



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA**

**“Conducta suicida en los estudiantes de nivel medio superior
del Instituto Politécnico Nacional”**

Tesis que para obtener el diploma de especialista en epidemiología presenta:

DRA. YAZMIN ZACATE PALACIOS

ASESORES:

Dr. Martín Felipe Vázquez Estupiñán
Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda”
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Benjamín Acosta Cázares.
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
y Apoyo en Contingencias

CO-AUTORES:

C.P. Leticia Fregoso Falcón
Dirección de Servicios Estudiantiles del
Instituto Politécnico Nacional

Ing. Ismael Seth Medina Reyes
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
y Apoyo en Contingencias

MÉXICO D.F, FEBRERO DE 2009



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.

Vo. Bo.

Dr. Benjamín Acosta Cázares
Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias

Vo. Bo.

Dra. Evangelina González Figueroa
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias

Vo. Bo.

Dr. M. Felipe Vázquez Estupiñán
Profesor Titular del Curso de Especialización en Psiquiatría
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Especialidades “Bernardo Sepúlveda”
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dedico ésta tesis a:

Mi mamá Amelia Palacios Salazar †

*Por que si la tuviera conmigo se sentiría tan feliz
como me siento en éste momento...*

Mi papá Ezequiel Zacate Escobar

*Por ser ejemplo de esfuerzo incansable a seguir,
contribuir a la formación de mi carácter,
además apoyarme y confiar siempre en mi*

Mi abuelo Domingo Palacios Gálvez

*Porque ha sido mi padre y madre en todos estos años que he vivido en su nido
fortaleciendo mis alas a través de su experiencia ejemplo y todos los valores inculcados
además de agradecerle por que ahora estoy lista para emprender el vuelo*

Mi tío Víctor Palacios Salazar

*Por su infinito apoyo, experiencias, y consejos
en los buenos y malos momentos de mi vida*

Mis hermanos Laura Edith, Israel, Marco Antonio y Maricela

Por su cercanía y apoyo aún en la distancia...

Agradezco:

A mi amigo Jesús (JHS)

*Por que nunca me ha abandonado,
y por cuidar mis pasos en el diario andar
además de reservarme un destino...*

A mi profesor y asesor:

Dr. Benjamín Acosta Cázares

Por sus consejos además de haber contribuido a mi formación y superación

A mi novio Iván Tinoco Galicia

Por brindarme su amor y apoyo para la realización de esta obra

A mis queridos profesores:

**Dra. Evangelina González F, Dr. Alfonso Fajardo R,
Dr. Jesús Maya M, M. en C. Silvia E. Jiménez G,
Dr. Eusebio Pérez F, Ing. Ismael S. Medina R,
Dra. Abigail Meza Ch, Dra. Susana Martínez C y a
todos los que contribuyeron en mi formación**

Por su amistad, apoyo, experiencia, conocimiento, consejos y tiempo compartido

A tod@s mis amig@s y compañer@s

Por sus consejos y sobre todo las múltiples convivencias,..

A don Valentín Martínez Longínez

Por sus apoyo para la búsqueda bibliográfica, y su amistad,..

**A las Enfermeras: Rocío Barcenás Salazar CMN SXXI H. Pediatría y
Ma. Guadalupe Mejía Bocanegra H. Infectología CMN “La Raza”**

Por su enseñanza y experiencia transmitida

**A todo el personal directivo y profesores de la:
Coordinación de Programas Integrados de Salud y de la
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias**

Por sus valiosos conocimientos transmitidos durante mi formación

A todos aquellos que olvide mencionar

Por que sería imposible mencionar a todos...

ÍNDICE

	Pág.
I. RESUMEN	6
II. MARCO TEÓRICO	7
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
IV. JUSTIFICACIÓN	19
V. OBJETIVO	20
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	21
VII. ASPECTOS ÉTICOS	32
VIII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	33
IX. RESULTADOS	37
X. DISCUSION	63
XI. CONCLUSIONES	65
XII. REFERENCIAS	66
XIII. ANEXOS	69

I. RESUMEN:

Zacate-Palacios Y, ¹ Vázquez-Estupiñán MF, ² Fragoso-Falcón L, ³ Medina-Reyes IS, ¹ Acosta-Cázares B. ¹ **Conducta suicida en los estudiantes de nivel medio superior del Instituto Politécnico Nacional.**

1. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias, 2. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional SXXI 3. Dirección de Servicios Estudiantiles del Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Objetivo: Determinar la prevalencia de ideación e intento de suicidio; así como los factores relacionados en estudiantes de nivel medio superior del Instituto Politécnico Nacional (IPN).

Material y método: Estudio transversal realizado en el periodo comprendido del 1 de marzo al 30 de Junio de 2008, en 1371 estudiantes de nivel medio superior del IPN, que reunieron criterios de inclusión. Se aplicó cuestionario autoadministrado validado considerando aspectos sociodemográficos, ambiente familiar, depresión, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como pensamientos e intento de suicidio. Fueron excluidos los alumnos que faltaron el día de la encuesta y los que no quisieron participar. **Análisis Estadístico:** Frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión, Intervalos de Confianza al 95% (IC_{95%}), χ^2 de *Mantel y Haenzel* o prueba exacta de *Fisher* para comparar estudiantes con y sin conducta suicida con las variables de exposición, y de acuerdo a su distribución en variables continuas mediante la *t de Student* o *U de Mann-Witney*, se obtuvo además un análisis multivariado.

Resultados: 74.2% fueron varones, con un promedio de edad de 16.6± (1.2) años, 98.1% soltero, 75.1% religión católica, 62.7% con nivel socioeconómico medio, 11.5% trabaja, 7.4% pertenece a una tribu urbana (dark, emo), 67.1% con familia nuclear biparental (padres e hijos), 48.9% familia aglutinada, 29.2% familia caótica, 76.6% ha ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, 15.7% fuma actualmente, 1.5% es usuario activo de drogas, 13.2% con depresión, 31.4% ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, 25.6% tiene preferencias por su mismo sexo, 29.3% con ideación suicida la semana previa a la aplicación de la encuesta, 8.8% ha intentado suicidarse alguna vez en su vida, siendo como causas principales sentirse solo, triste o deprimido, mientras que la forma principal de intentarlo fue utilizando un objeto filoso. El modelo de regresión logística ajustado por la edad, encontró que las variables asociadas con la ideación suicida fueron ser mujer con un riesgo de OR=1.72 IC_{95%}(1.28, 2.31), cursar con depresión mayor OR=8.53 IC_{95%} (5.82, 12.49), pertenecer a una tribu urbana OR=2.32 (1.46, 3.70), no convivir con el padre entre semana OR=1.74 IC_{95%}(1.28, 2.31), ocupar el lugar medio entre sus hermanos OR=1.16 IC_{95%}(0.64, 2.07) y presentar antecedente familiar de conducta suicida OR=2.33 IC_{95%}(1.50, 3.62); mientras que las variables asociadas al intento de suicidio fueron ser mujer OR=14.1 IC_{95%}(2.76, 72.75), antecedente familiar de intento suicida OR=4.64 IC_{95%}(2.69, 8.02), cursar con depresión mayor OR=4.41 IC_{95%}(2.71, 7.17), tener familia no relacionada o dispersa OR=3.18 IC_{95%}(1.66, 6.08), pertenecer a una tribu urbana OR=2.78 IC_{95%}(1.45, 5.32), trabajar además de estudiar OR=2.32 IC_{95%}(1.27,

4.23) y preferencia sexual por su mismo sexo $OR=1.08$ $IC_{95\%}(0.23, 5.13)$, las variables continuas relacionadas con la conducta suicida fueron edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas, número de veces que se ha intentado el suicidio para el caso de los alumnos que presentaron ideación suicida, mientras que el número de cigarrillos ingeridos, número de copas y número de relaciones sexuales se relacionaron con el intento de suicidio; todos los valores antes mencionados con $p<0.05$. **Conclusión:** La prevalencia de ideación suicida fue de 29.3%, en cuanto a la prevalencia de intento suicida identificada en el estudio fue de 8.8% y los factores que se relacionaron a ambos procesos fueron ser mujer, cursar con depresión mayor pertenecer a una tribu urbana y presentar antecedente familiar de conducta suicida

II. MARCO TEÓRICO:

2.1 PANORAMA HISTÓRICO DEL SUICIDIO.

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas históricas, que ha sido motivo de estudio/controversia de las ciencias y la religión.¹

A finales del siglo XVIII el suicidio se popularizó y se incorporó al vocabulario de los países europeos como término, posteriormente con la revolución francesa deja de ser penalizado como un hecho criminal, los magistrados mantienen una postura de omisión, hecho en el que fue determinante la influencia de intelectuales como *Voltaire, Montesquieu y Hume*.²

Durante el siglo XIX, comienza a emerger una práctica psiquiátrica más identificada con los ideales de la ciencia moderna, que demuestra una mayor sensibilidad por la conducta suicida, en estrecha competencia con las emergentes ciencias sociales (inauguradas con el estudio de *Durkheim*).³

Desde 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS), asegura que el suicidio es una tragedia global, y que problema el suicidio en general ha sido ignorado o descuidado en todo el mundo.⁴

Finalmente, en el siglo XX (la época moderna) ve nacer el estudio del suicidio; con el surgimiento del psicoanálisis, la sociología, el existencialismo y finalmente la investigación biológica, las cuales dedican esfuerzos destacados a la comprensión del fenómeno.²

2.2 CONCEPTOS

La OMS, clasifica como adolescentes a las personas cuyo periodo de edad va de los 10 a los 19 años, la cual divide en:

- ❖ Etapa temprana (10 a 14 años).
- ❖ Etapa tardía (15 a 19 años).⁵

Durkheim (1835), definió al suicidio como todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado.¹²

La OMS (1996): Refiere al acto suicida como “la lesión a sí mismo con diversos grados de intención mortal y conciencia del motivo”; suicidio es una auto agresión con resultados mortales, de este concepto se derivan los siguientes tipos: ¹³

- ❖ El suicidio consumado: se refiere al hecho de una persona que atenta contra su vida y muere.

- ❖ El intento de suicidio: hace referencia al hecho de vivir una conducta autodestructiva pero no morir.
- ❖ El suicidio frustrado: Se trata del momento en que una persona toma la decisión de quitarse la vida, pero en última instancia busca ayuda, con la intención de salir adelante.
- ❖ El gesto suicida: este concepto nos habla de señales físicas o verbales, que da una persona y que en conjunto establece una probabilidad de llegar a atentar contra su vida.

La Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10): Clasifica al intento o al suicidio como lesiones autoinflingidas intencionalmente: Código: Z.91.5.¹⁴

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-R). Asociación Psiquiátrica Americana: Clasifica a la ideación suicida y al suicidio como el hecho de intentar o quitarse la vida por sí mismo.¹⁵

CONDUCTA SUICIDA: Conjunto de actos (ideación, intento de suicidio y suicidio consumado) dirigidos a quitarse la vida por sí mismo.¹⁷

IDEAS: Son expresiones mentales que se presentan de manera voluntaria o involuntaria, con relación a algún hecho o estímulo, a veces no existe relación alguna.¹⁶

PENSAMIENTOS: Conjunto de ideas que expresan conceptos, interpretaciones, sensaciones, emociones y deseos. Se presentan de forma automática o propositiva, y con un significado. Pueden ser espontáneos, repetitivos, congruentes e incoherentes, y generalmente dirigen las conductas de las personas.¹⁶

IDEA SUICIDA: Puede abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida, hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva.¹⁸

INTENTO DE SUICIDIO: La Organización Mundial de la Salud lo define como un acto con resultado no fatal, en el cual un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás, le causa daño, o deliberadamente ingiere una sustancia en exceso de lo prescrito o reconocido generalmente de la dosis terapéutica, lo cual está dirigido a conseguir cambios deseados por el sujeto por medio de las consecuencias reales o esperadas.¹³

SUICIDIO CONSUMADO: Quitarse la vida por sí mismo.¹⁷

2.3 ANTECEDENTES

El suicidio es una forma de muerte violenta, resultado de una decisión individual, que obedece a factores biológicos, psicológicos, filosóficos culturales, económicos, y sociales,⁸ las etapas que constituyen a la conducta suicida son ideación suicida, contemplación activa del suicidio, planeación, preparación, ejecución del intento suicida y suicidio consumado, las etapas no son

necesariamente secuenciales, ni indispensables, sin embargo se agregan como factores de riesgo en la medida en que interaccionan, lo que aumenta el riesgo.⁹

El Estudio de Intervención Multicéntrico sobre Comportamientos Suicidas –SUPRE– MISS de la OMS reveló que en los últimos 45 años, la mortalidad por suicidio ha tenido un incremento cercano al 60%. Esta tendencia se ha observado tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, el suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre las personas de 15 a 44 años, si bien estas cifras no incluyen los intentos de suicidio, por otra parte, se estima que los intentos son hasta 20 veces más en número que los que llegan a consumarse y que son especialmente la depresión y el abuso de sustancias están asociados en el 90% de los casos.⁴

La población adolescente es en todo el mundo, el grupo más sano, ocurren pocas muertes y pocos casos de enfermedad, a esta edad también se consolidan hábitos de vida que pueden llevar a enfermedades degenerativas en la edad adulta. Dentro de los principales daños a la salud se incluyen sobrepeso, tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, y enfermedades de transmisión sexual, dentro de las conductas de riesgo más comunes se encuentran las adicciones, exposición a ambientes peligrosos y violentos, que asociados potencializan la probabilidad de que sufran accidentes, suicidios y homicidios.⁵

En México la población adolescente se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años, la distribución de la población es heterogénea, el Estado de México tiene más de un millón de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad; DF., Jalisco, Puebla, Querétaro y Veracruz tienen entre 500 mil y un millón de adolescentes cada uno y el resto del país tiene menos de 500 mil por estado.⁵

Actualmente México es un país de gente joven,⁶ y recientemente se han registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años, con lo que nuestro país no está exento de este problema.⁷

Entre los principales factores de riesgo que destacan para presentar suicidio juvenil, se menciona el intento de suicidio previo, depresión mayor, trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, conflictos y pérdidas de seres queridos, familias disfuncionales, maltrato o abuso sexual y el sentimiento de conductas autodestructivas.¹⁰ Estudios previos han reconocido que la cohesión familiar es un factor protector contra la ideación suicida.¹⁸ Notablemente en la mayoría de los países, los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres que en los hombres.¹⁹ Quienes intentan o logran suicidarse tienen una historia familiar de actos suicidas.²⁰ Se menciona además que el suicidio es frecuente en niños adoptados, así como en los provenientes de padres biológicos que cometieron suicidio, a pesar de las diferencias en el ambiente familiar.²¹

Entre los factores estresantes que aumentan el riesgo del suicidio se menciona la pobreza, pérdida de un ser querido, discusión con la familia, los amigos o la ruptura de una relación con

la pareja, sacar bajas calificaciones, deserción escolar, haber trabajado mientras se es estudiante, practicar poco o nulo deporte, los problemas laborales o legales, la desintegración social, la inestabilidad política y el colapso social.^{21, 22, 23}

También se ha observado una asociación entre los enfermos de VIH/SIDA, y una quinta parte de quienes sufren alguna patología orgánica crónica, por limitaciones físicas y psicosociales asociadas.²³ Los antecedentes de maltrato físico o abuso sexual durante la niñez pueden aumentar el riesgo de suicidio en la adolescencia y la edad adulta, así mismo se señala que las víctimas de abuso sexual comúnmente sienten humillación y vergüenza.²¹

La depresión se clasifica dentro de los trastornos del afecto y se caracteriza por cambios involuntarios del estado de ánimo, se calcula que afecta a cerca de 340 millones de personas en el mundo, la mujer presenta una mayor prevalencia y está presente en una de cada diez personas, generalmente no es identificada y mucho menos atendida con oportunidad. En México se estima una prevalencia de entre 12% al 20% entre la población adulta de 18 a 65 años, cabe hacer mención que una de las complicaciones más temidas de la depresión es el suicidio, existiendo hasta 60% de vinculación entre éste y la depresión.²⁴

Típicamente el 25% de quienes intentaron una vez el suicidio, lo intentarían nuevamente en el año próximo, y 10% lo lograrán el plazo de los próximos 10 años. Así mismo, el 45% y 70% de quienes intentan el suicidio, sufren principalmente de depresión, con rasgos de impulsividad y agresividad, trastornos de la personalidad y alcoholismo.²⁰

Se mencionan finalidades diferentes a la pérdida de la vida como objetivo; en ocasiones, la meta es llamar la atención, acabar con el sufrimiento, o vengarse de alguna figura de autoridad.⁸

2.4 PANORAMA INTERNACIONAL

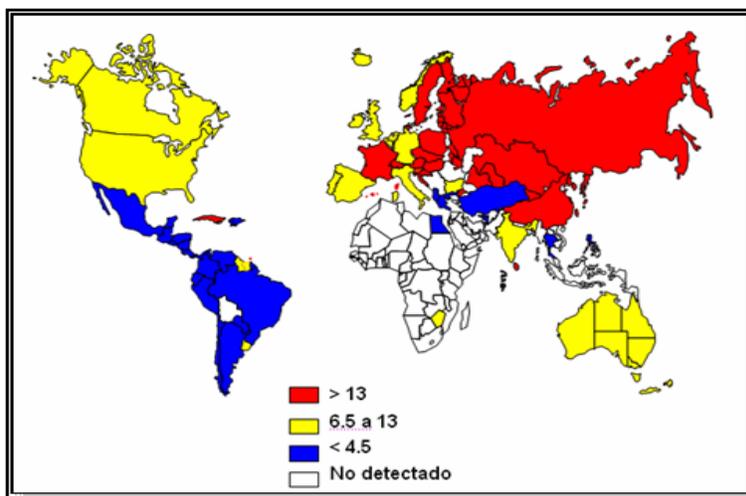
La OMS, en el 2000 estimó que cada año se producen un millón de muertes por suicidio, representando el 1.4% de la carga total por mortalidad, lo que significa una tasa de mortalidad de 16 por 100,000 habitantes; o una muerte cada 40 segundos. Así mismo estimó que esta cifra puede duplicarse en 20 años. El suicidio es la décimo tercer causa de muerte en el mundo.²⁵

Y entre las personas de 15 a 44 años representa la sexta causa de mala salud y discapacidad,²⁵ además de ser una de las cinco causas de mortalidad en la población comprendida entre las edades de 15 a 19 años.²⁶

Las tasas de suicidio varían en todas las naciones, así tenemos que entre los países que informan acerca del suicidio a la OMS, las tasas más altas se observan en Europa oriental (por ejemplo, Belarús, 41.5 por 100 000; Estonia, 37.9 por 100 000; la Federación Rusa, 43.1 por 100 000, y Lituania, 51.6 por 100 000); por el contrario, las tasas más bajas se encuentran principalmente en América Latina (en particular en Colombia, 4.5 por 100 000, y Paraguay, 4.2 por 100 000) y en algunos países de Asia (por ejemplo, Filipinas, 2.1 por 100 000, y Tailandia,

5.6 por 100,000 habitantes. Las tasas de suicidio juvenil son particularmente altas en varias islas del Pacífico, como Fiji (entre las etnias indígenas) y Samoa, tanto en los hombres como en las mujeres.⁷ (Figura 1).

