescentes y malo en 12(10%) adolescentes, con respecto al grupo sin ideación suicida fue bueno en 195(51%) adolescentes, regular en 144(38%) adolescentes y malo en 42(11%) adolescentes.(tabla 8 y gráficas 8 y 8.1)

En el grupo con ideación suicida 31(26%)adolescentes han interrumpido sus estudios y 86(74%) adolescentes no ha interrumpido sus estudios, con respecto al grupo sin ideación suicida 45(12%) adolescentes han interrumpido sus estudios y 336(88%) adolescentes no han interrumpido sus estudios.(tabla 9 y gráficas 9 y 9.1)

Se detectó que en el grupo con ideación suicida 63(54%) adolescentes tiene un familiar significativo con alguna enfermedad crónico degenerativo y 54(46%) adolescentes sin ningún familiar significativo con alguna enfermedad crónico degenerativa, y en el grupo sin ideación suicida se detectó a 184(48%) adolescentes con un familiar significativo con alguna enfermedad crónico degenerativa y 197(52%) adolescentes sin ningún familiar con enfermedad crónico degenerativa.(tabla 10 y gráficas 10 y 10.1)

De acuerdo al familiar mas frecuentemente enfermo en el grupo con ideación suicida 33(51%) adolescentes contestó que son los abuelos, 15(24%) adolescentes contestó que son los padres un adolescente (2%) contestó que es un hermano, 8(13%) adolescentes contestó que es un tío, 5(8%) adolescentes contestó que es un primo y un adolescente (2%) contestó otros (tabla 10.1 y gráfica 10.3). En el grupo sin ideación suicida 113(61%) adolescentes contestó que son los abuelos, 49(27%) adolescentes contestó que son los padres , 4(2%)adolescentes contestó que es un hermano, 11(6%)adolescentes contestó que es un tío , 6(3%) adolescentes contestó que es un primo y un(1%) adolescente contestó , otros.(tabla 10.1 y gráfica 10.4)

La distribución de acuerdo al nivel socioeconómico en el grupo con ideación suicida fue de 53(45%) adolescentes con buen nivel socioeconómico, 57(49%) adolescentes con regular nivel socioeconómico y 7(6%) adolescentes con mal nivel socioeconómico, con respecto al grupo sin ideación suicida fue de 140(37%) adolescentes con buen nivel socioeconómico, 225(59%) adolescentes con regular nivel socioeconómico y 16(4%) adolescentes con mal nivel socioeconómico.

FRECUENCIA DE IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

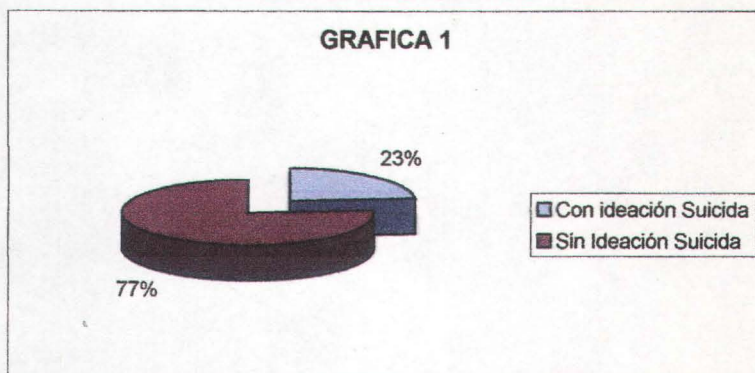
TABLA 1

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CON IDEACIÓN SUICIDA	117	23%
SIN IDEACIÓN SUICIDA	381	77%

FUENTE : Encuestas aplicadas en adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

PORCENTAJE DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

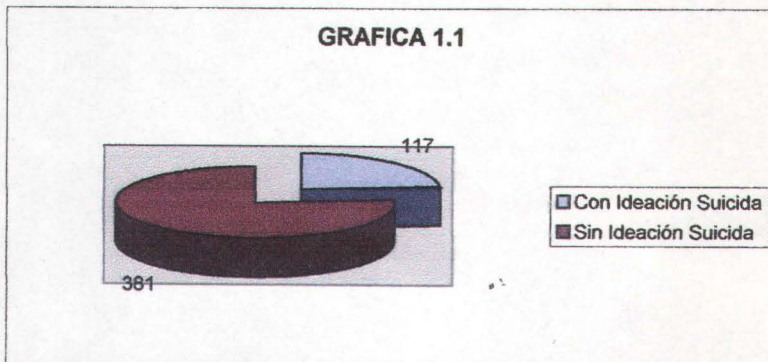
GRAFICA 1



Fuente : Encuestas aplicadas en adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

GRAFICA 1.1



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD DE ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

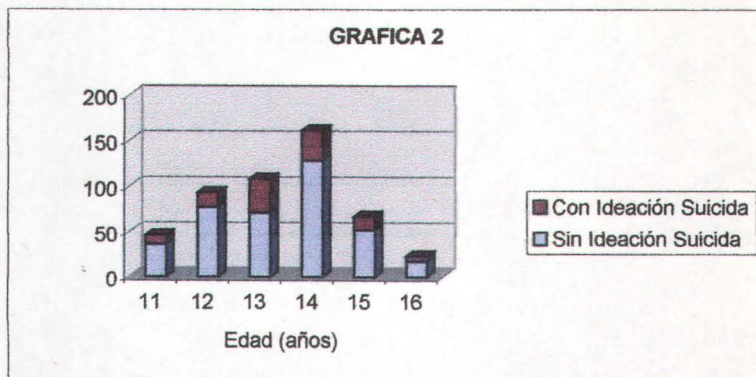
TABLA 2

EDAD	CON IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN SUICIDA
11 años	10 (8%)	36 (9%)
12 años	16 (14%)	77 (20%)
13 años	37 (32%)	71 (19%)
14 años	33 (28%)	128 (34%)
15 años	15 (13%)	52 (14%)
16 años	6 (5%)	17 (4%)

Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD DE ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

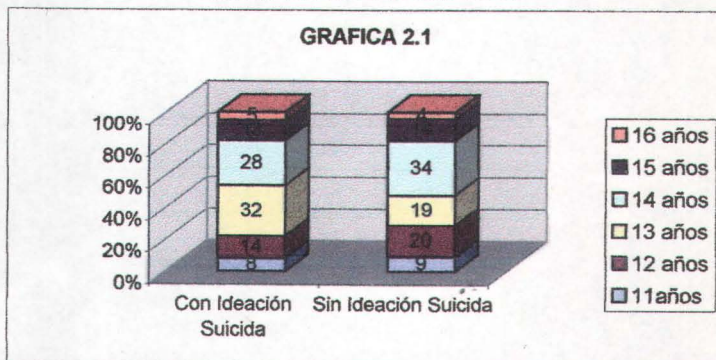
GRAFICA 2



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD DE ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

GRAFICA 2.1



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

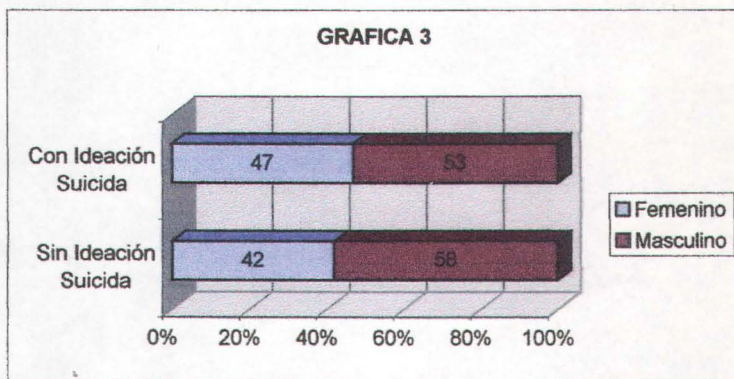
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DE ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

TABLA 3

SEXO	CON IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN SUICIDA
FEMENINO	55 (47%)	159 (42%)
MASCULINO	62 (53%)	222 (58%)

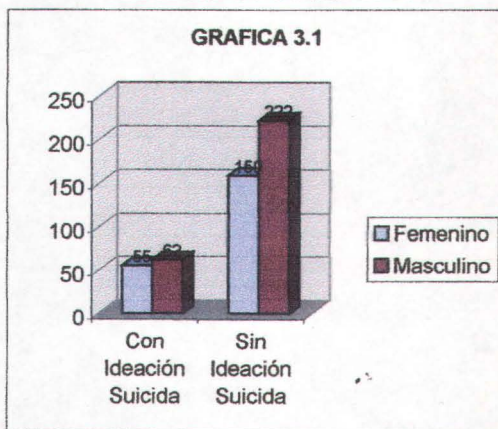
Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SEXO DE ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF 33



Fuente :Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SEXO DE ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33



Fuente: Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

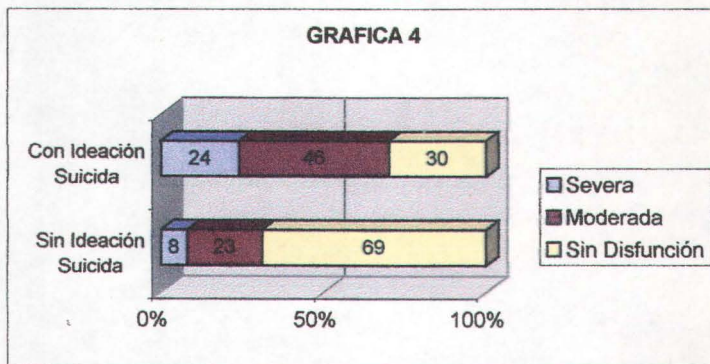
FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR E IDEACIÓN SUICIDA
EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

TABLA 4

	CON IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN SUICIDA
DISFUNCIÓN SEVERA	28 (24%)	29 (8%)
DISFUNCIÓN MODERADA	54 (46%)	87 (23%)
SIN DISFUNCIÓN	35 (30%)	265 (69%)

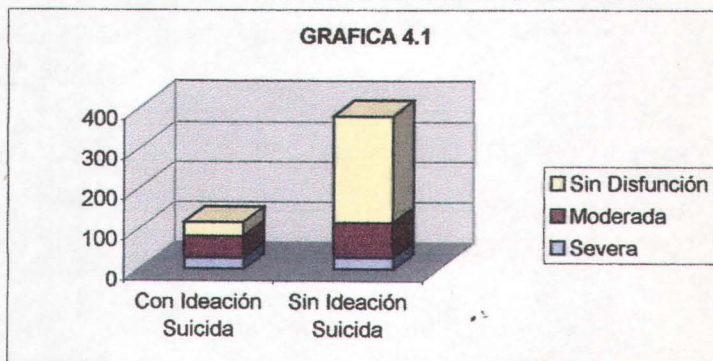
Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE
ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