Figura 1. Tasa de suicidios en el mundo por 100,000 habitantes en el 2007.



Fuente: OMS 2007

El sexo, cultura, raza y grupo étnico son también factores importantes en la epidemiología del suicidio. Así mismo, la razón entre la tasa de suicidio de los hombres y la de las mujeres fluctúa desde 1:1 hasta 10.4:1. Cabe mencionar además que la manera en que se registran las defunciones de todo tipo varía enormemente según los países, lo cual hace sumamente difícil comparar las tasas de suicidio entre los mismos.⁷

La OMS, estimó que para el año 2020, más de un millón y medio de personas, morirán por suicidio y que entre 10 y 20 veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida. Esta cifra representará una muerte por suicidio en el mundo por cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1-2 segundos.²⁷

2.5 SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS.

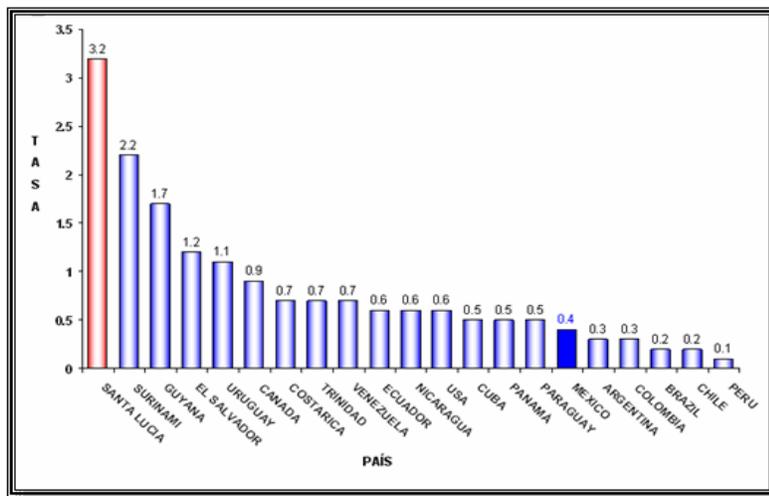
En muchos países de la Región de las Américas, "el suicidio es una de las 10 causas principales de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes".²⁸

La OMS estima que el número de personas con trastornos mentales en la región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones de casos para el 2010, siendo la depresión el principal componente de esa carga.²⁸

Entre las principales causas de defunción entre los adolescentes (10 a 19 años) son externas, e incluyen homicidios, suicidios, accidentes y traumatismos.²⁹

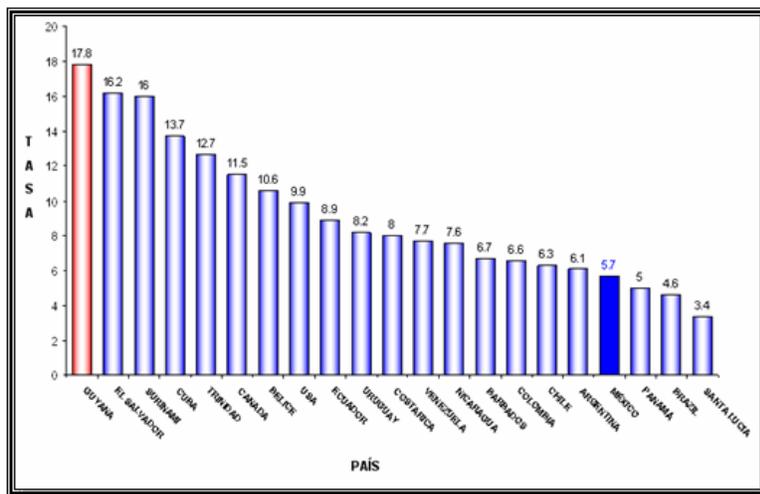
El suicidio, cuya incidencia es relativamente baja en los países menos desarrollados de la región, alcanza su nivel más alto en los EE.UU. y en Canadá y ha comenzado a aparecer en las estadísticas de algunos países latinoamericanos, como Argentina, México y Venezuela.²⁹ (Figuras 2 y 3).

Figura 2. Tasa bruta de suicidios por cada 100,000 habitantes en el Continente Americano en población de 5 a 14 años de edad



Fuente: OMS-Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2006

Figura 3. Tasa bruta de suicidios por cada 100,000 habitantes en el Continente Americano en población de 15 a 24 años de edad



Fuente: OMS-Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2006

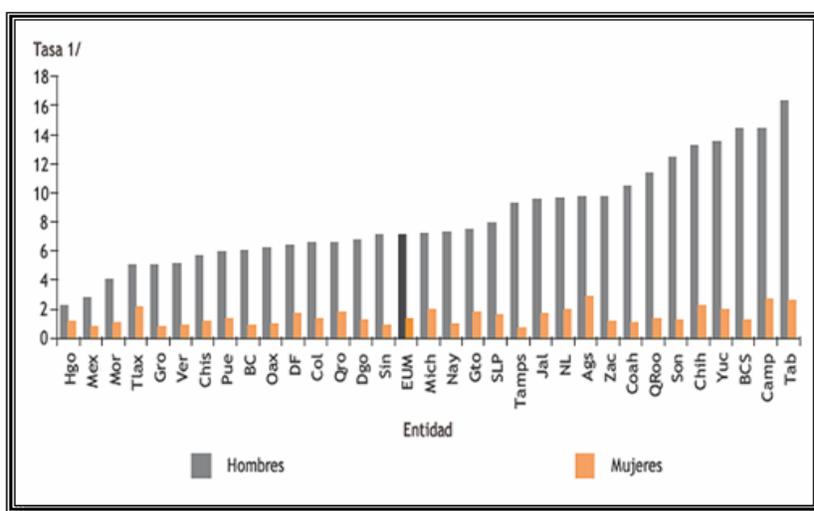
2.6 PANORAMA NACIONAL.

En México la tendencia de la mortalidad por suicidios ha mostrado un incremento, una serie histórica de suicidios en el país, indicó que en el año 1980, se cometieron 672 suicidios; en 1990, 1405 y en 2002, 3089. Así, en 20 años los suicidios aumentaron un 459%; sin relación con el aumento general de la población.³⁰

El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), durante el 2005, registró 3780 intentos de suicidio, a través de las Agencias del Ministerio Público de los cuales se consumaron 3553 (94%). Siendo más frecuentes los suicidios de hombres que en mujeres (por cada 100 suicidios de varones se producen 20 de mujeres), en tanto que hay más intentos fallidos de mujeres que de hombres (110 en mujeres por cada 100 en hombres). En este año el país reportó una tasa bruta nacional de suicidios de 3.4 por 100,000 habitantes.²²

La Secretaría de Salud (SSA), en su informe Salud 2006 reportó que en el país la tendencia suicida ha mostrado un incremento en los últimos años y que al interior del país se encuentran grandes diferencias por esta causa de muerte, presentándose las tasas más altas de mortalidad en Tabasco, Campeche y Baja California Sur, con 16.35, 14.42 y 14.40 por 100 000 habitantes, respectivamente entre los hombres. En contraste, Hidalgo, Estado de México y Morelos presentaron las tasas más bajas, con 2.23, 2.72 y 4.02 por 100 000 habitantes, respectivamente entre los varones.³⁰ (Figura 4)

Figura 4. Mortalidad por suicidios por género y entidad federativa en México durante el 2005.



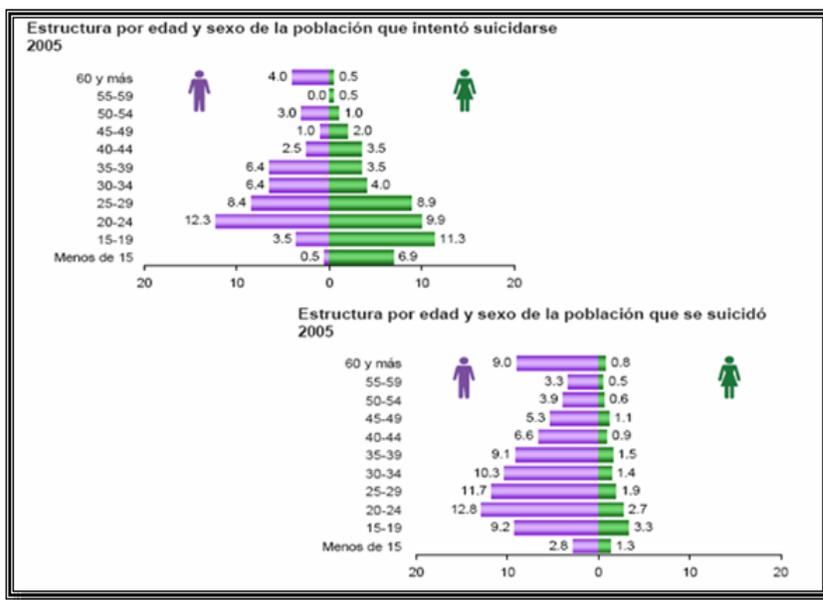
1/Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: INEGI/Secretaría de Salud, 2005.

La Dirección General de Estadística del INEGI a través de la información obtenida de los registros administrativos de las Agencias del Ministerio Público reportaron que durante el 2005 de un total de 3555 suicidios reportados: ³¹

- ❖ Las principales causas fueron: No especificada 74.7%, problemas familiares 8.84% y por conflictos de pareja 7.74%.
- ❖ El sitio predominante de ocurrencia del suicidio fue la casa habitación con 78.4%.
- ❖ El principal medio empleado por los suicidas fue la estrangulación 72.98%, seguido por el arma de fuego con 13.99%.
- ❖ El estado civil que prevaleció fueron los solteros con 39.1% y los casados con 36.9%.
- ❖ El nivel de escolaridad fue la educación primaria con 47.13%.
- ❖ Entre las principales ocupaciones destacaron los trabajadores agropecuarios con un 25.58% y otras ocupaciones 25.04%.
- ❖ Los principales meses del año donde se concentro la mayor proporción de suicidas fueron: enero, febrero, marzo, octubre, noviembre y diciembre con un 45.9%.
- ❖ El sexo que predominó fue el masculino 83.59%. (*Figura 5*).
- ❖ Los estratos de edad donde hubo mayor prevalencia fue el de 15 a 24 en un 26.68% y el de 25 a 34 con 24.20%. (*Figura 5*).

Figura 5. Estructura por edad y sexo de la población mexicana que intentó suicidarse y que se suicidó durante el 2005.



Fuente: INEGI. Intentos de Suicidio y Suicidios. Base de datos, 2005.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), reportó en un total de 25,056 adolescentes una prevalencia para intento de suicidio de 1.1%, con mayor frecuencia en

las mujeres. La conducta suicida predominó más entre los 16 y 19 años de edad en un 1.9%, así mismo los datos obtenidos sugieren que la prevalencia del intento suicida aumenta en aquellos adolescentes que viven con su pareja un 3.1%, los que consumen alcohol 3.0% y en los que sufrieron algún tipo de violencia en el último año hasta un 4.1%.³²

2.7 CONDUCTA SUICIDA EN LA LITERATURA INTERNACIONAL Y NACIONAL

En muchos trabajos nacionales y extranjeros que evaluaron la conducta suicida (ideación e intento de suicidio) en adolescentes reportan prevalencias discrepantes, muchos factores influyen en este hecho, pero el más importante es la inexistencia de un instrumento estandarizado que evalúe al fenómeno suicida y todo su proceso, por lo que sus resultados son poco comparables entre sí; además los grupos estudiados han sido diversos (nivel secundaria, nivel medio superior, universitarios) la distinta nacionalidad y con ello las diferencias socioculturales entre las poblaciones.³³

Así, al considerar toda esta variabilidad, se encuentra publicada gran cantidad de artículos, y a continuación se citan algunos de estos estudios:

Yen ChF y Cols., realizaron un estudio transversal en 200 adolescentes *Taiwaneses* consumidores de anfetaminas durante el 2002; utilizaron el *Kiddie-SADS-E (Epidemiological Version of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)*, LPI, Lai, 1993 (*Lai's Personality Inventory*) y el *AFLSQ (Adolescent Family and social Life Questionnaire)*, entrevistaron directamente al participante obteniendo una prevalencia para idea suicida de 16%, depresión 31.3% y ansiedad en 50%, entre los factores de riesgo para presentar ideación suicida destacaron: el consumo ilícito de drogas de un familiar con una razón de Prevalencia (RP) de 3.6 y un Intervalo de Confianza al 95% (IC_{95%}) de 1.22 a 10.7; depresión RP= 6.7, IC_{95%} (1.6, 26.8); presencia de enfermedad mental RP=11.4, IC_{95%} (3.6, 36.3) e inestabilidad emocional con una RP= 2.2, IC_{95%} (1.3, 3.8) todas con significancia estadística ($p < 0.05$)³⁴

Havisto y Cols., en el 2005, realizaron un estudio de Cohorte en Finlandia, en 2026 adolescentes, utilizando el *CDI (Children's Depresión Inventory)*, *AR2 (Rutter Parents Scale)* y una escala sintomatológica psicósomática; en forma autoadministrada, obteniendo una prevalencia para intento de suicidio de 6.6%, para ideación suicida de 4.0% y 2.2% para el suicidio, además, este estudio encontró como factores de riesgo tener padres con escolaridad de nivel secundaria RP=2.0, IC_{95%} (1.3, 3.2); presencia de somatización RP=1.8, IC_{95%} (1.0, 3.2); bajo promedio escolar RP=0.7, IC_{95%} (0.3, 1.4); padres separados RP=2.0, IC_{95%} (1.2, 3.1);

presencia de lesiones autoinfligidas $RP=2.2$, $IC_{95\%}$ (1.4, 3.5), mala adaptación con su entorno familiar $RP=6.3$, $IC_{95\%}$ (3.7,11); mala adaptación con sus amigos $RP=6.2$, $IC_{95\%}$ (3.7,10.3); ingesta de bebidas alcohólicas de menos de una semana $RP=0.5$, $IC_{95\%}$ (0.3,0.9); uso ilícito de drogas $RP=3.2$, $IC_{95\%}$ (1.8,3.9); todos los factores antes mencionados presentaron un valor de $p < 0.05$.³⁵

Sawyer MG y Cols. Realizaron un estudio de tipo transversal en 326 adolescentes australianos durante el 2006, utilizando CBCL (*Chile Behaviour Checklist*), YSR (*Youth Self Report*), CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depresión Scale*) aplicando un cuestionario de forma auto administrada obteniendo una prevalencia de ideación suicida de 14.4% y para intento de suicidio de 10% en adolescentes que viven en casa hogar; y con resultados de prevalencia para ideación suicida de 11.8% y para intento de suicidio de 4.3% en adolescentes que viven con sus padres.³⁶

Stephen T y Cols. Realizaron un estudio transversal, en *Massachussets USA* durante el 2003, en 11, 940 adolescentes; utilizando el CES-D administrando un cuestionario por medio de audio asistido por computadora (Internet). Obteniendo una prevalencia global para ideación suicida de 18% con un riesgo $RP=1.68$ $IC_{95\%}$ (1.25, 2.27) en los homosexuales y $RP= 2.14$ $IC_{95\%}$ (1.75, 2.61) para las lesbianas.³⁷

Young R. y Cols. Realizaron un estudio de cohorte, en 1258 jóvenes escoceses, en un periodo que duró 10 años, de 1994 al 2004, donde investigaron asociación entre pertenecer a una subcultura *Gótica* (*Gótico, Punk, Garage, Mosher, Heavy Metal*, entre otros) y el intento de suicidio, utilizando una versión computarizada de la Cédula de Intervención Diagnóstica para Niños (*Voice-DISC*) un cuestionario para suicidio. Encontrando una prevalencia en un 53% de lesiones autoinfligidas en quienes pertenecían a algún tipo de subcultura y para la conducta suicida en un 47%, el tipo de lesión que predominó fueron las cortaduras, heridas y quemaduras. Entre los principales factores para suicidio encontraron ser mujer $RP=2.50$, $IC_{95\%}$ (1.42, 4.41); con padres separados o divorciados $RP=2.45$, $IC_{95\%}$ (1.43, 4.20); fumar regularmente u ocasionalmente $RP= 1.93$, $IC_{95\%}$ (1.13, 3.29) y consumo ilícito de drogas $RP=2.11$, $IC_{95\%}$ (1.12, 3.98).³⁸