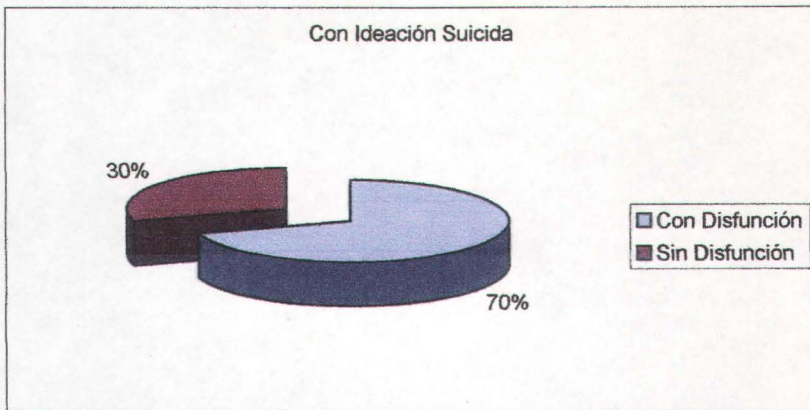
FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE
ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

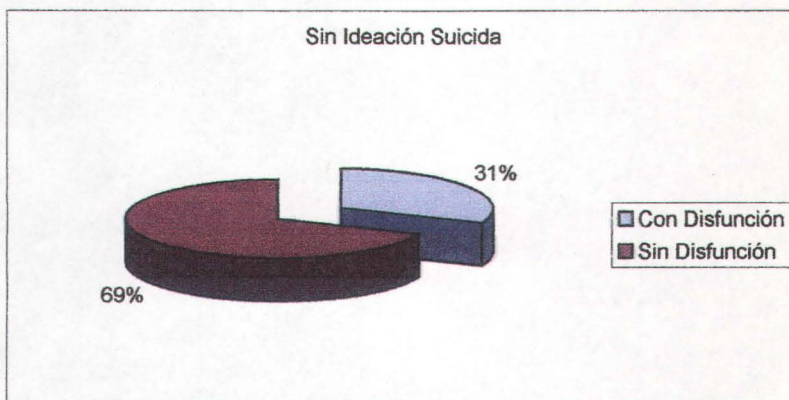
GRAFICA 4.2



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN FAMILIAR E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

GRAFICA 4.3



Fuente: Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

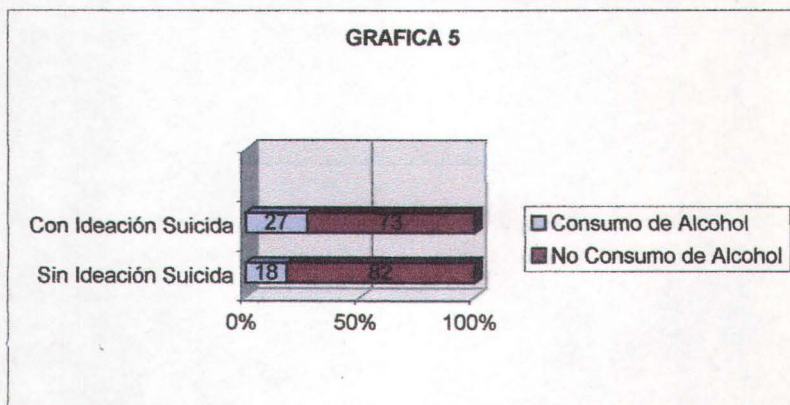
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL E IDEACIÓN SUICIDA
EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

TABLA 5

	CON IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN SUICIDA
CONSUMO DE ALCOHOL	32 (27%)	69 (18%)
NO CONSUMO DE ALCOHOL	85 (73%)	312 (82%)

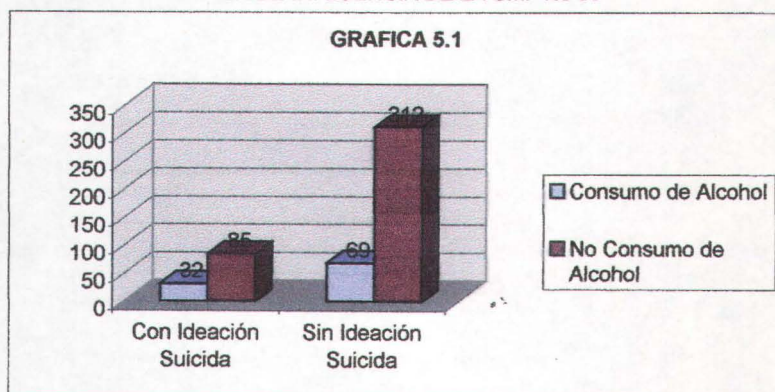
Fuente: Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE
ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL
AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

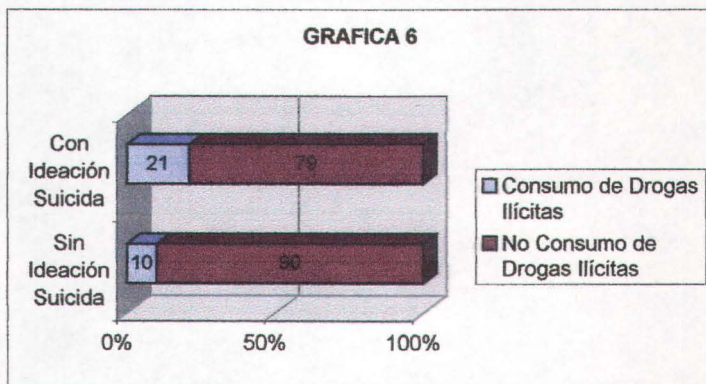
**FRECUENCIA DE USO DE DROGAS ILICITAS E IDEACIÓN SUICIDA
EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33**

TABLA 6

	CON IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN SUICIDA
CONSUMO DE DROGAS ILICITAS	25 (21%)	37 (10%)
NO CONSUMO DE DROGAS ILICITAS	92 (79%)	344 (90%)

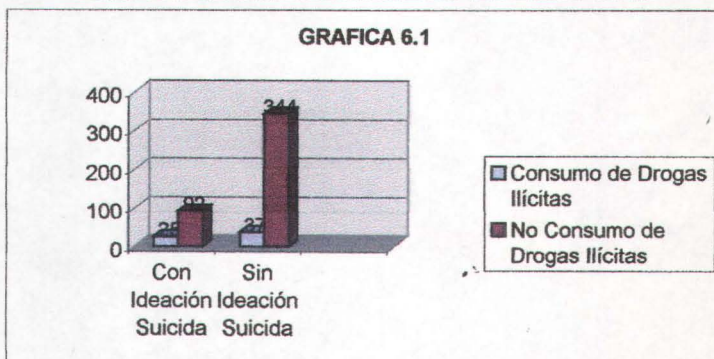
Fuente :Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE
ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33**



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

**FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE
ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33**



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

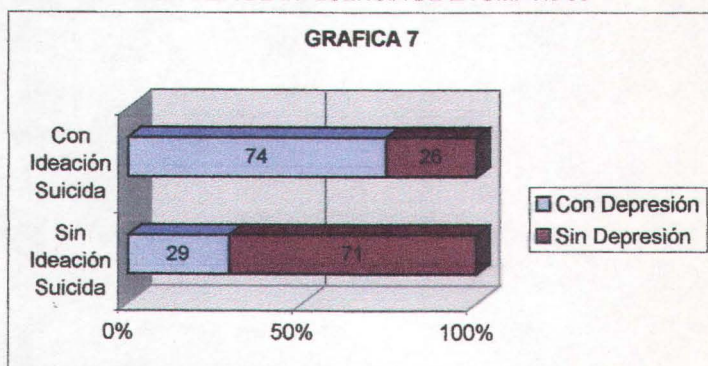
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

TABLA 7

	CON IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN SUICIDA
CON DEPRESIÓN	87 (74%)	26 (29%)
SIN DEPRESIÓN	30 (26%)	112 (71%)

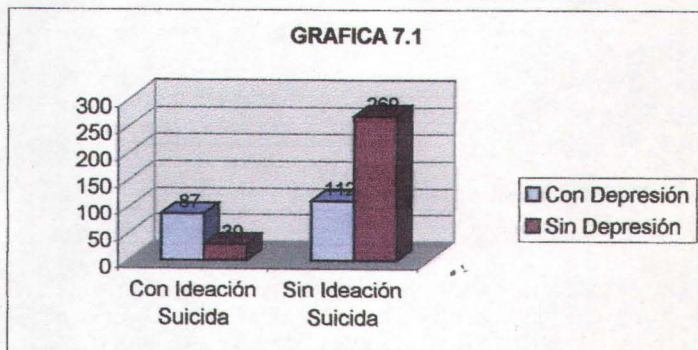
Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

RENDIMIENTO ESCOLAR E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

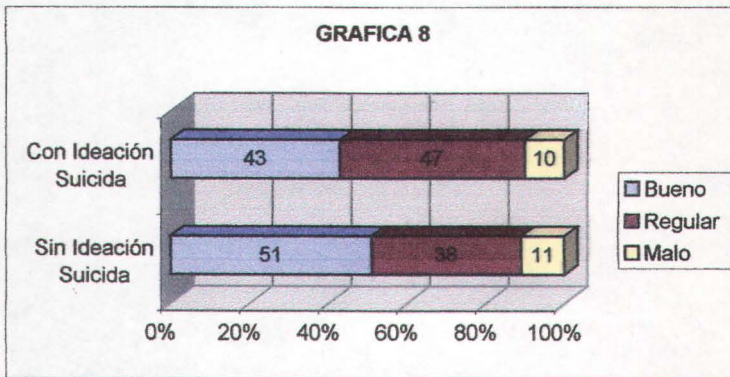
TABLA 8

	CON IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN SUICIDA
BUENO	50 (43%)	195 (51%)
REGULAR	55 (47%)	144 (38%)
MALO	12 (10%)	42 (11%)

Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

RENDIMIENTO ESCOLAR E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

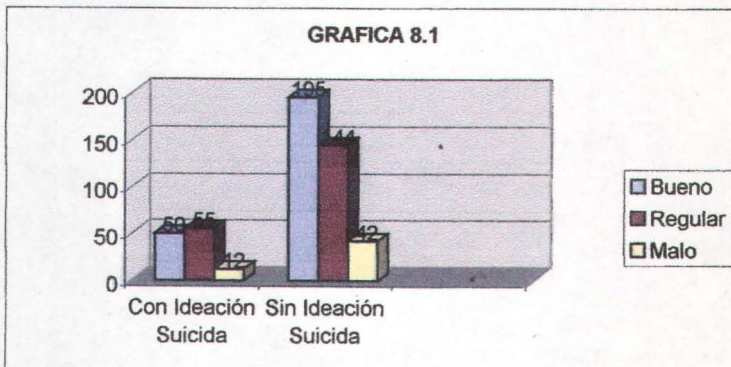
GRAFICA 8



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

RENDIMIENTO ESCOLAR E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF 33

GRAFICA 8.1



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

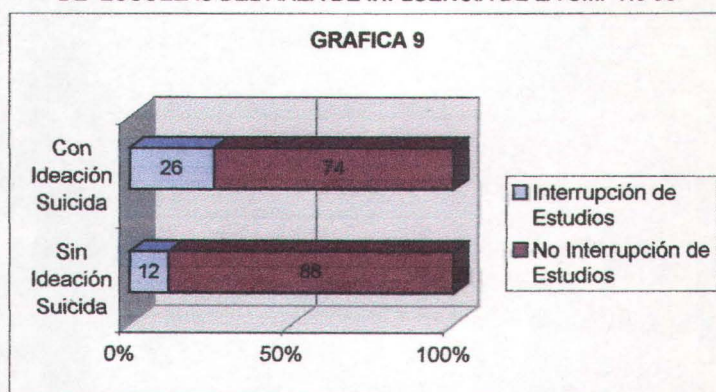
FRECUENCIA DE INTERRUPCION DE ESTUDIOS E IDEACIÓN SUICIDA
EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