Villatoro VJ y Cols. En 2003, realizaron un estudio de tipo transversal, en 1009 adolescentes en el Distrito Federal, utilizando la escala de Autoestima de *Rosenberg*, la escala de ideación y conducta suicida, la escala de ambiente familiar y la cédula de intento suicida, de forma autoadministrada. Encontrando una prevalencia para el intento de suicidio 9.5%, de los cuales 46.7% consumía drogas, por otra parte entre los principales factores relacionados fueron: el

consumo ilícito de drogas, presentar baja autoestima, sentir hostilidad y rechazo por parte de su círculo social, pobre comunicación con sus padres y sentirse sin apoyo por parte de los mismos, así como la presencia de ideas suicidas; todos con valores significativos $p < 0.05$.³⁹

González-Forteza C. y Cols. Realizaron un estudio de tipo transversal en 936 adolescentes del Distrito Federal, durante el año 2003, utilizando la escala de estrés cotidiano familiar, la escala de autoestima de *Rosenberg*, la escala de respuesta de afrontamiento ante estresores cotidianos, el CES-D, la escala de *Roberts* para ideación suicida; de forma autoadministrada, obteniendo una prevalencia para la ideación suicida con presencia de depresión para la mujer de 10.28% y para el hombre de 7.95%; mientras que para el intento de suicidio la prevalencia en las mujeres fue de 17% y para el hombre de 7%; los factores de riesgo fueron, presentar relación conflictiva con uno o ambos padres $RP=1.45$ $IC_{95\%}$ (0.75,2.81); padres que discuten por problemas económicos $RP=1.30$ $IC_{95\%}$ (0.67,2.52); la presencia de baja autoestima $RP=0.60$, $IC_{95\%}$ (0.28,1.29); impulsividad como respuesta de enfrentamiento $RP=3.22$, $IC_{95\%}$ (1.64,6.35) y como factor protector el tener buena relación con alguno de los padres $RP=0.78$, $IC_{95\%}$ (0.27,2.25); todos con valor $p < 0.05$.⁴⁰

Chávez Hernández y Cols. Durante el 2004, realizaron estudio transversal en 2,532 estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato, encontró una prevalencia para ideación suicida de 25%, y para intento de suicidio de 8.6%, y entre las principales variables relacionadas fueron aspectos interpersonales o afectivos, el segundo que predominó fueron los emocionales: depresión y tristeza, el sexo que predominó en ambos fenómenos fue la mujer, el 50% de los que lo intentó por lo menos una vez no le importaba si moría o vivía.⁴¹

Durante el 2007, se llevó a cabo la 1ª. Encuesta Nacional Exclusión, Intolerancia y Violencia en escuelas públicas de Educación Media Superior, llevada a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública con una muestra de 13, 104 estudiantes, donde se reportaron los siguientes resultados: el 19% de los hombres y el 30.5% de las mujeres piensan que vale más morir que vivir, 8.5% de los hombres y 16.8% de las mujeres a estado a punto de quitarse la vida mientras que el 5% de los hombres y 11.9% de las mujeres se ha hecho daño con el fin de quitarse la vida.⁴²

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- ❖ Según reporte de la OMS, en los últimos 45 años el suicidio ha mostrado una tendencia ascendente en un 60%, con predominio de adolescentes y adultos jóvenes, además de ser la quinta causa de muerte entre el grupo de personas de 15 a 19 años. México actualmente es un país de gente joven con lo cual la conducta suicida en adolescentes es un problema de salud pública.
- ❖ La multiplicidad de las diferentes fuentes de información INEGI, SSA, la procuraduría de justicia y los ministerios públicos, ha dado lugar a cierta incongruencia de resultados y a discrepancias en las tendencias reportadas, ello aunado además a que existe subregistro implícito, dados los problemas legales y morales que conlleva el acto suicida lo que conlleva a una dudosa confiabilidad de la información.
- ❖ Los intentos de suicidio son 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados, por lo que hay un aumento en el riesgo de esta población.
- ❖ La medición del proceso presenta una gran variabilidad en todos los estudios nacionales como internacionales, mostrando gran discrepancia en las prevalencias de los componentes de la conducta suicida (Ideación suicida/Intento de suicidio/Suicidio) dado la gran variabilidad propia del lugar, tiempo y persona.
- ❖ En muchos países, el intento de suicidio es una de las razones más comunes de admisión en los servicios de urgencia y también es la causa más común de tratamiento en gente joven, constituyendo una pesada carga sobre los servicios sociales y sanitarios

3.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- ❖ ¿Cuál es la prevalencia de ideación e intento de suicidio en estudiantes de nivel medio superior de los Centros de Estudios Científicos y Tecnológicos (CECyT) del Instituto Politécnico Nacional (IPN)?

- ❖ ¿Cuáles son los factores asociados a ideación y conducta suicida en estudiantes de nivel medio superior de los CECyT's del IPN?

IV. JUSTIFICACIÓN:

Pocos países tienen datos fidedignos sobre el comportamiento suicida no mortal principalmente por la dificultad de recopilar la información dado que solo una minoría de los que intentó suicidarse acude a los establecimientos de salud para recibir atención médica, en muchos países tercermundistas la tentativa de suicidio sigue siendo un delito penado y por consiguiente, los hospitales no registran los casos, con lo que los pocos notificados son solo la punta del iceberg y la gran mayoría de las personas suicidas siguen pasando inadvertidas.

En nuestro país las diversas fuentes de información como el INEGI, la Dirección General de Estadística de la SSA, la procuraduría de justicia y los ministerios públicos que reportan cierta incongruencia en los resultados y divergencias en las tendencias reportadas sobre el comportamiento suicida mortal, por lo que es importante establecer registros sistémicos y periódicos que permitan detectar las tendencias desde una perspectiva epidemiológica para estimar con precisión la magnitud del fenómeno.

El suicidio en todas las regiones del mundo se ha convertido en una realidad como problema de salud pública enormemente complejo cuya incidencia sigue una curva ascendente, y nuestro país no es la excepción en 1970 la tasa fue de 1.01 por 100, 000 habitantes, y en 2000 aumento a 5.9 en los hombres y constituyó la decimoséptima causa de muerte para ellos.

Cada persona que se suicida deja, a muchos familiares y amigos cuyas vidas resultan profundamente afectadas desde el punto de vista emocional, social y económico acarreando daño psicológico profundo y prolongado.

Los intentos suicidas precedidos de ideación suicida incrementan las tasas de discapacidad y mortalidad.

Se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con lesiones autoinfligidas suman miles de millones de dólares estadounidenses al año.

La relevancia de la problemática suicida como factor precipitante de muertes prematuras, vuelve imperativo el trabajo de investigación para explicar y comprender mejor los factores que lo originan, de tal forma que se puedan estructurar y poner en marcha mecanismos de intervención y prevención que ayuden a reducir sus consecuencias.

Con el presente estudio se pretende:

- ❖ Conocer mejor la magnitud del problema de la población en riesgo, actualizar y obtener información a través de los resultados, ya que es limitada en general en el país.
- ❖ Contar con un perfil de riesgo que permita identificar y derivar a los alumnos oportunamente, ya sea en la propia escuela (servicio de atención psicológica) o al especialista.
- ❖ Aportar elementos a los tomadores de decisiones, que contribuyan al diseño de programas preventivos, una posibilidad sería llevar a las escuelas las estrategias preventivas y los servicios de atención multidisciplinarios (PREVENIMSS en escuelas), además de establecer o implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en salud mental
- ❖ Es novedoso buscar asociación entre pertenecer a alguna subcultura gótica y las tendencias suicidas en la población en riesgo.

V. OBJETIVOS GENERALES:

- ❖ Determinar la prevalencia de ideación e intento de suicidio en estudiantes de nivel medio superior del IPN.
- ❖ Identificar los factores de riesgo relacionados a la ideación suicida y al intento de suicidio.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Identificar la relación entre ideación suicida e intento de suicidio, con las variables sociodemográficas (sexo, edad, ocupación, estado civil, nivel socio económico, CECyT, tribus urbanas y religión).
- ❖ Identificar la relación entre ideación e intento de suicidio con la funcionalidad y convivencia familiar.
- ❖ Identificar la relación entre ideación e intento de suicidio con el estado de salud (discapacidad, enfermedades crónico degenerativas/terminales, padecimientos psiquiátricos-psicológicos: depresión, antecedente de intento de suicidio y hábitos: tabaquismo, alcoholismo uso de otras drogas).
- ❖ Identificar la relación entre ideación e intento de suicidio con la sexualidad.
- ❖ Identificar la relación entre ideación e intento de suicidio con el rendimiento académico.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS:

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:

- ❖ **Tipo de estudio:** Transversal.
- ❖ **Periodo de realización:** 1º de marzo al 30 de junio de 2008.
- ❖ **Población de estudio:** Estudiantes de Nivel Medio Superior del IPN.
- ❖ **Tipo de Muestreo:** Probabilístico, multietápico estratificado y por conglomerados.

Para la realización del muestreo se solicitó a la Dirección de Servicios Estudiantiles del Instituto Politécnico Nacional la estratificación de los CECyT's por predominio de su estatus socioeconómico y posteriormente fue seleccionada aleatoriamente una escuela para cada estrato. (Figura 6)

Figura.6 Escuelas de Nivel Medio Superior del Instituto Politécnico Nacional



* Criterios de clasificación del IPN

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

- ❖ **Área de estudio:** Distrito Federal y Estado de México
- ❖ **Universo del estudio:**
 - **CECyT No. 3** “Estanislao Ramírez Ruiz” (*Estatus Socio Económico Bajo*; Ecatepec)
 - **CECyT No. 4** “Lázaro Cárdenas” (*Estatus Socioeconómico Medio*; D.F. Constituyentes)
 - **CECyT No. 9** “Juan de Dios Bátiz” (*Estatus Socio Económico Alto* D.F. Casco de Santo Tomás)

Mediante el departamento de Control Escolar de cada plantel, fueron solicitadas las listas globales de todos los alumnos de ambos turnos y se realizó una segunda selección de estudiantes por conglomerados, tomando como base al tamaño mínimo de muestra calculado y utilizando una lista de números aleatorios generados por medio del paquete estadístico EpiInfo 6. (Anexo 2)

Posteriormente, el día previo a la aplicación de la encuesta contando con la participación del personal de la escuela se invitó a los alumnos de los grupos seleccionados para participar en el estudio, explicando detalladamente su participación en el estudio a los alumnos, aclarando que solo participaría aquel que lo deseara por voluntad propia cuidando el anonimato y que llevara el consentimiento informado firmado por su tutor en el caso de los menores de edad y del propio alumno en el caso de ser mayor de edad (este mismo día se entregó el consentimiento informado).

6.3 CÁLCULO DEL TAMAÑO MÍNIMO DE MUESTRA:

Considerando:

- ❖ Una Prevalencia para conducta e ideación suicida del 50% (P)
- ❖ Un nivel de confianza del 95% (Z)
- ❖ Una Precisión 0.03 (d)
- ❖ Una tasa de no respuesta del 20%

Utilizando la fórmula para cálculo de tamaño mínimo de muestra de una proporción: ⁴³

Formula:
$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times pq}{d^2}$$

Sustituyendo:
$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5 * 0.5)}{(0.03)^2} = 1067.11$$

TMM= 1100 + 20% pérdidas= 1100+ 220 =1320

TMM= 1500 estudiantes

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

❖ INCLUSIÓN.

- Estudiantes de ambos sexos
- De ambos turnos
- De los 3 años
- Con consentimiento informado

❖ EXCLUSIÓN.

- No aceptar la participación
- Inasistencia el día de la aplicación de la encuesta

❖ ELIMINACIÓN.

- Cuestionarios mal llenados
- Sin contestar el apartado para evaluar ideación e intento de suicidio

6.5 ESTRUCTURA Y DISEÑO DEL CUESTIONARIO.

El **Cuestionario de Riesgos para Ideación e Intento de Suicidio (CRIIS)**, fue conformado por los siguientes apartados: Sociodemográficas, Familia, Salud/Hábitos, (Depresión, Ideación e intento de Suicidio), Sexualidad, Rendimiento Académico y Medio Ambiente.

Escala Nivel Socio Económico. Utilizada por la Agencia de Investigación de Mercados y opinión pública y por la Secretaria de Gobernación (SEGOB). Diciembre 2004, validada en México.

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (Escala FACES III). (Olson y cols. en Reyes, 2003:55). Validada en México. Con alfa de conbrach= 0.70. Consta de 10 ítems, bajo 5 respuestas posibles: 1= nunca a 5=siempre. El objetivo del instrumento es comprender la funcionalidad familiar a través de dos dimensiones: La cohesión y la adaptabilidad.

Escala de Rosenberg para evaluar autoestima en el adolescentes 1965. (González-Forteza, Ramos, Vignau y Ramírez. Validación en México por el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) "Ramón de la Fuente Muñiz". 2001: alfa de conbrach=0.78, Consta de 10 reactivos para indagar pensamientos y sentimientos que el adolescente tiene sobre sí mismo para denotar valía y satisfacción.

Escala de depresión para adolescentes de Birlson modificada (Depresión Self Rating Scale, DSRS) fue diseñada para la cuantificación de la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes por Birlson en 1980. La escala es un instrumento auto aplicable tipo *Likert* que consta de 18 reactivos cada uno de los cuales puede obtener una puntuación de 0 a 2, siendo la máxima de 36, la validación de la escala fue hecha por De la Peña y Cols. (1996) y por (Medina Mora. Validación en México por el INP en 1999; alfa de conbrach de 0.89.

Cuestionario estudiantes 2006. Medina Mora, Villatoro y Cols. Diseñada y validada en México por el INP/Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal (ASFEDF) en el 2006, usando las subescalas: Hábitos en consumo de alcohol, tabaco y drogas, violencia intrafamiliar, sexualidad, ideación suicida, intento de suicidio y medioambiente.

6.5.2 DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO.

Se diseñó el cuestionario con las subescalas de los instrumentos antes mencionados, mismos que cumplen criterios de validez de contenido, constructo e índice de discriminación, posteriormente se diseñó una plantilla en el programa Microsoft Visio 2003 y se realizaron pruebas en el lector óptico para su adecuada lectura (Anexo 4).

6.5.2.1 PRUEBA PILOTO:

Se realizó un piloto en el CECyT No. 6 "Miguel Othón de Mendizábal" elegido en forma aleatoria con una submuestra de 150 estudiantes para validar la consistencia del instrumento a nivel de subescalas y global obteniendo un alfa de Cronbach de 0.83. Finalmente se realizaron los ajustes a la plantilla del cuestionario y se realizó la reproducción de 1500 ejemplares.

6.5.2.2 PROCESAMIENTO DE DATOS

La captura de datos se realizó mediante el lector óptico *Eyes and Hands. Forms de Read Soft.* Este *software* permite realizar la lectura y transformación de datos contenidos en formatos impresos previamente diseñados y llenados a mano, a un formato digitalizado, que garantiza el reconocimiento de caracteres sobre campos definidos, para efectuar una búsqueda de los mismos, con el fin de transformarlos, capturarlos y depositarlos en una base de datos para su posterior análisis en el paquete estadístico *SPSS Versión 12 para Windows.*

6.6 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

6.1 VARIABLES DEPENDIENTES:

IDEA SUICIDA.

Definición: Expresión mental que se caracteriza por la intención de quitarse la vida.

Operacionalización: Se evalúa a través de subescala del Cuestionario para estudiantes 2006 del INP “Ramón de la Fuente Muñiz”, (Autoaplicable, tipo *Likert*, validado en estudiantes mexicanos de 14 a 19 años, alfa de Conbrach > 0.77, consta de 4 ítems (*Roberts*, 1980).

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: Presencia; Persistencia y Ausencia la semana previa a la aplicación de la encuesta.

INTENTO DE SUICIDIO.

Definición: Manifestación conductual dirigida a quitarse la vida por sí mismo. Será evaluada con la pregunta: ¿Alguna vez, a propósito, te has herido, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?

Operacionalización: Se evalúa a través del Cuestionario para Estudiantes 2006 del INP “Ramón de la Fuente Muñiz”. (Autoaplicable, tipo *Likert*, validado en México en estudiantes de 14 a 19 años, alfa de conbrach=.88).

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: Presencia; Ausencia.

6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:

DEPRESIÓN.

Definición: Estado de ánimo depresivo por 2 semanas continuas, pérdida de interés y placer; con 4 síntomas asociados: cambios de apetito, sueño, anérgia, devaluación, dificultad para atender, pensar, concentrarse, descuido en el arreglo personal e ideación suicida.

Operacionalización: Se evalúa a través de la Escala de *Birleson* para depresión en la adolescencia, (Autoaplicable, tipo *Likert*, validada en adolescentes mexicanos, alfa de *Conbrach*= 0.85), consta de 18 ítems, con puntaje total de 36, con punto de corte en 15 con sensibilidad de 75% y especificidad de 80%

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1. Depresión Mayor; 2. Sin depresión.

TRIBU URBANA.

Definición: Es un grupo de gente que se comporta de acuerdo a las ideologías de una subcultura, que se origina y se desarrolla en el ambiente de una urbe o ciudad.

Operacionalización: Se evalúa a través de la pregunta ¿Pertenece a una subcultura gótica?

Escala de medición: Cualitativa Nominal.