TABLA 9

	CON IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN SUICIDA
INTERRUPCION DE ESTUDIOS	31 (26%)	45 (12%)
NO INTERRUPCION DE ESTUDIOS	86 (74%)	336 (88%)

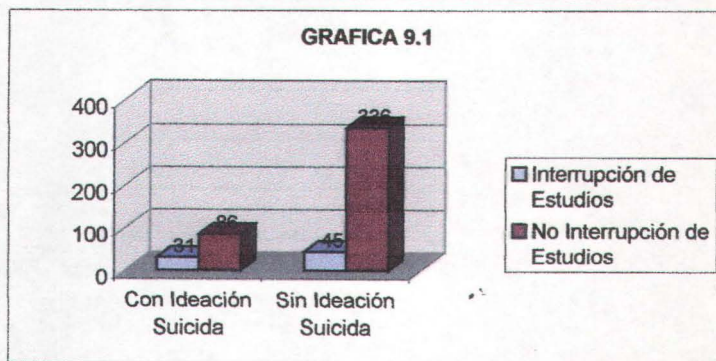
Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE INTERRUPCION DE ESTUDIOS E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES
DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE INTERRUPCION DE ESTUDIOS E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES
DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE FAMILIAR SIGNIFICATIVO CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

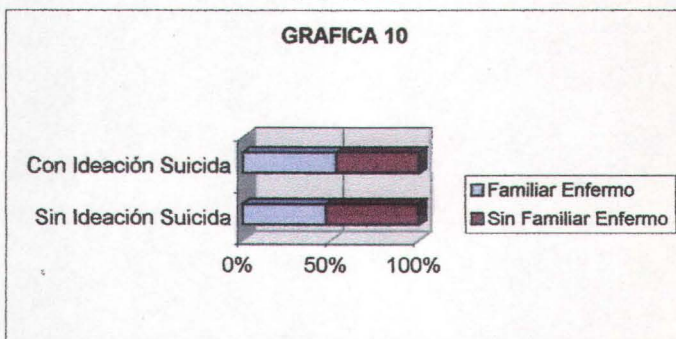
TABLA 10

	CON IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN SUICIDA
FAMILIAR ENFERMO	63 (54%)	184 (48%)
SIN FAMILIAR ENFERMO	54 (46%)	197 (52%)

Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE FAMILIAR SIGNIFICATIVO CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

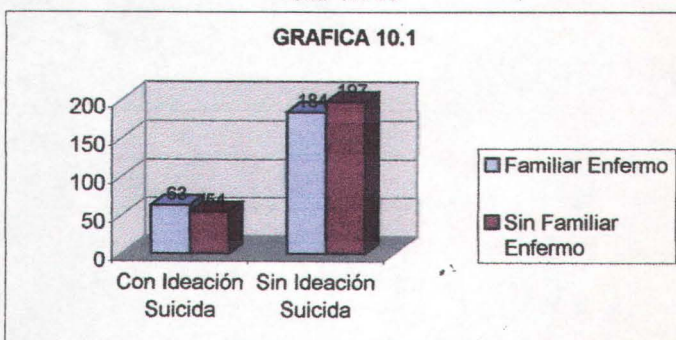
GRAFICA 10



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FRECUENCIA DE FAMILIAR SIGNIFICATIVO CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

GRAFICA 10.1



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FAMILIAR MAS FRECUENTEMENTE ENFERMO

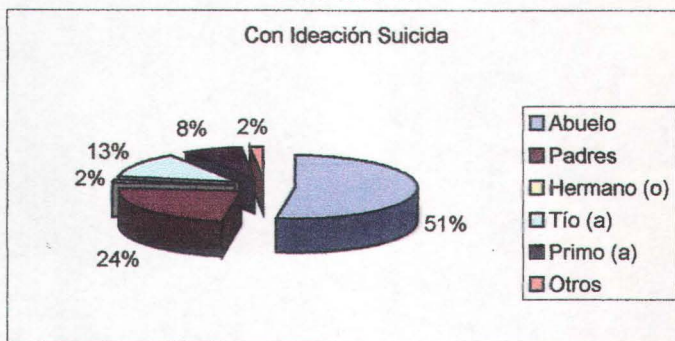
TABLA 10.1

	CON IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN SUICIDA
ABUELOS	33 (51%)	113 (61%)
PADRES	15 (24%)	49 (27%)
HERMANO (A)	1 (2%)	4 (2%)
TIO (A)	8 (13%)	11 (6%)
PRIMO (A)	5 (8%)	6 (3%)
OTROS : TUTOR, NANA.	1 (2%)	1 (1%)

Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FAMILIAR MAS FRECUENTEMENTE ENFERMO EN ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA

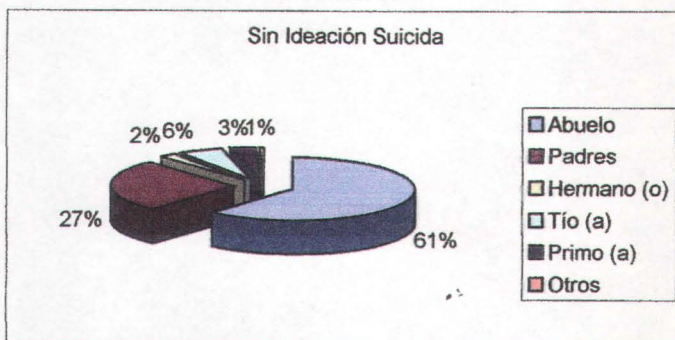
GRAFICA 10.3



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

FAMILIAR MAS FRECUENTEMENTE ENFERMO EN ADOLESCENTES SIN IDEACIÓN SUICIDA

GRAFICA 10.4



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

NIVEL SOCIOECONÓMICO E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL AREA DE INFLUENCIA DE UMF No 33

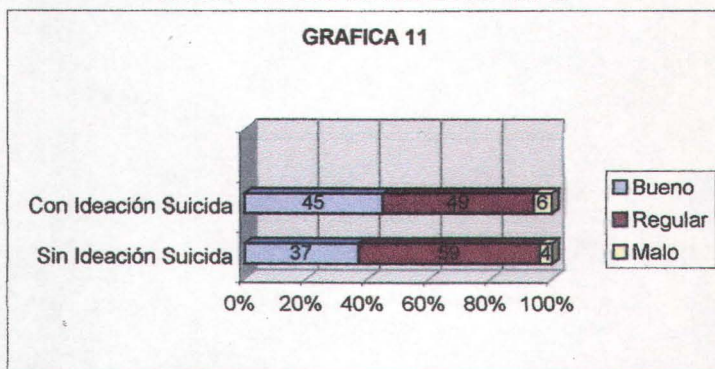
TABLA 11

	CON IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN SUICIDA
BUENO	53 (45%)	140 (37%)
REGULAR	57 (49%)	225 (59%)
MALO	7 (6%)	16 (4%)

Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

NIVEL SOCIOECONÓMICO E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

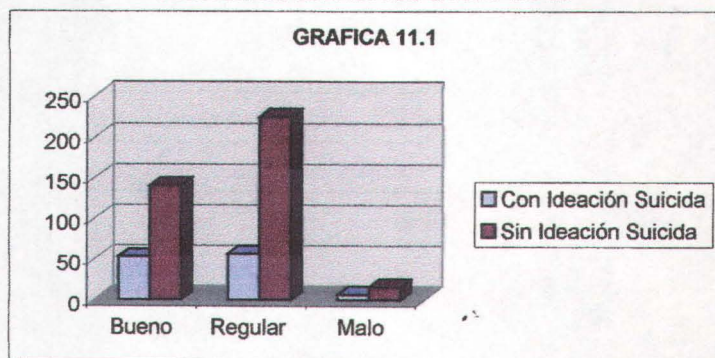
GRAFICA 11



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

NIVEL SOCIOECONÓMICO E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA UMF No 33

GRAFICA 11.1



Fuente : Encuestas aplicadas a adolescentes del área de influencia de la UMF No 33

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la presente investigación se detectó la presencia de ideación suicida en 23 % de los adolescentes que acuden a escuelas del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar No 33, coincidiendo con lo reportado en prevalencias internacionales que va del 3.4% al 52.9% y a nivel nacional del 1% a 40%. (6)

La presencia de ideación suicida se detectó con una mayor frecuencia en los varones 53% que en las mujeres 47%, no coincidiendo con los estudios donde la mayor asociación de ideación suicida y el acto de quitarse la vida correspondió a las mujeres. (3)

En el grupo con ideación suicida se encontró disfunción familiar severa en un 24%, disfunción moderada en un 46% , que hacen un total de 70% lo que supera al 31% de lo encontrado en el grupo de adolescentes sin ideación suicida que engloba a la disfunción severa en un 8% y disfunción moderada en un 23%, coincidiendo con lo reportado en un estudio de González- Forteza y colaboradores. (3)

En el grupo con ideación suicida el consumo de alcohol fue de 27% y en el grupo sin ideación suicida fue de 18% , existiendo una asociación de mayor consumo de alcohol con la presencia de ideación suicida ; Siendo similar con respecto al consumo de drogas de ilícitas donde el consumo de drogas en el grupo con ideación suicida se detectó en un 21% superando al 10% de consumo de drogas en el grupo sin ideación suicida, lo que coincide con estudios a nivel nacional. (3)

La presencia de depresión en el grupo de adolescentes con ideación suicida se detectó en un 74%, superando por mucho a lo encontrado en el grupo de adolescentes sin ideación suicida donde se detectó depresión en un 29%, coincidiendo con Roberts y Chen (1995) donde la asociación de ideación suicida y depresión es hasta de un 84%. (5)

El rendimiento escolar en el grupo con ideación suicida se detectó como malo en un 10% y regular en un 47 % , que al sumarlos engloban al bajo rendimiento escolar con una frecuencia de 57% y en el grupo sin ideación suicida el bajo rendimiento escolar se detectó en un 49% , siendo malo en un 11% y regular en un 38%, lo que coincide con hasta el 63% reportado en otros estudios. (3)

La interrupción de estudios en el grupo con ideación suicida se detectó en un 26% y en el grupo sin ideación suicida fue de el 12%, fortaleciéndose la asociación de interrupción de estudios e ideación suicida, la cual superó lo reportado de 8.7%. (3)

La presencia de un familiar significativo con enfermedad crónica degenerativa en los adolescentes con ideación suicida se detectó en un 54% y el grupo de adolescentes sin ideación se detectó en un 48%, coincidiendo con hasta el 65% reportado de la asociación de ideación suicida y presencia de enfermedad crónica en algún pariente cercano. (3)

Siendo los abuelos en primer lugar los enfermos , después los padres, en tercer lugar los tíos y finalmente los primos, hermanos y otros como una nana y un tutor.

Detectamos mayor frecuencia de nivel socioeconómico regular y malo en ambos grupos de adolescentes : con ideación suicida un total de 55% y sin ideación suicida de 63%.

CONCLUSIÓN GENERAL

El suicidio constituye a nivel nacional una de las tres primeras causas de muerte en el grupo de adolescentes, conocer este problema de salud pública en su justa dimensión, entraña cierta dificultad por la falta de estudios, así como la existencia de un sub-registro de información.

Detectar que factores sociales, familiares y personales del adolescente se encuentran asociados a la ideación suicida, nos permitirá concretizar acciones encaminadas a evitar el fatal desenlace, ya que es bien sabido que quién lo intenta una vez, lo consumara en menos de un año.

En la presente investigación se detectó en primer lugar a la depresión (74%), seguida de la disfunción familiar (70%), el bajo rendimiento escolar (57%), la presencia de un familiar significativo enfermo (54%), el consumo de alcohol (27%), la interrupción de estudios (26%), el consumo de drogas ilícitas (21%) y un nivel socioeconómico regular a bajo, como factores de riesgo presentes en adolescentes con ideación suicida.

La mayoría de estos factores tienen un origen primordialmente social, siendo un reflejo de la incapacidad de generar soluciones ante situaciones de estrés, lo que genera ideas de desesperanza y desamparo, que pueden llevar a un sufrimiento no fácilmente soportado, sobre todo de aquellos adolescentes con baja tolerancia a la frustración cuyas familias son predominantemente inflexibles.

Todos estos puntos revelan que la problemática suicida está presente entre la población escolar adolescente, y por lo mismo, requiere ser reconocida y atendida, llevándonos a una necesidad de instrumentar estrategias y acciones de prevención primaria antes de que se presente la conducta suicida; y de prevención secundaria, cuando ya ha ocurrido sin desenlace mortal, para evitar que vuelva a ocurrir.

Considerando que más de la mitad de los casos de suicidio son factibles de prevención se propone la búsqueda intencionada de individuos que cubran el perfil de riesgo detectados en esta investigación y una vez identificados realizar un adecuado manejo integral.

Y siendo la escuela un escenario muy importante en el desarrollo del adolescente es importante la incorporación de estrategias y servicios de atención multidisciplinaria, ejemplo de ello sería la incorporación en el plan de estudios elementos para promover la salud emocional como elaborar periódicos murales o montar obras de teatro, así como también la participación de manera constante del equipo de salud.

Incidir en la prevención y la atención de la problemática suicida implica tomar en cuenta al adolescente y a su entorno familiar. El conocimiento de la estructura y dinámica familiar en la cual se desenvuelve, permitirá a nosotros Médicos Familiares modificar esa historia natural del suicidio reforzando la promoción de estilos de vida saludable y el fomento a la salud o bien una vez reconocida la problemática familiar realizar un abordaje multidisciplinario en busca de recobrar esa homeostasis perdida, en donde algo muy importante será la validación familiar de la existencia de un problema, ya que la negación y la resistencia al cambio, pueden ser un obstáculo, no sólo por parte del adolescente, sino también de sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, DF. La salud del adolescente en cifras. Salud Pública Mex 2003;45 supl 1 : S153-S166.
2. González-Forteza C, Berenzon S, Jiménez A. Al borde de la muerte : problemática suicida en adolescentes. Salud Pública Mex 1999; pp 145-153
3. González-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados AM, Facio Flores D Medina-Mora IM. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Pública Mex 1998;40:430-437.
4. González-Forteza C, Villatoro VJ, Alcántar EI, Medina-Mora M, Fleiz BC Bermúdez LP, y col. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México 1997-2000. Salud Mental 2002;25
5. González MS, Díaz MA, Ortiz LS, González-Forteza C, González NJ. Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. Salud Mental 2000; 23:21-30.
6. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y Procedimientos. Salud Mental 2001;24:4-15.
7. Saucedo-García J, Montoya-Cabrera M, Higuera-Romero F, Maldonado-Durán J, Anaya-Segura A, Escalante-Galindo P. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia : ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? . Bol Med Hosp Infant Mex 1997; 54:169-175.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

ANEXO 1

Datos Generales

Edad : _____

Sexo : F ó M

Escolaridad : Secundaria / Preparatoria / Universidad

Nivel Socioeconómico

1.- Condiciones de vivienda

a) Material del piso:

Recubrimiento de loseta _____

Piso de cemento _____

Piso de tierra _____

b) Agua potable

Intradomiciliaria _____

Dentro del vecindario _____

Hidrante público _____

c) Eliminación de excretas

Drenaje _____

Letrina , pozo negro , fecalismo a raz del suelo _____

2.- Nivel de hacinamiento (Personas por cuarto)

Número de cuartos _____

Número de personas _____

Número de convivientes por cuarto _____

3.- Escolaridad del jefe de familia

Hasta 3 años _____

De 4 a 6 años _____

De 6 años y mas _____

Con respecto a tu persona :

- 1) ¿Consumes bebidas alcohólicas al menos una vez por semana? SI ó NO
- 2) ¿Has consumido algún tipo de droga como: marihuana , heroína , cocaína, morfina, crack, hashish o anfetaminas alguna vez en tu vida? SI ó NO
- 3) ¿Qué promedio obtuviste el ciclo escolar inmediato anterior al actual? _____
- 4) ¿Has interrumpido en alguna ocasión tus estudios? SI ó NO
- 5) ¿Algún familiar cercano y querido , que sea muy significativo en tu vida tiene alguna enfermedad como Diabetes , Presión alta, cáncer , artritis o enfermo del corazón? SI ó NO
¿Quién? _____

Con respecto a tu familia

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
6) Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema.			
7) Estoy satisfecho del modo en que mi familia discute temas de interés y comparte conmigo la solución del problema.			
8) Mi familia acepta mis deseos de hacer cambios en mi vida.			
9) Estoy satisfecho con el modo en que mi familia me expresa amor y respeta mis sentimientos de enojo pena o afecto.			
10) Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo estamos juntos.			