Indicador: 1. Pertenece, 2. No pertenece.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

Definición: El no cumplimiento de las funciones de la familia como afecto, socialización, cuidado reproducción y estatus, por alteración de uno de los subsistemas familiares.

Operacionalización: Se evalúa a través de la subescala *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FASES III)*. Versión en español: Gómez C. Irigoyen C; alfa de *Conbrach* 0.70, la cual consta de 20 ítems que evalúan la funcionalidad familiar, discrimina familias funcionales de las no funcionales, la cual consta de 3 fases, la primero se realizará conteo de los ítems nones para evaluar la cohesión familiar, la segunda fase se realiza el conteo de los ítems pares y así se evalúa la adaptabilidad, en la última etapa se realiza la suma de ambas calificaciones dividida entre dos y así obtendremos el puntaje que clasifica a la familia por funcionalidad.

Indicador:

1. **Cohesión:** La unión emocional que tienen los miembros de una familia, misma que se integra por los diversos conceptos como unión emocional, límites alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación

a) No relacionada b) Semirrelacionada c) Relacionada d) Aglutinada.

2. **Adaptabilidad:** Posibilidad de cambio de liderazgo, relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia.

a) Rígida, b) Estructurada, c) Flexible y d) Caótica

Escala de medición: Ordinal

EDAD.

Definición: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.

Operacionalización: Se interrogará a través de pregunta abierta ¿Qué edad tienes?

Escala de medición: Cuantitativa y de razón.

Indicador: Años cumplidos.

SEXO.

Definición: Distribución biológica que clasifica a los individuos en hombres y mujeres.

Operacionalización: Se evalúa a través de las características del fenotipo.

Escala de medición: Cualitativa y nominal.

Indicador: 1. Hombre, 2. Mujer.

ESCOLARIDAD.

Definición: Grado de estudios que ha logrado un individuo al momento de la encuesta.

Operacionalización: Se le pedirá al estudiante que anote el semestre al que pertenece.

Escala de medición: Cuantitativa, Ordinal.

Indicador: 2) segundo 4) cuarto y 6) sexto semestre.

ESTADO CIVIL.

Definición: Condición civil (derechos y deberes) de la persona a nivel individual y familiar.

Operacionalización: Se evalúa a través del cuestionario autoaplicado (CRIIS).

Escala de medición: Cualitativa y nominal.

Indicador: 1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4.Unión libre 5. Divorciado 6.Separado

NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Definición: Conjunto de condiciones sociales, culturales, y de vivienda que se integran para el bienestar del individuo y que divide a la población en diversos niveles socioeconómicos.

Operacionalización: Se evalúa a través del cuestionario basado en la clasificación de los niveles socioeconómicos (NSE) de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI), conformado por 6 grupos diferentes. A/B punto de corte > o = a 242, C+ punto de corte 192 a 241, C punto de corte 157 a 191, D+ punto de corte 102 a 156, D punto de corte 61 a 101 y E con punto de corte < o = a 60 puntos.

Escala de medición: Cualitativa, Ordinal.

Indicador: A/B) El más alto nivel de ingresos del país, C+) nivel de vida ligeramente Superior al Medio, C) Nivel de vida medio, D+) Nivel de vida por debajo del nivel medio, D) Vida austera y bajos Ingresos y E) El nivel más bajo de todo el país

CONSUMO DE TABACO:

Definición: ¿Ha fumado alguna vez en su vida? y ¿fuma al momento de la encuesta?

Operacionalización: Se evalúa a través del cuestionario para estudiantes 2006 del INP "Ramón de la Fuente Muñiz".

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1. Nunca há fumado, 2. Fumó, 3 Fumador actual.

ALCOHOLISMO.

Definición: Ingesta regular o periódica de bebidas alcohólicas, con el propósito de llegar al estado de embriaguez.

Operacionalización: Se evalúa a través del cuestionario estudiantes 2006 del INSP;

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1. Presencia; 2. Ausencia.

CONSUMO DE DROGAS.

Definición: Hábito de consumir sustancias ilícitas en cualquiera de sus formas, independientes de su edad y frecuencia de consumo.

Operacionalización: Se interrogará con respecto a su condición de consumo, edad de inicio y tiempo de consumir, a través del cuestionario autoaplicado estudiantes 2006 del INP "Ramón de la Fuente Muñiz"

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1. Nunca, 2. Ex usuario y 3 Usuario activo

DESEMPEÑO ESCOLAR.

Definición: Para el IPN se evalúa en escala que toma valores del 0 al 10, son promovidos al siguiente nivel aquellos alumnos con calificación $> 0 = a 6$ y que no adeuden más de 2 materias teniendo como plazo para exentarlas un año o de lo contrario el alumno se da de baja, categorizándose de la siguiente manera: Regular: alumno sin adeudo de materias y con promedio $> 0 = a 6$; Irregular: alumno inscrito en el siguiente nivel con adeudo de una o más materias con promedio $> 0 = a 6$.

Operacionalización: Se evalúa a través de la pregunta que calificaciones obtienes con mayor frecuencia.

Escala de medición: Ordinal.

Indicador: a) 9 a 10, b) 8, c) 6 a 7 d) 5 o menos

6.3 PLÁN DE ANÁLISIS:

Una vez codificadas las variables, capturadas en la base de datos y contruidos los índices, se realizó el análisis:

Univariado: Se estimaron frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión, prevalencias puntuales con intervalos de confianza al 95% ($IC_{95\%}$) para la ideación y posteriormente para el intento de suicidio, las variables sociodemográficas, las variables que definen la funcionalidad familiar, las que estiman el estatus de salud/emoción, el rendimiento académico y la conducta sexual.

Bivariado: Se comparó la proporción de estudiantes con y sin conducta suicida; con las variables socio demográficas y de exposición como: edad, sexo, nivel socioeconómico, tabaquismo, alcoholismo y otras drogas, además autoestima y depresión, por medio de la prueba de *Chi cuadrada* (χ^2) de *Mantel y Haenzel*, *Chi cuadrada* de tendencias buscando

gradiente o prueba exacta de *Fisher* y de acuerdo a su distribución en variables continuas por la prueba de *t-Student* o la *U de Mann–Witney*.

Multivariado: Se construyó un modelo de regresión logística, dicotomizando cada una de las variables dependientes (en presencia y ausencia de ideación e intento de suicidio) y se ajustó por cada una de las variables significativas (riesgo/exposición) del análisis bivariado. Se consideraron significativos los valores de $P < 0.05$.

6.4 PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO:

Con la aprobación del Comité Local de Investigación del Hospital de especialidades “Bernardo Sepúlveda” del CMN Siglo XXI, IMSS, se procedió de la manera siguiente:

1. Autorización y coordinación con directivos de los planteles

- ❖ Fue solicitada la autorización para la realización del estudio a la Dirección General Estudiantil del Instituto Politécnico Nacional, así como del personal directivo de los planteles.
- ❖ Una vez obtenida la autorización, se llevó a cabo la coordinación de actividades para realizar el levantamiento de las encuestas en cada plantel seleccionado.
- ❖ Fueron solicitados a los controles escolares, el listado general de la escuela para realizar un muestreo por conglomerados, posteriormente a los grupos seleccionados fueron invitados y a los que aceptaron participar voluntariamente se les entregó una carta de consentimiento informado.
- ❖ Se capacitaron a 2 encuestadores sobre el instrumento que se aplicaría a los alumnos una semana previa a la aplicación del mismo.

2. Levantamiento de la encuesta por plantel

- ❖ Mediante el apoyo de los profesores, prefectos y encuestadores se realizó el levantamiento de la encuesta por plantel.
- ❖ Se explicó a los alumnos la forma de contestar el cuestionario, haciendo hincapié sobre la confidencialidad de la misma, a modo de incrementar la confiabilidad y honestidad de las respuestas.
- ❖ Se informó sobre la disponibilidad de los encuestadores de explicar la(s) duda(s) de la(s) pregunta(s) que pudiera no comprenderse en el momento de la encuesta.

- ❖ Se aplicó el cuestionario en el salón de clases/auditorio, bajo la supervisión de los encuestadores, profesores, prefectos y la investigadora.
 - ❖ Al momento de la recolección del cuestionario se preguntó y revisó que estuviera completo en su totalidad, y en el caso en que faltara alguna respuesta se invitó al adolescente a que contestara.
3. Validación y captura de instrumentos en lector óptico
Todos los cuestionarios se pasaron por un lector óptico donde se capturaron los datos a una base en forma simultánea, una vez obtenida en su totalidad, se realizó limpieza exhaustiva de la misma y posteriormente se realizó el análisis, la creación de indicadores y resultados fueron obtenidos bajo la responsabilidad de la investigadora y sus asesores de tesis.
 4. Los participantes identificados con patología mental fueron referidos con el personal de salud correspondiente.
 5. Los resultados se dieron a conocer a los directivos de cada una de las escuelas participantes y al personal de salud; el resultado global se dio a conocer al personal de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en Contingencias del IMSS.

VII. ASPECTOS ÉTICOS.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1, se consideró a esta investigación como de riesgo mínimo.

Para su aprobación y sometimiento a consideración, el protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud 3601 del Hospital de especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS el día 24 de Marzo de 2008 y se le otorgó el número de registro: **R-2008-3601-7**

El desarrollo de la investigación se llevó a cabo considerando las recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación.

- ❖ Se obtuvo el consentimiento informado por escrito y autorizado por el padre de familia o tutor de todos los participantes menores de edad, garantizando la confidencialidad y el anonimato del mismo utilizando un lenguaje claro y sencillo, y en el caso de los mayores de edad fueron ellos mismos los que autorizaron.
- ❖ Posterior a la obtención del estatus emocional de todos los participantes fueron entregados en forma personal a los padres o tutores de los mismos en sobres sellados, derivando en forma oportuna al personal de salud a los participantes con diagnóstico de depresión, baja estima y presencia de conducta suicida.

VIII. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

A) DESGLOSE PRESUPUESTAL DEL PROYECTO

GASTO DE INVERSIÓN:

❖ Equipo de laboratorio	0.00
❖ Mobiliario y equipo de oficina	0.00
❖ Equipo de computo y periféricos	30,000.00
❖ Herramienta y accesorios de laboratorio	0.00
SUB TOTAL	30,000.00

GASTO CORRIENTE:

❖ Trabajo de campo	1,250.00
❖ Accesorios para trabajo de campo	16,500.00
❖ Compra y mantenimiento de animales	0.00
❖ Servicios del centro de instrumentos o equivalentes	0.00
❖ Reparación, mantenimiento de equipo, material de laboratorio, computo y oficina	1,579.00
❖ Inscripción a cursos de capacitación	620.00
❖ Suscripción y pago de servicio por concepto de recuperación vía electrónica (Internet)	5,730.00
❖ Reactivos y material de laboratorio	0.00
❖ Material de oficina	3,000.00
❖ Publicación y/o producción de libros y revista	1,500.00
❖ Suscripciones y sobretiros de materiales impresos	5,600.00
❖ Envío de correspondencia dentro y fuera del país	0.00
❖ Transporte aéreo o terrestre relacionado con evento académicos o científicos	15,000.00
❖ Adquisición de libros y manuales	7,000.00
❖ Programas y consumibles de computo	10,000.00
❖ Impuestos y derechos de importación de reactivos, material, equipo o refacciones del laboratorio	0.00
SUBTOTAL	67,779.00

TOTAL	97,779.00
--------------	------------------

B) FACTIBILIDAD: Aunque existen muchos estudios sobre la conducta suicida, y una gran variabilidad en la forma de medirse, el escenario planteado es factible de realizar, para ello se tomó en cuenta el universo de trabajo del nivel medio superior del Instituto Politécnico Nacional, ubicado en el DF. y su área Metropolitana. Se contó con un listado por escuelas estratificado y la accesibilidad a las escuelas seleccionadas.

IX. RESULTADOS.

Para el ciclo 2007-2008, existía una población total de 52, 422 alumnos inscritos en el nivel medio superior del IPN distribuidos en 16 CECyT's del Distrito Federal y área metropolitana, fueron seleccionados aleatoriamente tres planteles el CECyT No. 3 (3,285), CECyT No. 4 (4,262) y CECyT No. 9 (4,306) representando cada uno el estatus socioeconómico bajo, medio y alto respectivamente, de estos planteles fueron seleccionados 1,500 participantes, finalmente fueron incluidos en el estudio, 1,371 (91.4%) y el restante (8.6%) no participó por los siguientes motivos:

- ❖ 2.0% (30) No aceptaron participar en el estudio
- ❖ 3.5% (53) Sin consentimiento informado
- ❖ 1.8% (27) No contesto el apartado de Ideación e Intento de Suicidio
- ❖ 1.3% (20) No asistió a clases el día de la encuesta

9.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

a) Descripción de las variables cuantitativas:

En la tabla 1 se presentan las variables continuas que se relacionaron con la presencia de ideación suicida la semana previa a la aplicación de la encuesta, donde observamos que la mediana de edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas de los participantes con ideación suicida es diferente a la de los que no presentaron ideación, además el promedio de veces que han intentado quitarse la vida los que han ideado el suicidio es mayor que las personas que no presentaron ideación suicida.

Tabla 1. Descripción de las variables continuas de los estudiantes que presentaron ideación suicida en los estudiantes de nivel medio superior del Instituto Politécnico Nacional

Variable	n	Kolmogorov-Smirnov		Estadístico				Media	DE	Mediana	Rango Intercuartilar	Mínimo	Máximo
		Valor	p	t-student		U de Mann-Whitney							
				F	p	Valor	p						
Edad de inicio consumo de bebidas alcohólicas													
Con ideación	211	0.191	0.000							14	2	3	18
Sin ideación	461	0.182	0.000			99720.5	<0.001			15	2	3	19

No. de veces que te has herido o hecho daño con el fin de quitarte la vida													
Con ideación	79	0.355	0.086					2	2.83			1	20
Sin ideación	40	0.515	0.079	10.94	0.001			1	0.69			1	4

La tabla 2 se muestra las principales variables continuas asociadas al intento de suicidio, fueron que el promedio de cigarrillos que fuman o fumaban los que intentaron el suicidio es mayor comparado con la población que nunca en su vida ha intentado suicidarse, el promedio de copas ingerido en los alumnos que han intentado suicidarse es mayor que los que nunca lo han intentado, el promedio de veces que tienen relaciones sexuales es mayor en los que refieren que han intentado suicidarse comparado contra los que nunca lo han intentado.

Tabla 2. Descripción de las variables continuas en los estudiantes que intentaron suicidio en los estudiantes de nivel medio superior del Instituto Politécnico Nacional

Variable	N	Kolmogorov-Smirnov		Estadístico				Media	DE	Mediana	Rango Intercuartilar	Mínimo	Máximo
		Valor	p	t-Student		U de Mann-Whitney							
				F	p	Valor	p						
No. de cigarrillos que fuma o fumaba													
Con intento	87	0.299	0.086					3	3.11			1	16
Sin intento	576	0.356	0.310	16.70	<0.001			2	1.92			0	20
No. de copas ingeridas cuando consumen bebidas alcohólicas													
Con intento	105	0.214	0.120					4	5.79	4	6	1	30
Sin intento	943	0.213	0.532	19.69	<0.001			3	3.93	3	4	1	32
No. de relaciones sexuales en un mes													
Con intento	58	0.320	0.090					3	4.82			0	25
Sin intento	371	0.318	0.780	7.89	0.005			2	3.31			0	20

b) Descripción de las variables cualitativas.

Características Generales

La tabla 3 muestra las características generales de un total de 1371 estudiantes de nivel medio superior correspondientes a los CECyT No. 3, 4 y 9 de edades comprendidas entre los 14 y 25 años, con un promedio de edad de 16 años y una desviación estándar (DE) de ± 1.2 años, 74.2% fueron hombres ello debido a que las tres escuelas seleccionadas aleatoriamente pertenecen al área de Ingeniería y Ciencias Físico Matemáticas, la distribución por turnos fue aproximadamente igual, el semestre con mayor proporción de alumnos fue el segundo con 40.7%.

Tabla 3. Características generales de los 1371 alumnos

Variable	Número	Porcentaje (%)
Edad (DE)*	16.6 \pm (1.2)	
Sexo		
Hombres	1017	74.2
Mujeres	354	25.8
CECyT (Ubicación)		
Tres (Ecatepec)	467	34.1
Cuatro (Constituyentes)	461	33.6
Nueve (Casco Sto. Tomás)	443	32.3
Turno		
Matutino	727	53.0
Vespertino	644	47.0
Semestre		
Segundo	558	40.7
Cuarto	476	34.7
Sexto	337	24.6

DE= Desviación estándar

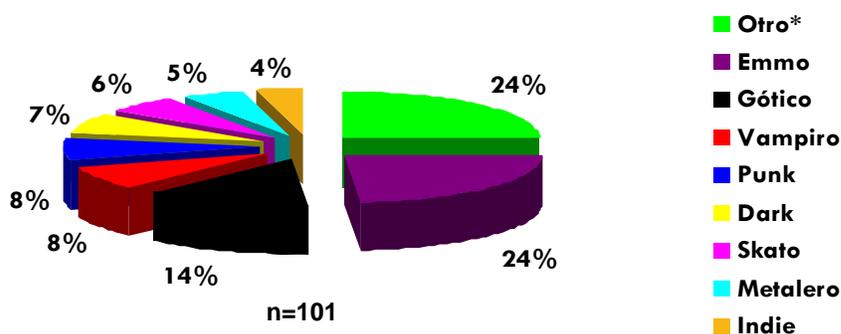
Características sociodemográficas.

La tabla 4 muestra las características sociodemográficas de la población, de un total de 1,371 estudiantes; 98.1% refirió ser soltero, 0.4% (5 alumnos) tienen un hijo, para evaluar el estatus socioeconómico fueron creados 6 indicadores: **A/B)** El más alto nivel de ingresos del país, **C+)** nivel de vida ligeramente Superior al Medio, **C)** Nivel de vida medio, **D+)** Nivel de vida por debajo del nivel medio, **D)** Vida austera y bajos Ingresos y **E)** El nivel más bajo de todo el país. Siendo el estatus D+ el de mayor predominio con un 32.2%. Un 11.5% trabaja además de estudiar, siendo la categoría empleado la de mayor predominio, 75.1% de religión católica, entre otras religiones mencionaron ser cristianos, testigos de Jehová, mormón, adventista, rastafari, espiritista, evangélico, santa muerte y satanismo; 18% no tiene religión, 7.4% de los participantes refirió pertenecer a una tribu urbana, siendo la de mayor proporción los Emmo con 23.8% como se observa en la figura 1.

**Tabla 4 Características Sociodemográficas
(n=1371)**

Variable	Número	Porcentaje (%)
Estado Civil		
Soltero (a)	1355	98.1
Separado(a)	7	0.5
Unión libre	6	0.4
Viudo (a)	2	0.1
Casado (a)	1	0.1
Estatus Socioeconómico		
A/B	138	10.1
C+	341	24.9
C	418	30.5
D+	442	32.2
D	31	2.3
E	1	0.1
Ocupación		
Estudia	1213	88.5
Estudia y trabaja	158	11.5
Empleado	114	8.3
Comerciante	31	2.3
Obrero	13	0.9
Religión		
Católica	1030	75.1
Ninguna	247	18.0
Otra	67	4.9
Protestante	27	2.0
Estado donde radica:		
Edo. Méx.	694	50.6
D.F.	675	49.2
Puebla.	1	0.1
Querétaro.	1	0.1
Tribus Urbanas		
No pertenecen	1270	92.6
Pertenecen	101	7.4

Figura 1. Distribución de las tribus urbanas



* Rapero, Rockero, Hip-Hop, Hippie, Afro y Lofita

Características familiares de los participantes.

Se clasificaron a las familias de los participantes según el parentesco en 8 tipos tal como se muestra en la tabla 5, en los siguientes tipos **familia nuclear biparental** integrada por la pareja con sus hijos, **familia nuclear monoparental** integrada por uno de los padres y sus hijos, **la familia extensa biparental** integrada por los padres con sus hijos y otros parientes, **la familia extensa monoparental** integrada por uno de los progenitores con uno o más hijos y otros parientes, **la familia extensa amplia** compuesta formada por una pareja o uno de sus miembros con uno o mas hijos y otros; **la familia reconstituida** donde uno de los progenitores forma una nueva pareja de aquí proviene la figura del padrastro o madrastra. El tipo de familia de mayor predominio fue la nuclear biparental con 67.1%. Un alumno vive solo y dos no lograron entrar dentro de alguna de categorías. En cuanto a funcionalidad familiar observamos que de las subcategorías que conforman los niveles de cohesión el que predominó fue la familia aglutinada con un 48.9% donde la cercanía emocional es extrema, en cuanto a los niveles de adaptabilidad 29.2% corresponde a una familia caótica donde las disciplinas son muy poco severas así como cambios frecuentes de sus reglas

**Tabla 5. Características de la familia
n=1371**

Variable	Número 1371	Porcentaje (%)
Tipo de Familia		
Nuclear		
Biparental	919	67.1
Monoparental	149	10.9
Extensa		
Biparental	158	11.5
Monoparental	86	6.3
Amplia	20	1.5
Reconstituida	34	2.5
Otra	5	0.4
Cohesión		
Aglutinada (41 a 50 puntos)	670	48.9
Relacionada o Conectada (36 a 40 puntos)	359	26.2
Semirrelacionada o Separada (31 a 35 puntos)	193	14.1
No relacionada o dispersa (10 a 30 puntos)	149	10.9
Adaptabilidad (Punto de corte)		
Caótica (33 a 50 puntos)	401	29.2
Flexible (29 a 32 puntos)	378	27.6
Estructurada (25 a 28 puntos)	336	24.5
Rígida (10 a 24 puntos)	256	18.7
() puntos de corte		

Estado de Salud

La tabla 6 nos permite evaluar el estado de salud de los alumnos participantes, el 6.2% refirió padecer una enfermedad, siendo la gastritis la de mayor predominio. en cuanto a sus hábitos 15.7% fuma en la actualidad, 76.6% han ingerido bebidas alcohólicas por lo menos una vez en su vida siendo la cerveza la bebidas de mayor consumo, 1.5% es usuario activo de sustancias ilícitas la sustancia ilícita de mayor consumo es la mariguana, en cuanto al estado emocional 13.2% presentó depresión mayor, 31.4% refirieron haber tenido por lo menos una relación sexual en lo que llevan de vida de ellos un 8% no utiliza métodos anticonceptivos, en este mismo apartado, 25.6% tiene preferencia por su mismo sexo, y un 1.7% prefiere a ambos sexos.

**Tabla 6. Estado de Salud en los estudiantes
n=1371**

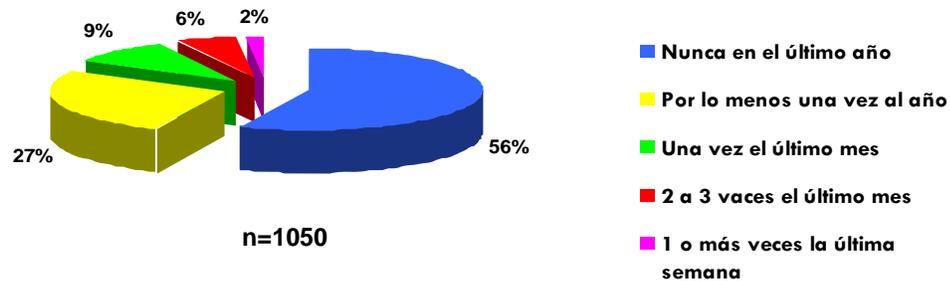
Variable	Número	Porcentaje (%)
Consumo de Tabaco		
Nunca	700	51.1
Fumó	456	33.3
Fuma actualmente	215	15.7
Consumo de bebidas alcohólicas		
Nunca	321	23.4
Alguna vez en su vida	1050	76.6
Tipo de bebida consumida †		
Cerveza	833	60.8
Tequila	784	57.2
Vodka	598	43.6
Coolers, Viñarreal	598	43.6
Bebidas preparadas en lata	571	41.6
Vino	507	37.0
Brandy	343	25.0
Pulque	342	24.9
Ron	339	24.7
Whisky	288	21.0
Alcohol puro o aguardiente	137	10.0
Consumo de Drogas		
Nunca ha usado	1228	89.6
Ex usuario	123	9.0
Usuario actual	20	1.5
Depresión		
Depresión Mayor*	181	13.2
Sin depresión	1190	86.8
Relaciones Sexuales		
Nunca	941	68.6
Alguna vez en su vida	430	31.4
Preferencia Sexual		
Sexo opuesto	997	72.7

Mismo sexo	351	25.6
Ambos sexos	23	1.7

† Respuesta con más de una opción

* Escala Birleson

Figura 2. Frecuencia con la que consumen alcohol hasta llegar a la ebriedad



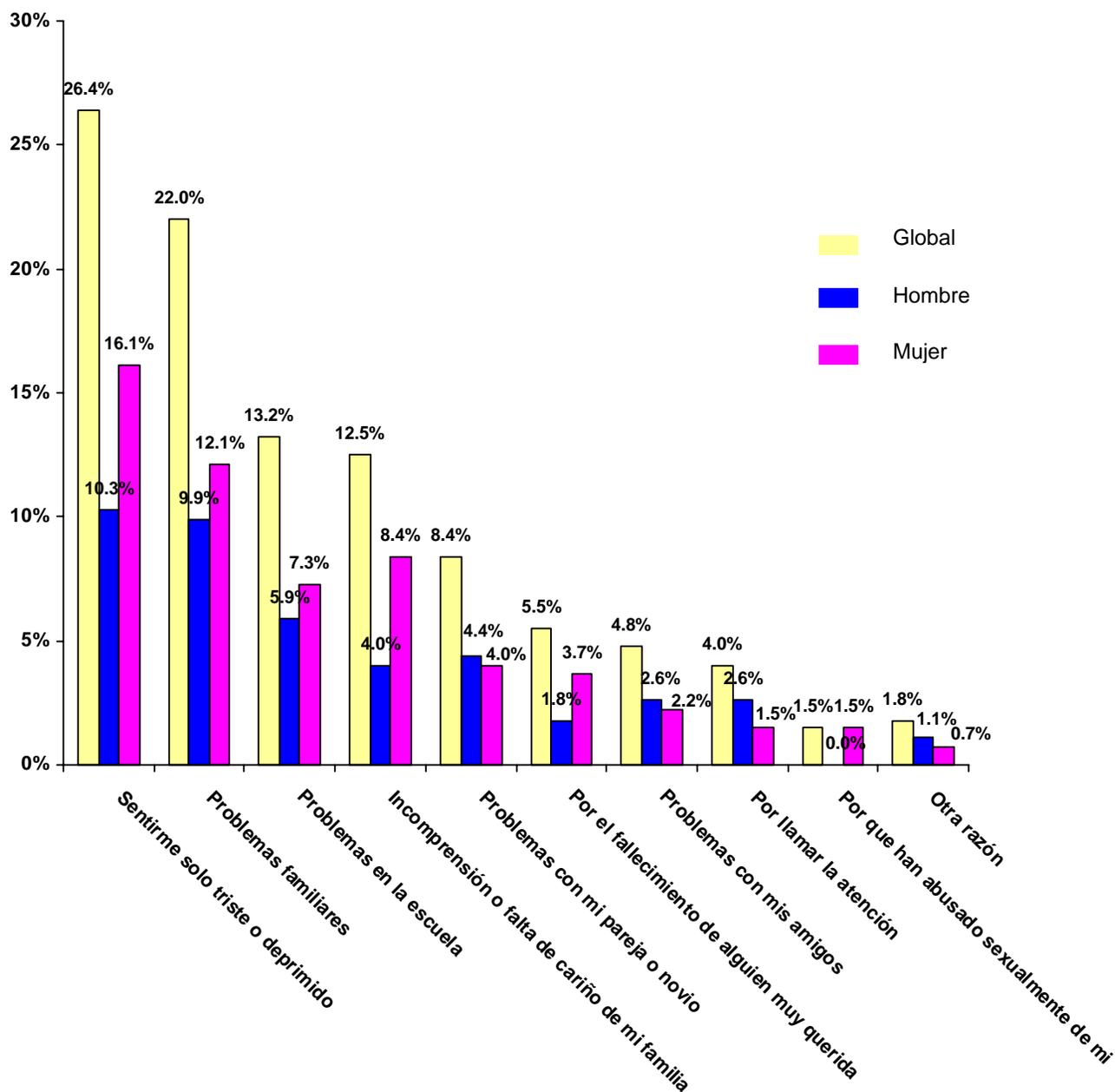
En la tabla 7 se muestra la evaluación del estado emocional de los participantes, encontrando que 29.3% de los estudiantes encuestados presentó ideación suicida la semana previa a la aplicación de la encuesta, de los mismos un 2.7% presentó persistencia en su pensamiento suicida es decir presentar de 5 a 7 días la semana ideación. La prevalencia del intento de suicidio fue de 8.8% de los cuales 6.6% lo intentó una vez y el 2.2% más de una vez y de los que lo intentaron 1% lo que querían era morir.

**Tabla. 7 Conducta Suicida
n=1371**

Variable	Número	Porcentaje (%)
Ideación Suicida	402	29.3
Persistencia de ideación suicida	37	2.7
Intento de suicidio	120	8.8
Lo intentaron una vez	90	6.6
Lo intentaron más de una vez	30	2.2
La vez que te hiciste daño con el fin de quitarte la vida querías:		
No quería morir quería seguir viviendo	54	3.9
No me importaba si moría o vivía	52	3.9
Quería dejar de vivir, quería morir	14	1.0

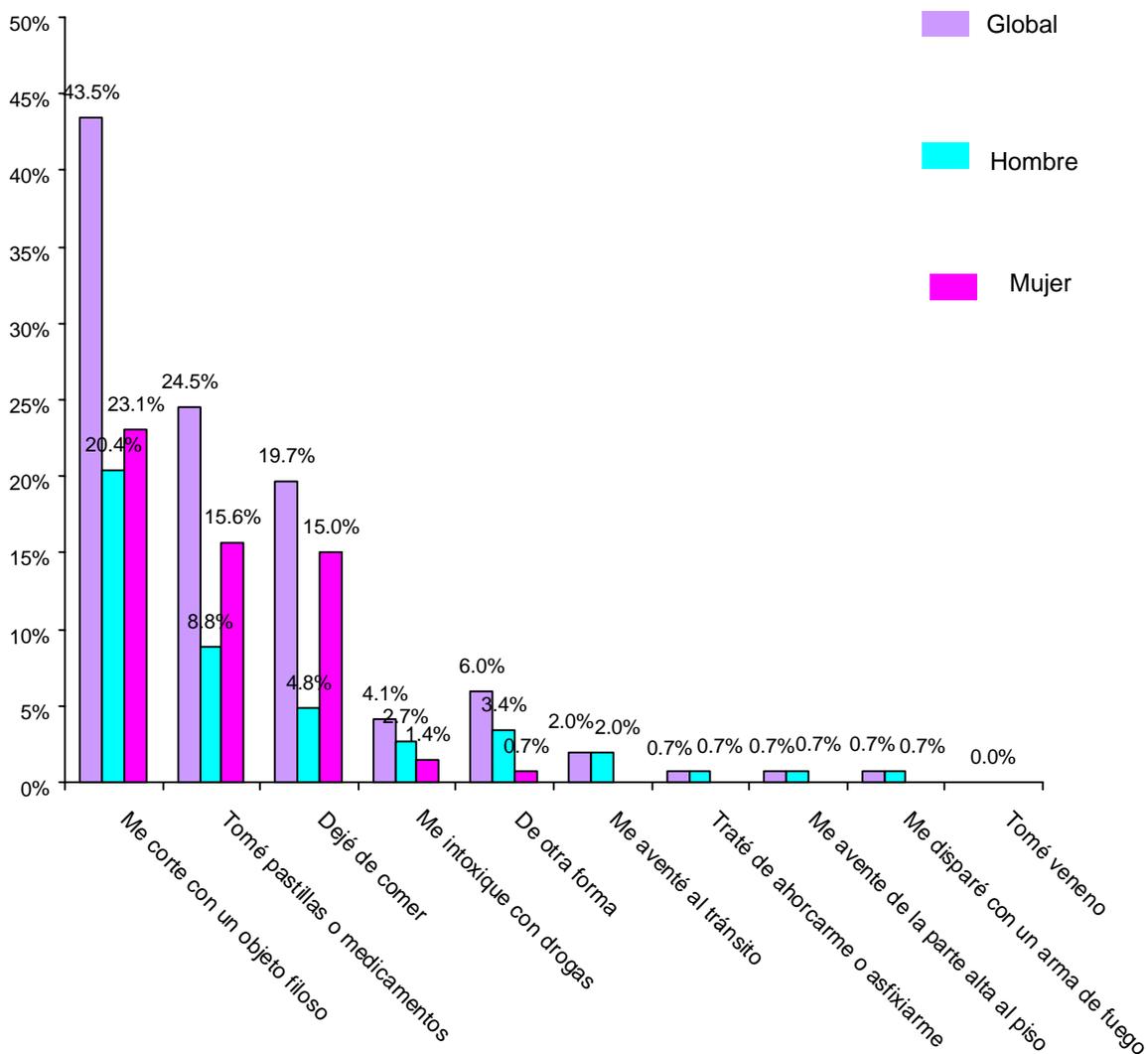
En la Gráfica 3. Se muestran las principales causas referidas por los 120 estudiantes que intentaron quitarse la vida, entre las más frecuentes se encontró sentirse solo, triste y deprimido en un 26.2%, además 22.6% refiere que fue por problemas familiares. Los varones mencionaron que además entre las otras razones fue por problemas existenciales, trabajo y solo por ver que se sentía y las mujeres fueron no poder bajar de peso y por que se le ocurrió.

Gráfica 3. Principales causas referidas por los que intentaron suicidarse n=120



La Gráfica 4. Muestra las formas en las cuales 120 estudiantes intentaron terminar con su vida, de las cuales predominó el cortarse con un objeto filoso. Entre las otras formas que refirieron los hombres fueron: golpearse contra la pared, rasguños con tijeras, golpearse hasta el cansancio y ahogarse con una canica, mientras que las mujeres refieren haberse inyectado aire.

**Gráfica 4. Formas que refieren los estudiantes que intentaron terminar con sus vidas.
n=120**



9.2 Prevalencia según variables estudiadas

La tabla 8 presenta las prevalencias de conducta suicida según características generales, en la cual observamos que el CECyT No. 9 “Juan de Dios Bátiz” ubicado en el casco de Santo Tomás presentó mayor prevalencia para presentar ideación suicida con 38.3%, en tanto que el CECyT No. 4 “Lázaro Cárdenas” ubicado constituyentes predominó el intento de suicidio con 10.2%, el semestre con mayor predominio para ideación suicida fue el segundo año con 31.9%, mientras que para el intento de suicidio el cuarto semestre con 9.7%, la edad donde se presentó un mayor ideación suicida fue el de los menores de 15 años con un 35.4%, el estrato donde se presentaron más intentos de suicidio fue de 17 años con 11.3%, los participantes que refirieron pertenecer a una tribu urbana presentaron prevalencias altas 51.5% y 24.8% para ideación y para el intento de suicidio respectivamente. Los que trabajan presentaron mayor prevalencia 13.9% de intento de suicidio que los que solo estudian, el tener bajo estatus socioeconómico donde predominó la ideación suicida 34.4% y el intento de suicidio 15.6%, los estratos de fecha de nacimiento mostraron un predominio para ideación por los nacidos con fecha del 21 mayo al 20 de junio con 33% y para la misma fecha para intento de suicidio 12.3%, la ideación suicida predominó en el grupo con otra religión (Testigo de Jehová, Mormón, etc.) con 34.3% y el intento de suicidio se presentó más en aquellos adolescentes que no tienen religión con 14.2%

Tabla 8. Prevalencia de ideación e intento de suicidio según las características generales de la población.