Con respecto a tu estado de ánimo

	Siempre	A veces	Nunca
11) Pienso que los días que vienen serán agradables			
12) Siento ganas de llorar			
13) Tengo ganas de arrancar y escapar			
14) Tengo dolor de estómago			
15) Quiero salir a jugar fuera de casa			
16) Duermo muy bien			
17) Tengo mucha energía			
18) Disfruto las comidas			
19) Puedo arreglármelas solo ; valerme por mí mismo			
20) Creo que no vale la pena vivir			
21) Me resultan bien las cosas que hago			
22) Disfruto lo que hago igual que antes			
23) Me gusta hablar con mi familia			
24) Tengo sueños horribles			
25) Me siento muy solo			
26) Me animo fácilmente , me entusiasmo con facilidad			
27) Me siento tan triste que difícilmente lo soporto			
28) Me siento muy aburrido			

Tu actitud hacia la vida / muerte es:

29) Deseo de vivir

0. Moderado

1. Poco

2. Ninguno

30) Deseo de morir

0. Ninguno

1. Poco

2. Moderado a fuerte

- 31) Razones para vivir / morir
 - 0. Vivir supera a morir
 - 1. Equilibrado (es igual)
 - 2. Morir supera a vivir
- 32) Deseo de realizar un intento suicida activo
 - 0. Ninguno
 - 1. Poco
 - 2. Moderado a fuerte
- 33) Deseo pasivo de suicidio
 - 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
 - 1. Dejaría la vida / muerte a la suerte
 - 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

Características de los pensamientos / deseos de suicidio

- 34) Duración
 - 0. Breves periodos pasajeros
 - 1. Periodos largos
 - 2. Continuos , casi continuos
- 35) Frecuencia
 - 0. Rara ocasionalmente
 - 1. Intermitente
 - 2. Persistentes y continuos
- 36) Actitud hacia los pensamientos / deseos
 - 0. Rechazo
 - 1. Ambivalente , indiferente
 - 2. Aceptación
- 37) Control sobre la acción / deseo de suicidio
 - 0. Tiene sentido de control
 - 1. Inseguridad de control
 - 2. No tiene sentido de control
- 38) Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión , fallar o irreversibilidad)
 - 0. No lo intentaría por que algo lo detiene
 - 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
 - 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen , indicar que factores tienen.
- 39) Razones para pensar / desear el intento suicida
 - 0. Manipular el ambiente , llamar la atención , venganza
 - 1. Combinación de 0-2
 - 2. Escapar , acabar , salir de problemas .

Características del Intento

- 40) Método : especificidad / oportunidad de pensar en el intento suicida
0. Sin considerar
 1. Considerado , pero sin elaborar los detalles
 2. Detalles elaborados / bien formados
- 41) Método , disponibilidad / oportunidad de pensar el intento
0. Método no disponible , no oportunidad
 1. Método tomaría tiempo / esfuerzo , oportunidad no disponible realmente
 2. Método y oportunidad disponible
 - 2ª Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método
- 42) Sensación de capacidad para llevar a cabo el intento
0. Falta de valor , debilidad , asustado , incompetente
 1. No está seguro de tener valor
 2. Está seguro de tener valor
- 43) Expectativa / anticipación de un intento real
0. No
 1. Sin seguridad , sin claridad
 2. Sí

Actualización del intento

- 44) Preparación real
0. Ninguna
 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
 2. Completa
- 45) Nota suicida
0. Ninguna
 1. Solo pensada
 2. Escrita , terminada
- 46) Acciones finales para preparar la muerte (testamentos, arreglos, regalos)
0. No
 1. Sólo pensados , arreglos parciales
 2. Terminados
- 47) Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida
0. Revela las ideas abiertamente
 1. Revela las ideas con reserva
 2. Encubre , engaña , miente.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Protocolo de Investigación :Frecuencia de ideación suicida y factores de riesgo asociados, en adolescentes de escuelas del área de influencia de la UMF No 33

Nombre del Paciente o Tutor responsable: _____

Por medio del presente escrito autorizo a la Dra Norma Rivera Cortés mi participación dentro de el estudio cuyo objetivo es la de conocer la frecuencia de ideación suicida y factores de riesgo asociados entre los adolescentes adscritos a la UMF 33. El cual consiste en la realización y aplicación de un cuestionario .En caso de comprender alguna pregunta tengo el derecho que este me sea aclarada. Me existe el derecho de no continuar con la aplicación del cuestionario en el momento en que yo lo consideré que llegara a afectar a mi persona. Tengo en cuenta que la investigación no involucra en nada mi salud mi diagnóstico , y pronóstico si tuviera alguna enfermedad en la actualidad. Comprendo y entiendo las características del estudio , de no ser este de carácter invasivo y que no acarrea ningún tipo de riesgo hacia mi persona y del carácter de confidencialidad de la información que yo brinde.

He leído y entendido este formato de consentimiento y comprendo que no debo firmarlo si todos los párrafos o todas mis dudas no han sido explicadas o contestadas a mi entera satisfacción o si no entiendo cualquier término médico o palabras contenidas en este documento.

Testigo _____

Responsable _____

DECLARACIÓN MEDICA

He explicado el contenido de este documento al paciente y he respondido a todas sus dudas ,al grado máximo de mi conocimiento . El paciente ha sido informado adecuadamente y ha aceptado formar parte del estudio.

Lugar _____

Fecha _____