Variable	Casos		Población Total	Prevalencia% (IC 95%)	
	Ideación suicida 402	Intento de suicidio 120		Ideación suicida	Intento de suicidio
CECyT No.			1371		
Tres	117	44	467	29.1 (21.1, 29.0)	9.4 (6.8, 12.1)
Cuatro	131	47	461	32.6 (24.3, 32.5)	10.2 (7.4, 13.0)
Nueve	154	29	443	38.3 (30.3, 39.2)	6.5 (4.25, 8.9)
Turno					
Matutino	238	69	727	59.2 (29.3, 36.1)	57.5 (7.4, 11.6)
Vespertino	164	51	644	40.8 (22.1, 28.8)	42.5 (5.8, 10.0)
Semestre					
Segundo	178	42	558	31.9 (28.0, 35.8)	7.5 (5.3, 9.7)
Cuarto	142	46	476	29.8 (25.7, 33.9)	9.7 (7.0, 12.3)
Sexto	82	32	337	24.3 (19.8, 28.9)	9.5 (6.4, 12.6)

Edad					
< ó =15 años	78	19	220	35.4(29.1, 41.8)	8.6 (4.9, 12.3)
16 años	145	30	492	29.5 (25.4, 33.5)	6.1 (4.0, 8.2)
17 años	100	43	379	26.4 (21.9, 30.8)	11.3 (8.2, 14.5)
> o = 18 años	79	28	280	28.2 (22.9, 33.5)	10.0 (6.5, 13.5)
Tribu Urbana (Emo, Dark)					
Pertenece	52	25	101	51.5 (41.7, 61.2)	24.8 (16.3, 33.2)
No pertenece	350	95	1270	27.7 (25.1, 30.0)	7.4 (6.0, 8.9)
Ocupación					
Estudia	355	98	1213	28.3 (26.7, 31.8)	8.1 (6.6, 9.6)
Estudia y trabaja	47	22	158	29.7 (22.6, 36.9)	13.9 (8.5, 19.9)
Estatus Socioeconómico					
Alto	145	37	479	30.3 (26.2, 34.4)	7.7 (5.3, 10.1)
Medio	246	78	860	28.6 (25.6, 31.2)	9.1 (7.1, 10.99)
Bajo	11	5	32	34.4 (17.9, 50.8)	15.6 (3.0, 28.2)
Fecha de nacimiento					
22 Dic a 19 Ene	29	9	112	25.9 (17.8, 34.0)	8.0 (3.0, 13.8)
20 Ene a 18 Feb	37	9	120	30.8 (22.6, 39.1)	7.5 (2.8, 12.2)
19 Feb a 20 Mzo	44	13	135	32.6 (24.7, 40.5)	9.6 (4.7, 14.6)
21 Mzo a 19 Abr	32	11	125	25.6 (18.0, 33.2)	8.8 (3.8, 13.7)
20 Abr a 20 May	38	12	130	29.2 (21.4, 37.0)	9.2 (4.2, 14.2)
21 May a 20 Jun	35	13	106	33.0 (24.1, 42.0)	12.3 (6.0, 18.5)
21 Jun a 22 Jul	38	8	129	29.5 (21.6, 37.3)	6.2 (2.0, 10.4)
23 Jul a 22 Ago	33	11	104	31.7 (22.8, 40.7)	10.6 (4.7, 16.5)
23 Ago a 21 Sep	30	11	104	28.8 (20.1, 37.6)	10.6 (4.7, 16.5)
22 Sep a 22 Oct	25	11	108	23.1 (15.2, 31.1)	10.2 (4.5, 15.9)
23 Oct a 21 Nov	31	8	94	33.0 (23.5, 42.5)	8.5 (2.9, 14.1)
22 Nov a 21 Dic	30	4	104	28.8 (20.1, 37.6)	3.8 (0.1, 7.5)
Religión					
Sin religión	75	35	247	30.4 (24.6, 36.1)	14.2 (9.8, 18.5)
Católica	297	74	1030	28.8 (26.1, 31.6)	7.2 (5.6, 8.8)
Protestante	7	3	27	25.9 (9.4, 42.5)	11.1 (-0.74, 22.9)
Otra	23	8	67	34.3 (23.0, 45.7)	11.9 (4.18, 19.7)

En la tabla 9 observamos las prevalencias de la conducta suicida según la funcionalidad familiar, la ideación suicida predomina en la familia de tipo extensa amplia (donde viven los padres los hijos y algún otro familiar) con un 50%, en tanto que para el intento de suicidio prevaleció en la familia nuclear monoparental con 14.1%, en cuanto a los niveles de cohesión familiar la familia no relacionada o dispersa presentó más ideación suicida 47% e intento de suicidio 24.8%, en cuanto a los niveles de adaptabilidad la familia del tipo rígido prevaleció con 37.9% para ideación suicida

y 14.1% para el intento de suicidio. En cuanto al tiempo de convivencia con el padre los que no conviven con él presentaron la mayor prevalencia para ideación suicida de 40.3% y para intento de suicidio 15.5%, las horas de convivencia con su madre que presentaron más ideación e intento del suicidio con 53.1% y 18.2% respectivamente, los que refirieron que es común que se peleen sus padres prevalecieron en cuanto a ideación 42.3% e intento de suicidio 21.2%.

Tabla 9. Prevalencia de ideación e intento de suicidio según funcionalidad familiar

Variables	Casos		Población total	Prevalencia % (IC 95%)	
	Ideación Suicida	Intento de Suicidio		Ideación suicida	Intento de suicidio
	402	120	1371		
Clasificación familiar					
Nuclear monoparental	50	21	149	33.6 (26.0, 41.1)	14.1 (8.5, 19.7)
Nuclear biparental	261	70	919	28.4 (25.5, 32.3)	7.6 (5.9, 9.3)
Extensa monoparental	26	11	86	30.2 (20.5, 39.9)	12.8 (5.7, 19.8)
Extensa biparental	41	14	158	25.9 (19.1, 32.8)	8.9 (4.4, 13.3)
Extensa Amplia	10	1	20	50.0 (28.9, 71.9)	5.0 (-4.5, 14.5)
Reconstituida	13	3	34	38.2 (21.9, 54.6)	8.8 (-0.7, 18.4)
Vive solo	0	0	3	0.0	0.0
No. de nacimiento					
Primero	175	51	578	30.3 (26.5, 34.0)	8.8 (6.5, 11.1)
Medio	102	31	301	33.9 (28.54, 39.2)	10.3 (6.87, 13.7)
Último	99	32	402	24.6 (20.4, 28.8)	8.0 (5.3, 10.6)
Único	26	6	90	28.9 (19.5, 38.2)	6.7 (1.5, 11.8)
Horas de convivencia con el padre					
5 o más horas	113	28	464	24.4 (20.4, 28.3)	6.0 (3.8, 8.2)
3 a 4 horas	114	29	380	30.0 (25.3, 34.6)	7.6 (5.0, 10.3)
1 a 2 horas	100	35	311	32.2 (27.0, 37.3)	11.3 (7.7, 14.7)
No convivo con él	52	20	129	40.3 (31.8, 48.8)	15.5 (9.3, 21.7)
No tengo papá o sustituto	19	8	72	26.4 (16.2, 36.6)	11.1 (3.8, 18.4)
Horas de convivencia con la madre					
5 o más horas	220	59	827	26.6 (23.6, 29.6)	7.1 (5.4, 8.9)
3 a 4 horas	108	31	355	30.4 (25.6, 35.2)	8.7 (5.8, 11.7)
1 a 2 horas	52	22	140	37.1 (29.1, 45.1)	15.7 (9.7, 21.7)
No convivo con ella	17	5	32	53.1 (35.8, 70.4)	15.6 (3.0, 28.2)
No tengo mamá o sustituta	4	2	11	36.4 (7.9, 64.8)	18.2 (-4.61, 40.7)

Cohesión familiar					
No relacionada o dispersa	70	37	149	47.0 (39.0,55.0)	24.8 (17.9, 31.8)
Semirrelacionada o separada	72	29	193	37.3 (30.5, 44.19)	15.0 (10.0, 20.1)
Relacionada o Conectada	112	29	359	31.2 (26.4, 36.0)	8.1 (5.3, 10.9)
Aglutinada	148	25	670	22.1(19.0, 25.2)	3.7 (2.3, 5.2)
Adaptabilidad Familiar					
Rígida	97	36	256	37.9 (32.0, 43.8)	14.1 (9.8, 18.3)
Estructurada	109	33	336	32.4 (27.4, 37.4)	9.8 (6.6, 13.0)
Flexible	98	30	378	25.9 (21.5, 30.4)	7.9 (5.2, 10.7)
Caótica	98	21	401	24.4 (20.2, 28.7)	5.2 (3.1, 7.4)
Es común que peleen los padres					
Si	102	51	241	42.3 (36.1, 48.5)	21.2 (16.0, 26.3)
No	300	69	1130	26.58(24.0, 29.1)	6.1 (4.7, 7.5)
Alguno estaba ebrio cuando peleaba					
Si	26	16	64	40.6 (28.6, 52.6)	25.9 (14.4, 35.6)
No	75	34	176	42.6 (35.3, 49.9)	19.3 (13.5, 25.1)

En la tabla 10 observamos las características del estado de salud predominante en la población que mostró conducta suicida, en cuanto a hábitos el que fuma actualmente presentó mayor prevalencia para intento de suicidio con 16.7%, la población que abusa en su ingesta de alcohol presenta la mayor prevalencia para ideación 32.3% y para intento de suicidio de 13.8%, en cuanto al consumo de sustancias ilícitas el que presenta mayor prevalencia para intento de suicidio fue el que actualmente las consume con 25%, los adolescentes que presentaron depresión mayor presentaron altas prevalencias para ideación 75.9% e intento de suicidio 33.2%. así como los que refirieron que entre sus antecedentes familiares hubo conducta suicida 54.7% para ideación y 30.8 para intento de suicidio, aquella población que refirió tener de 5 a más veces relaciones sexuales en un mes presento mayor proporción para intento de suicidio 23.3% y aquella población que refirió que alguien abuso sexualmente presento la mayor proporción para ideación 36.8% y para intento de suicidio 21.1%

Tabla 10. Prevalencia de ideación e intento de suicidio según estado de salud de los estudiantes
n=1371

Variable	Casos		Población total	Prevalencia (%)	
	Ideación Suicida	Intento de suicidio		Ideación Suicida	Intento de Suicidio
	402	120	1371		
Consumo de tabaco					
Nunca ha consumido	192	33	702	27.4 (24.1, 30.7)	4.8 (3.1, 6.3)
Consumió	142	51	455	31.2 (27, 35.5)	11.2 (8.3, 14.1)
Consume actualmente	68	36	214	31.8 (25.5, 38.0)	16.7 (11.8, 21.8)
Fumador pasivo					
Si	286	101	909	31.5 (28.4, 34.48)	11.1 (9.1, 13.1)
No	116	19	462	25.1 (21.16, 29.1)	4.1 (2.3, 5.9)
Consumo de alcohol					
Nunca ha ingerido	91	18	334	27.2 (22.5, 32.0)	5.4 (3.0, 7.8)
Ingesta Anual	144	37	488	29.5 (25.5, 33.56)	7.6 (5.2, 9.9)
Ingesta mensual	146	56	484	30.2 (26.1, 34.26)	11.6 (8.7, 14.4)
Abuso de alcohol	21	9	65	32.3 (21.0, 43.68)	13.8 (5.5, 22.3)
Frecuencia de estado ebriedad					
Menos de una vez el último año	161	44	584	27.6 (23.9, 31.2)	7.5 (5.4, 9.6)
Por lo menos 1 vez en el último año	91	27	279	32.6 (27.1, 38.1)	9.7 (6.2, 13.1)
1 vez en el último mes	36	18	99	36.4 (26.8, 45.8)	18.2 (10.8, 25.8)
2 a 3 veces el último mes	18	12	59	30.5 (18.8, 42.3)	20.3 (10.1, 30.6)
1 o más veces la última semana	7	3	17	41.2 (17.8, 64.6)	17.6 (-0.5, 35.8)
Consumo de drogas					
No usuario	353	88	1228	28.7 (26.2, 31.3)	7.1 (5.7, 8.6)
Usó	43	27	123	35.0 (26.5, 43.4)	22.0 (14.6, 29.3)
Usuario actual	6	5	20	30.0 (9.9, 50.1)	25.0 (6.0, 44.0)
Ingesta en el último mes					
No	61	40	194	31.4 (24.9, 37.9)	20.6 (14.9, 26.3)
De 1 a 5 días	4	0	9	44.4 (12.0, 76.9)	0.0
De 6 a 19 días	0	0	1	0.0	0.0
De 20 a más días	3	2	4	75.0 (32.5, 117.4)	50.0 (1.0, 99.0)

Depresión					
Sin Depresión	265	60	1190	22.3 (19.9, 24.6)	5.1 (3.8, 6.3)
Depresión Mayor *	137	60	181	75.7 (69.4, 81.9)	33.2 (26.3, 40)
Problemas físico o emocional que limitan hacer lo que los otros hacen					
Problemas de aprendizaje	14	4	20	70.0 (49.9, 90.1)	20.0 (2.5, 37.5)
Enfermedades físicas	9	6	20	45.0 (23.2, 66.8)	30.0 (9.9, 50.1)
Enfermedad mental	26	14	34	82.4 (62.2, 90.7)	41.2 (24.6, 57.7)
Problema de conducta	16	6	48	33.3 (20.0, 46.7)	12.5 (3.6, 21.8)
Otro §	17	7	32	53.1 (35.8, 70.4)	21.9 (7.5, 36.2)
Antecedente familiar					
Conducta Suicida					
Con antecedente familiar	64	36	117	54.7 (45.6, 63.7)	30.8 (22.4, 39.1)
Sin antecedente	338	84	1254	27.8 (24.5, 29.4)	6.7 (5.3, 8.1)
Frecuencia de Relaciones sexuales por mes					
Celibato	285	62	942	30.3 (27.3, 33.2)	6.6 (5.0, 8.6)
0 veces	62	27	224	27.7 (21.8, 33.5)	12.1 (7.8, 16.3)
1 a 4 veces	39	21	162	24.1 (17.5, 30.6)	13.0 (7.8, 18.1)
5 o más veces	16	10	43	37.2 (22.8, 51.6)	23.3 (10.6, 35.9)
Abuso sexual					
Si	21	12	57	36.8 (24.3, 49.4)	21.1 (10.5, 31.6)
No	96	46	372	25.8 (21.4, 30.0)	12.4 (9.0, 15.7)

* Escala de *Birleson* para diagnóstico de depresión mayor en el adolescente con punto de corte en 15 Sensibilidad de 80 y especificidad de 75.

§ Migraña, lumbalgia, gastritis,

En la tabla 11 observando que los alumnos que sacan generalmente calificaciones de 5 o menos presentaron mayor prevalencia para ideación suicida con un 50% y para el intento de suicidio 14.3%, los que consideraron que su rendimiento académico era malo presentaron las más altas proporciones para ideación y para el intento de suicidio con 62.2% y 25.6% respectivamente.

**Tabla 11. Prevalencia de ideación e intento de suicidio según
rendimiento académico
n=1371**

Variables	Casos		Población total	Prevalencia % (IC 95%)	
	Ideación Suicida 402	Intento de Suicidio 120		Ideación suicida	Intento de suicidio
Que calificación obtenidas con mayor frecuencia					
9 a 10	33	7	157	21.0 (14.6, 27.4)	4.5 (1.23, 7.7)
8	176	48	619	28.4 (24.9, 31.9)	7.8 (5.6, 9.8)
6 a 7	186	63	581	32.0 (28.2, 35.8)	10.8 (8.3, 13.4)
5 o menos	7	2	14	50.0 (23.8,76.2)	14.3 (-4.0, 32.6)
Consideración del rendimiento académico					
Excelente	7	3	30	23.3 (8.2, 38.5)	10.0 (-0.7, 20.7)
Bueno	140	33	594	23.6 (20.1, 27.0)	5.6 (3.7, 7.4)
Regular	199	61	657	30.3 (26.8, 33.8)	9.3 (7.1, 11.5)
Malo	56	23	90	62.2 (52.2, 72.2)	25.6 (16.5, 34.6)

9.3 Razón de Prevalencias (RP)

En la tabla 12 se observan las razones de prevalencia de la conducta suicida según características sociodemográficas, donde observamos que la población perteneciente al CEC y T No. 9 presentó mayor riesgo para ideación suicida (Razón de Prevalencias) $RP=1.4$ Intervalo de Confianza al 95% ($IC_{95\%}$) 1.1, 1.7, pertenecer al turno matutino presentó mayor riesgo $RP=1.2$ $IC_{95\%}$ (1.0, 1.3) para presentar ideación suicida, el segundo semestre presentó mayor riesgo de ideación suicida con respecto al cuarto y al sexto semestre $RP= 1.3$ $IC_{95\%}$ (1.0, 1.6) observando un gradiente biológico, el ser mujer presenta mayor riesgo para ideación suicida $RP=1.7$ $IC_{95\%}$ (1.4, 2.0) y para intento de suicidio $RP= 4.1$ $IC_{95\%}$ (2.8, 6.0), entre los que intentaron suicidarse el grupo etéreo con mayor riesgo los que tienen 18 y más años $RP=1.16$ $IC_{95\%}$ (0.66, 2.02) presentaron gradiente es decir que a mayor edad mayor intento de suicidio, la población que trabaja y estudia presentó mayor riesgo $RP= 1.7$ $IC_{95\%}$ (1.1, 2.5) para intentar suicidarse, la población que refirió pertenecer a una tribu urbana presentaron un riesgo $RP= 1.9$ $IC_{95\%}$ (1.5, 2.3) para ideación suicida y $RP=3.3$ $IC_{95\%}$ (2.2, 4.9) para intento de suicidio, la población que no profesa ningún tipo de religión presento mayor riesgo de $RP= 2.0$ $IC_{95\%}$ (1.3, 2.9) para intento de suicidio, el grupo de participantes nacidos entre el 20 de mayo al 20 de junio presentaron riesgo

RP= 1.43 IC_{95%} (0.9, 2.2) para ideación suicida y para intento de suicidio un riesgo de RP= 3.18 IC_{95%} (1.1, 9.5) todos estos riesgos presentaron valores de $p < 0.05$ lo que indica que existen diferencias entre los grupos.

Tabla 12. Razón de prevalencia de ideación e intento de suicidio según características sociodemográficas

Variable	Razón de Prevalencia (Intervalo de Confianza 95%)		χ^2		p	
	Ideación Suicida	Intento de suicidio	Ideación	Intento	Ideación	Intento
CECyT No.						
Tres	1	1				
Cuatro	1.1 (0.9, 1.4)	1.4 (0.9, 2.2)				
Nueve	1.4 (1.1, 1.7)	1.5 (1.0, 2.4)	10.3*	3.15*	0.005	0.07
Turno						
Vespertino	1	1				
Matutino	1.2 (1.0, 1.3)	1.1 (0.9, 1.3)	8.71	1.05	0.003	0.30
Semestre						
Sexto	1	1.2 (0.8, 1.9)				
Cuatro	1.2 (0.9, 1.5)	1.3 (0.9, 1.9)				
Segundo	1.3 (1.0, 1.6)	1	5.46*	1.51*	0.019	0.217
Sexo						
Hombre	1	1				
Mujer	1.7 (1.4, 2.0)	4.1 (2.8, 6.0)	37.54	58.4	<0.001	<0.001
Edad						
< o = 15 años	1	1				
16	0.83 (0.7, 1.04)	0.71 (0.41, 1.23)				
17	0.74 (0.6, 1.0)	1.31(0.78, 2.20)				
> o =18 años	0.79 (0.6, 1.0)	1.16 (0.66, 2.02)	5.74*	8.07*	0.125	0.044
Estatus Socioeconómico						
Bajo	1.20 (0.7, 2.0)	2.02 (0.9, 4.8)				
Medio	1	1.17 (0.8, 1.7)				
Alto	1.05 (0.8, 2.0)	1	0.74*	1.738*	0.388	0.1873
Ocupación						
Estudia	1	1				
Estudia y Trabaja	1.0 (0.8, 1.3)	1.7 (1.1, 2.5)	0.015	5.97	0.9	0.01
Tríbus Urbanas						
No pertenece	1	1				
Pertenece	1.9 (1.5, 2.3)	3.3 (2.2, 4.9)	25.84	34.95	<0.001	<0.001

Religión						
Católica	1.11 (0.6, 2.1)	1				
Protestante	1	1.54 (0.5, 4.6)				
Otra	1.32 (0.6, 2.7)	1.66 (0.8, 3.30)				
Sin Religión	1.17 (0.6, 2.3)	2.0 (1.3, 2.9)	1.20*	13.19*	0.751	0.003
Fecha Nacimiento						
22 Dic a 19 Ene	1.12 (0.7, 1.8)	2.09 (0.7, 6.6)				
20 Ene a 18 Feb	1.33 (0.9, 2.0)	1.95 (0.6, 6.1)				
19 Feb a 20 Mzo	1.41 (0.9, 2.1)	2.50 (0.8, 7.4)				
21 Mzo a 19 Abr	1.10 (0.7, 1.7)	2.29 (0.8, 6.9)				
20 Abr a 20 May	1.26 (0.8, 1.9)	2.40 (0.8, 7.2)				
21 May a 20 Jun	1.43 (0.9, 2.2)	3.18 (1.1, 9.5)				
21 Jun a 22 Jul	1.27 (0.8, 1.9)	1.61 (0.5, 5.2)				
23 Jul a 22 Ago	1.37 (0.9, 2.1)	2.75 (0.9, 8.3)				
23 Ago a 21 Sep	1.25 (0.8, 1.9)	2.75 (0.9, 8.4)				
22 Sep a 22 Oct	1	2.64 (0.9, 8.4)				
23 Oct a 21 Nov	1.42 (0.4, 2.3)	2.21 (0.7, 7.1)				
22 Nov a 21 Dic	1.25 (0.8, 1.9)	1	5.53*	6.727*	0.018	0.009

**Xi cuadrada de Tendencias*

La tabla 13 muestra los riesgos de las características familiares asociadas a la conducta suicida, el tener un tipo de familia extensa amplia, es decir la conformada por los padres, los hijos y algún otro familiar presentó el mayor riesgo para presentar ideación suicida $RP=1.93$ $IC_{95\%}$ (1.1, 3.2) y $RP=10.00$ (1.4, 70.9) para intento de suicidio, ser hermano de posición media presento mayor riesgo $RP= 1.37$ $IC_{95\%}$ (1.1, 1.7) para idear suicidio, la falta de convivencia con el padre entre semana presentó mayor riesgo $RP=1.65$ $IC_{95\%}$ (1.3, 2.2) para ideación suicida y $RP= 2.56$ $IC_{95\%}$ (1.5, 4.4) para el intento de suicidio, en cuanto a las horas de convivencia con la madre los que refirieron no conviven con su madre por que carecer de la madre o la persona que la sustituye presentaron mayor riesgo de $RP= 2.00$ $IC_{95\%}$ (1.4, 2.8) para presentar ideación suicida así como $RP=2.54$ $IC_{95\%}$ (0.7, 9.1), tener padres que pelean frecuentemente presentaron mayor riesgo $RP= 1.59$ $IC_{95\%}$ (1.2, 1.9) para presentar ideación suicida y un $RP=2.79$ $IC_{95\%}$ (2.2, 3.6) para intento de suicidio, tener familia no relacionada o dispersa presentaron mayor riesgo $RP= 1.5$ $IC_{95\%}$ (1.2, 1.9) para idear suicidio y un riesgo de $RP= 3.1$ $IC_{95\%}$ (2.0, 4.8) para cometer intento de suicidio, todos estos valores mencionados con valores de $p < 0.05$.

Tabla 13. Razón de prevalencias de Ideación e Intento de suicidio según convivencia y funcionalidad familiar

Variable	Razón de Prevalencia (Intervalo de Confianza 95%)		χ^2		p	
	Ideación Suicida	Intento de suicidio	Ideación	Intento	Ideación	Intento
Tipo de familia						
Extensa biparental	1	1				
Nuclear biparental	0.95 (0.7, 1.3)	5.68 (0.8, 38.5)				
Extensa monoparental	1.16 (0.8, 1.8)	6.04 (0.9, 41.9)				
Nuclear monoparental	1.29 (0.9, 1.8)	6.71 (1.0, 45.1)				
Reconstituida	1.47 (0.9, 2.4)	7.64 (1.1, 54.1)				
Extensa Amplia	1.93 (1.1, 3.2)	10.00 (1.4, 70.9)	11.06*	8.390*	<0.0001	0.003
Posición como hermano						
Único	1.17 (0.8, 1.7)	1				
Primero	1.22 (0.9, 1.5)	1.32 (0.6, 3.0)				
Medio	1.37 (1.1, 1.7)	1.54 (0.7, 3.6)				
Último	1	1.19 (0.5, 2.7)	7.44*	1.710*	0.006	0.634
Horas de convivencia en una semana con el padre papá						
5 o más horas	1	1				
No tengo papá o sustituto	1.08 (0.7, 1.6)	1.84 (0.9, 3.8)				
3 a 4 horas	1.23 (1.0, 1.5)	1.26 (0.8, 2.0)				
1 a 2 horas	1.32 (1.0, 1.7)	1.86 (1.1, 3.0)				
No convivo con él	1.65 (1.3, 2.2)	2.56(1.5, 4.4)	13.45*	14.29*	0.0002	0.0002
Horas de convivencia con la madre por semana						
5 o más horas	1	1				
3 a 4 horas	1.14 (0.9, 1.4)	1.22 (0.8, 1.8)				
1 a 2 horas	1.39 (1.1, 1.8)	2.20 (1.4, 3.4)				
No convivo con ella	1.36 (0.6, 3.0)	2.19 (0.9, 5.1)				
No tengo mamá o sustituta	2.00 (1.4, 2.8)	2.54 (0.7, 9.1)	14.53*	12.38*	0.001	0.0004
Es común que peleen tus padres						
No	1	1				
Si	1.59 (1.3, 1.9)	2.79 (2.2, 3.6)	23.85	56.37	<0.0001	<0.001
Alguno estaba ebrio cuando						

peleó							
No	1	1					
Si	0.90 (0.6, 1.4)	1.27 (0.8, 2.0)	0.076	0.918	0.782	0.337	
Cohesión							
Relacionada o conectada	1	1					
Aglutinada	0.7 (0.6, 0.9)	0.5 (0.3, 0.8)					
Semirrelacionada o separada	1.2 (0.9, 1.5)	1.9 (1.2, 3.0)					
No relacionada o dispersa	1.5 (1.2, 1.9)	3.1 (2.0, 4.8)	15.95*	42.97*	0.0001	<0.0001	
Adaptabilidad							
Estructurada	1	1					
Flexible	0.8 (0.6, 1.0)	0.8 (0.5, 1.3)					
Caótica	0.8 (0.6, 0.9)	0.5 (0.3, 0.9)					
Rígida	1.2 (0.9, 1.5)	1.4 (0.9, 2.2)	0.60*	0.74*	0.43	0.388	

χ² de Tendencias

La tabla 14 muestra la razón de prevalencia de ideación e intento de suicidio según las condiciones de salud de la población aquellos que refirieron padecer alguna enfermedad de tipo crónico degenerativa presentaron mayor riesgo RP=1.9 IC_{95%} (1.2, 3.0) para presentar ideación suicida y riesgo de RP= 4.4 IC_{95%} (2.1, 9.2) la presencia de algún problema físico o emocional que limitara al adolescente para hacer lo que sus demás compañeros pueden hacer presentaron mayor riesgo RP= 2.1 IC_{95%} (1.7, 2.4) para presentar ideación suicida y una RP=3. 1 IC_{95%} (2.3, 4.3) para intentar suicidio; en cuanto a los hábitos, aquellos que actualmente fuma presentaron mayor riesgo de RP= 3.6 IC_{95%} (2.3, 5.6) para intentar suicidio, consumir bebidas alcohólicas en forma abusiva presentan mayor riesgo RP=2.6 IC_{95%} (1.2, 2.6) para Intento de suicidio, los que han consumido drogas cuando menos una vez en su vida presentaron un riesgo de RP= 3.0 IC_{95%} (2.1, 4.2). Los que fueron diagnosticados con presencia de depresión mayor presentaron mayor riesgo RP= 3.4 IC_{95%} (3.0, 3.9) para ideación suicida y riesgo RP= 6.6 IC_{95%} (4.8, 9.1) para intento de suicidio, los que se encontraban bajo tratamiento con antidepresivos presentando mayor riesgo RP= 3.8 IC_{95%} (1.3, 11.7) para ideación suicida y RP= 16.6 (5.5, 50.2) para intento de suicidio, las personas practican de 5 a más relaciones sexuales por mes presentaron mayor riesgo RP= 3.5 IC_{95%} (2.0, 6.4) para intento de suicidio, los que refirieron preferencia sexual por ambos sexos presentaron mayor riesgo RP= 2.1 IC_{95%} (1.4, 3.2) para presentar ideación suicida y un RP= 8.8 IC_{95%} (5.3, 14.6) para intentar suicidarse, todos estos valores presentaron $p < 0.05$.

Tabla 14. Razones de prevalencia de ideación e intento de suicidio según hábitos y estado de salud de los estudiantes de nivel medio superior del IPN

Variable	Razón de Prevalencia (Intervalo de Confianza 95%)		χ^2		p	
	Ideación Suicida	Intento de suicidio	Ideación	Intento	Ideación	Intento
Estado de Salud						
Sano	1	1				
Enfermedad Aguda	1.4 (1.0, 1.9)	3.6 (2.3, 5.59)				
Enfermedad Crónico Degenerativa	1.9 (1.2, 3.0)	4.4 (2.1, 9.2)	8.5*	39.64*	0.003	<0.001
Enfermedad Terminal	-	-				
Con presencia de problema físico o emocional que te limite						
No	1	1				
Si	2.1 (1.7, 2.4)	3.1 (2.3, 4.3)	52.15	46.84	<0.001	<0.001
Cuál es ese problema						
Problemas de conducta	1	1				
Problemas de aprendizaje	2.1 (1.3, 3.4)	1.6 (0.5, 5.1)				
Enfermedades físicas	1.3 (0.7, 2.5)	2.4 (0.9, 6.5)				
Enfermedad mental	2.5 (1.6, 3.8)	3.3 (1.4, 7.7)				
Otro	1.6 (1.0, 2.7)	1.8 (0.6, 4.7)	21.64*	9.17*	<0.001	0.002
Consumo de tabaco						
No ha consumido	1	1				
Consumió alguna vez	1.1 (1.0, 1.4)	2.4 (1.6, 3.6)				
Consume actualmente	1.2 (0.9, 1.5)	3.6 (2.3, 5.6)	34.76*	29.2*	0.123	<0.001
Consumo de alcohol						
No bebedor	1	1				
Ingesta Anual	1.1 (0.9, 1.4)	1.4 (0.8, 2.4)				
Ingesta Mensual	1.1 (0.9, 1.4)	2.1 (1.3, 3.6)				
Abuso	1.2 (0.8, 1.8)	2.6 (1.2, 5.5)	1.04*	12.15*	0.305	0.0005
Consumo de drogas						
Nunca ha consumido	1	1				
Alguna vez en su vida usó	1.2 (0.9, 1.5)	3.0 (2.1, 4.2)	1.88	37.10	0.170	<0.001
Depresión (E. Birlleson)						
Sin depresión	1	1				
Depresión Mayor	3.4 (3.0, 3.9)	6.6 (4.8, 9.1)	216.34	155.4	<0.001	<0.001

En tratamiento con antidepresivos						
No	1	1				
Si	3.8 (1.3, 11.7)	16.6 (5.5, 50.2)	6.57	45.78	0.014	<0.001
Abuso sexual						
Ausencia	1	1				
Presencia	1.4 (1.0, 2.0)	1.5 (0.9, 2.8)	2.81	2.10	0.09	0.147
Antecedente familiar conducta suicida						
No	1	1				
Si	2.9 (2.1, 4.1)	4.6 (3.3, 6.5)	39.75	77.63	<0.001	<0.001
Frecuencia de relaciones sexuales						
Celibato	1.2 (0.9, 1.7)	1				
0 veces	1.1 (0.8, 1.6)	1.8 (1.2, 2.8)				
1 a 4 veces	1	2.0 (1.2, 3.1)				
5 a más veces	1.5 (1.0, 2.5)	3.5 (2.0, 6.4)	3.833*	21.37*	0.052	<0.001
Preferencia Sexual						
Sexo opuesto	1	1				
Mismo sexo	1.7 (1.4, 2.0)	3.1 (2.1, 4.4)				
Ambos sexos	2.1 (1.4, 3.2)	8.8 (5.3, 14.6)	40.51*	73.46*	<0.001	<0.001
Abuso sexual						
Ausencia	1	1				
Presencia	1.5 (0.9, 2.5)	1.6 (0.9, 2.9)	3.03	2.78	0.081	0.095

χ^2 ji cuadrada de tendencias

La tabla 15 muestra el riesgo para presentar conducta suicida según el rendimiento académico, los alumnos que sacan cinco o menos de calificación frecuentemente presentan mayor riesgo RP= 2.4 IC_{95%} (1.3, 4.4) para ideación suicida y RP= 3.2 IC_{95%} (0.7, 13.9) para el intento de suicidio, quienes refirieron que su rendimiento académico era malo presentaron mayor riesgo RP= 2.7 IC_{95%} (1.4, 5.2) para ideación suicida y RP= 2.6 IC_{95%} (0.8, 7.9) para intento de suicidio, todos estos valores con $p < 0.05$.

Tabla 15. Razones de prevalencia de ideación e intento de suicidio según rendimiento académico en los alumnos de nivel medio superior del IPN.

Variable	PR (IC95%)		χ^2		p	
	Ideación	Intento	Ideación	Intento	Ideación	Intento
¿Qué calificaciones obtienes con mayor frecuencia?						
Nueve a Diez	1	1				
Ocho	1.4 (1.0, 1.9)	1.7 (0.8, 3.8)				
Seis a Siete	1.5 (1.1, 2.1)	2.4 (1.1, 5.2)				
Cinco o menos	2.4 (1.3, 4.4)	3.2 (0.7, 13.9)	8.88*	8.10*	0.002	0.004
Tu rendimiento académico es:						
Excelente	1	1				
Bueno	1.0 (0.5, 1.9)	0.6 (0.2, 1.7)				
Regular	1.3 (0.7, 2.5)	0.9 (0.3, 2.7)				
Malo	2.7 (1.4, 5.2)	2.6 (0.8, 7.9)	38.26*	24.35*	<0.001	<0.001

χ^2 ji cuadrada de tendencias

9.4 Análisis Multivariado:

Se obtuvieron 2 modelos de regresión logística que explican las posibles causas de la conducta suicida en los estudiantes del Nivel Medio Superior del IPN.

La tabla 16 muestra el modelo de regresión logística ajustado por la edad de las principales variables que mostraron relación con la presencia de ideación suicida la semana previa a la aplicación de la encuesta y estas fueron, ser mujer con una OR= 1.72 IC_{95%} (1.28, 2.31), pertenecer a una tribu urbana OR= 2.32 IC_{95%} (1.46, 3.70), no convivir con el padre entre semana OR= 1.74 IC_{95%} (1.28, 2.31), presentar antecedentes familiares de conducta suicida OR= 2.33 IC_{95%} (1.50, 3.62) y presentar depresión mayor OR= 8.53 IC_{95%} (5.82, 12.49) todos los valores con $p < 0.05$

Tabla 16. Modelo de regresión logística que explica la ideación suicida en los estudiantes de nivel medio superior del IPN

Variable	OR Ajustada	Intervalo de Confianza 95%	p
Sexo			
Hombre	1		
Mujer	1.72	1.28, 2.31	<0.001
Tribu Urbana			
No pertenece	1		
Pertenece (emo, dark, etc.)	2.32	1.46, 3.70	<0.001
Horas a la semana que convive con su papá			
5 o más horas	1		
3 a 4 horas	1.35	0.96, 1.89	0.086
1 a 2 horas	1.36	0.95, 1.94	0.096
No tiene papá o sustituto	1.06	0.57, 2.00	0.845
No convive con él	1.74	1.28, 2.31	0.023
Posición como hermano			
Único	1		
Último	0.71	0.40, 1.28	0.255
Primero	0.99	0.56, 1.75	0.981
Médio	1.16	0.64, 2.07	0.631
Antecedente familiar de suicidio			
No	1		
Si	2.33	1.50, 3.62	<0.001
Depresión Mayor (<i>Birleson</i>)			
Sin depresión	1		
Depresión Mayor	8.53	5.82, 12.49	<0.001

La tabla 17 muestra el modelo de regresión logística ajustado por la edad de las variables que explican el intento de suicidio en los estudiantes de nivel medio superior del IPN, las cuales fueron ser mujer con un riesgo OR= 14.18 IC_{95%} (2.76, 72.75), trabajar además de estudiar OR=2.32 IC_{95%} (1.27, 4.23), tener familia no relacionada o dispersa OR= 3.18 IC_{95%} (1.66, 6.08), tener antecedente familiar de conducta suicida OR= 4.64 IC_{95%} (2.69, 8.02), presentar depresión mayor OR= 4.41 IC_{95%} (2.71, 7.17) y pertenecer a una tribu urbana OR=2.78 IC_{95%} (1.45, 5.32)

Tabla 17. Modelo de regresión logística que explica el intento de suicidio en los estudiantes de nivel medio superior del Instituto Politécnico Nacional

Variable	OR Ajustada	Intervalo de Confianza 95%	<i>p</i>
Sexo			
Hombre	1		
Mujer	14.18	2.76, 72.75	0.001
Ocupación			
Estudia	1		
Trabaja y estudia	2.32	1.27, 4.23	0.006
Preferencia sexual			
Sexo opuesto	1		
Mismo sexo	0.25	0.05, 1.35	0.107
Ambos sexos	1.08	0.23, 5.13	0.918
Cohesión			
Aglutinada	1		
Relacionada	1.53	0.83, 2.84	0.171
Semirrelacionada o separada	2.54	1.33, 4.82	0.005
No relacionada o dispersa	3.18	1.66, 6.08	<0.001
Antecedente familiar conducta suicida			
Ausencia	1		
Presencia	4.64	2.69, 8.02	<0.001
Depresión			
Sin depresión	1		
Depresión Mayor	4.41	2.71, 7.17	<0.001
Tribu Urbana			
No pertenece	1		
Pertenece (emo, vampiro, etc.)	2.78	1.45, 5.32	0.002

X. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio, concuerdan con diversas investigaciones donde se señala la alta prevalencia de ideación suicida entre los estudiantes con una prevalencia de 24.9% para la ideación suicida la semana previa a la aplicación de la encuesta, un 8.8% en los que refirieron haber intentado suicidarse alguna vez en la vida, estas cifras concuerdan con las que obtuvieron Chávez-Hernández y Cols. en su estudio transversal en el 2004 ⁴¹, con respecto a las prevalencias reportadas recientemente por la 1ª Encuesta Nacional sobre Exclusión Intolerancia y Violencia (1ª ENEIV) ⁴² llevada a cabo en el país en las escuelas de nivel medio superior durante el 2007 por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Salud Pública la prevalencia para ideación suicida reportada fue mayor 40% comparada con la que se obtuvo en el estudio y para el intento de suicidio de 12.0% cifra similar encontrada en este estudio. Los datos obtenidos para ideación son por si mismos alarmantes, tomando en consideración que es la etapa previa al intento de suicidio y considerando que se presentaron una semana previa a la aplicación de la encuesta.

Las prevalencias por sexo reportadas por la 1ª ENEIV el hombre presentó una prevalencia para ideación de 19.0% y para intento de suicidio de 5.0% en las mujeres para ideación 30.5% y para intento de suicidio 11.9%, en éste estudio en el hombre 24.9% ideación suicida y 5.3% para intento de suicidio, en la mujer la prevalencia para la ideación 42% y 18.6% para intento de suicidio; cabe hacer mención que la mujer presenta más predominio de ambos tipos de conducta quizá ello sea resultado de el papel o el rol que juega dentro de la sociedad, habría también que considerar varios factores que son inherentes para llevar a cabo este tipo de conductas que pudieran estar presentes como la variabilidad de la concentración de estrógenos que pudieran estar influyendo en la estabilidad emocional propia de la mujer e indirectamente presentando este tipo de conductas.

La principal causa que reportaron los alumnos en el estudio para cometer intento de suicidio fue el sentirse solo triste o deprimido y la principal forma en que lo intentaron fue con el uso de objetos filosos; cualquiera que haya sido el motivo o causa es primordial no dejar de lado el enorme riesgo que esto representa, tomando en consideración que no es un evento aislado para llegar al consumo de este fenómeno.

En cuanto a la relación entre el pertenecer a una tribu urbana existen muy pocos estudios realizados en el mundo sin embargo esta variable mostró asociación con la conducta suicida tal como lo mencionan Young R y Cols. en su estudio ³⁹ con lo que habría que realizar otro estudio para conocer detalladamente este tipo de población y las conductas de riesgo a las que se exponen para concienciar a sus familiares y a la sociedad.

Trece alumnos de cada 100 presentaron depresión mayor, y mostró de entre todas las variables estudiadas la que mayormente se relaciono con ambas conductas lo que concuerda con la

literatura (Whichstrom 2000), otra parte se ha mencionado que no existe un instrumento que tamice a la conducta suicida lo cual es prácticamente imposible dado la cantidad de variables que muestran asociación con el fenómeno, mas sin embargo como el estatus depresivo muestra la más alta, debería ser considerado el diseño de un instrumento con alta sensibilidad y especificidad no solo en los adolescentes, sino la realización de uno para cada etapa de la vida y así que el clínico tenga un instrumento práctico para la detección oportuna de este padecimiento evitando que se consuma este tipo de conducta.

Otro de los factores que mostró asociación en el estudio fue el presentar antecedente familiar de conductas suicidas lo que concuerda con lo reportado en la literatura ²⁰ mismo que es factible de interrogar durante la consulta general a este tipo de población susceptible.

En cuanto a la familia, llama la atención que el ocupar una posición como hermano medio en una familia es factor de riesgo para presentar este tipo de conductas, quizá debido a que en las familias a este miembro no se le pone la misma atención que el primogénito, el último o el hijo único y el convivir poco tiempo entre semana con el padre mostró asociación para cometer intento de suicidio, lo que es interesante uno pudiera pensar que la falta de convivencia con la madre pudiera estar más relacionado, sin embargo no es así, en cuanto a esta variable asociada se puede explicar que al padre de familia debido a su rol como proveedor, y la imposición que la sociedad impone sobre la represión en sus sentimientos con sus hijos, aunado a la cantidad de horas que permanece en su trabajo y considerando que algunos trabajan incluso los fines de semana, haciendo todo ello que la convivencia con el padre sea prácticamente muy difícil, más no imposible de realizar, por otra parte las cursar con familia disfuncional, específicamente no relacionada o separada presentó relación con el intento de suicidio lo que concuerda con la literatura. ¹⁸

El tener preferencia sexual por personas de ambos sexos presentó mayor prevalencia 25% que lo reportado en la literatura (10%), por lo que probablemente esta variable pudiera estar actuando como un confusor dado que a esta edad la población aun no tiene bien definida su preferencia sexual y lo que si se reporta en la literatura es que las personas que optan por tener relaciones sexuales con personas de su mismo sexo muestran relación para presentar conducta suicida. ³⁷

Se reconoce que el presente estudio tiene como principales limitaciones la temporalidad de la ideación suicida restringida a la semana pasada, lo extenso del instrumento utilizado, solo fue encuestada la población urbana, haciendo imposible hacer inferencias en el adolescente del medio rural en el país, no fueron evaluados otros trastornos mentales mencionados en el DSM IV como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, el estudio solo contempla las conductas suicidas no mortales, con lo que se desconoce los factores que guardan relación con las conductas suicidas mortales (Suicidio consumado).

Pudo haber estado sesgado dado que una de las escuelas participantes se encontraba en periodo de exámenes, ya que los participantes se encontraban bajo cierto grado de estrés.

El intento de suicidio pudiera ser tomado como un modo de expresión no verbal, que a final cualquiera que haya sido el motivo o el modo en que se haya llevado a cabo no se debería pasar por alto dado el enorme riesgo que corre este tipo de población tanto a nivel social como personal.

Después del reporte de estos resultados, se vuelve imperativo implementar programas de prevención y tratamiento implantados dentro de las escuelas dado que esta población pasa un gran tiempo de su día en este recinto, a modo de lograr la prevención oportuna y la vigilancia de los factores de riesgo.

Es importante difundir este tipo de resultado a los padres de familia para que hagan conciencia junto con cada miembro de su núcleo familiar.

Sin embargo, esta investigación se ofrece como un estímulo y una aportación para seguir estudiando el fenómeno del suicidio según tiempo lugar y persona.

XI. CONCLUSION:

La prevalencia de ideación suicida la semana previa a la aplicación de la encuesta fue de 29.3% y los factores que más se relacionaron fueron el convivir pocas horas con el padre entre semana ser hermano medio, mientras que prevalencia de intento de suicidio de 8.8% y los factores que más se relacionaron fueron trabajar además de estudiar, tener preferencia por ambos sexos y tener familia separada cabe hacer mención de que a ambos fenómenos se relacionaron el ser mujer, pertenecer a una tribu urbana, presentar depresión mayor y tener un antecedente familiar de conducta suicida.

XII. REFERENCIAS:

- 1) <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio> (página consultada el 12/04/2007)
- 2) Jiménez TL, Saiz MPA, Bobes GJ. Suicidio y depresión. En: Humanitas. Humanidades Médicas, tema del mes *on-line*. No. 9, Noviembre de 2006. pp. 1-7. (página consultada el 07/10/2007).
- 3) Berrios GE, Omaña M. Suicidal Behaviour. Clinical Section. En: Berrios GE, Porter R, (editores). A history Clinical Psychiatry. The origin and history of Psychiatryc Disorders. New York: New York University Press. 2001. pp. 613-624.
- 4) <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps061006a.htm> (página consultada el 17/11/2007)
- 5) Manual: Programa de Acción: Programa para la atención a la salud de la adolescencia. Secretaría de Salud, México 2006. pp. 1-41.
- 6) Gutiérrez GA, Contreras CM, Orozco RR. El suicidio conceptos actuales. *Salud Mental*. 2006, 9(5): 66-74.
- 7) Manual: La violencia autoinflingida. Capitulo 7. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, (Documento WHO). 2003; pp.201-231
- 8) Jiménez TA, González FC. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*. 2003; 26(6): 35-46.
- 9) González FC, Villatoro VJ, Alcanzar EI, Medina MMA, Fleiz BC, Bermúdez LP, *et.al*. Prevalencia de Intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*. 2002; 25 (6): 1- 11.
- 10) Pérez OI, Rodríguez SE, Dussán BMM, Ayala JP. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Rev. Salud Pública*. Bogotá. 2007; 9(2):1-9.
- 11) PENDIENTE
- 12) Durkheim Emile. El Suicidio. 1a. Edición. Editorial: Tomo, S.A. de C.V. 2004. pp.139-97.
- 13) Coronado SS, Díaz CI, Vargas AL, Rosado FA, Zapata PA, Díaz TS. Prevalencia del intento de Suicidio en el Servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Agustín O´Horán, de enero de 1998 a diciembre de 2003. *Rev Biomed*. 2004; 15:207-213.
- 14) Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima revisión. (CIE-10). Vol.1, Ginebra OMS 1992. Organización Panamericana de Salud. Pág. 1109.
- 15) The DSM-IV Edition. *American Psychiatric Press*. Washington, 1994.
- 16) Dewey John. Cómo pensamos: Nueva exposición de la relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo. Editorial *D. C. Health and Compañy, Lexington, Massachussets*.1993.
- 17) Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Synopsis of Psychiatry, 8th edition, 2000 Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland

- 18) Muñoz MJ, Pinto MV, Callata CH, Napa DN, Perales CA. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2006; 23(4): 239-46
- 19) Guías para el diseño, la implementación y la evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones. OMS, Ginebra, 2004.
- 20) Roy A, Segal NL. Suicidal Behaviour in twins: a replication. *J Affect Disord*. 2001; 66(1):71-74.
- 21) Gutierrez GAG, Contreras CM, Orozco RChR. El suicidio, Conceptos actuales. *Salud Mental*. 2006; 29(5): 66-74
- 22) Manual del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)/ Instituto Nacional de las Mujeres, Mujeres y Hombres en México 2007. 11edición. 2007. 644 páginas.
- 23) González FC, Ramos LL, Mariño HMC, Pérez CE. Vidas en riesgo: Conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta psiquiat Psicol. Am lat*. 2002; 48 (1-4): 74-84.
- 24) Frenk MJ, Ruelas BE, Tapia CR, Castañón RR, De León MME, Belasso G, et. al. Programa de Acción en Salud Mental. Manual, 1ª edición, Secretaría de Salud, México D.F. 2002; pp 1-189.
- 25) Manual Adaptación de Organización Mundial de la Salud. Cifras y hechos sobre el suicidio. (OMS Ginebra 1999). Disponible para su consulta en: http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf (página consultada el día 18 de Noviembre de 2007).
- 26) WHO/MNH/MBD/00.3 Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2001.
- 27) Bertelote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*. 2002; 7(2): 6-7.
- 28) <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051209.htm> (página consultada el 19 de Noviembre de 2007).
- 29) Magdalena M. Plan de Acción Regional sobre salud de adolescentes, OPS, Washington DC. Manual. Disponible para su consulta en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-plandeaccion.pdf> (página consultada el día 19 de Noviembre de 2007).
- 30) Garrido LF, Lozano AR, Tapia CJA, Martínez MT, Rincón RK, Ramírez HAR. Salud: México 2006. Manual: Información para la rendición de cuentas. 1ª. edición 2007, México DF. Secretaría de Salud. Disponible en la dirección: <http://evaluacion.salud.gob.mx> (página consultada el 18 de Noviembre de 2007).
- 31) Manual: Estadísticas de intento de suicidio y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos. 2005. 1era. Edición. 2007; pp.147.

- 32) Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. (ENSANUT 2006). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- 33) Botega NJ, Barros M, Oliveira H, Dalgalarondo P, Marin LL. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(1): 45-53.
- 34) Yen ChF, Shieh BL. Suicidal ideation and correlates in Taiwanese adolescent Methamphetamine users. *The journal of Nervous and mental disease.* 2005; 193 (7): 444-49.
- 35) Haavisto A, Sourander A, Multimäki P, Parkkola K, Santalahti P, Helenius H, Nikolakaros G. Factors associated with ideación and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boys. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40:912-921.
- 36) Sawyer MG, Carbone JA, Searle AK, Robinson P. The mental Health and wellbeing of children and adolescents in home-based foster care. *MJA.* 2007; 186 (4): 181-184.
- 37) Stephen T, Russell D, Joyner K. Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence from a National Study. *Am J of Public Health.* 2001; 91(8): 1276-1281.
- 38) Young R, Swrting H, West Patrick. Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: longitudinal cohort study. *BMJ.* 2004: 1-4.
- 39) Villatoro VJA, Alcantar MI, Medina ME, Fleiz C, González FC, Amador NG, Bermudes LP. El intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes ¿Dos problemas entrelazados? *Servicios de Salud Mental (SESAM).* Año 7, 2003; 2(1):5-12.
- 40) González FC, Ramos LL, Caballero GMA, Wagner EFA. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema.* 2003; 15 (4):524- 32.
- 41) Chávez HAM, Pérez HR, Macías GLF, Páramo CD. Ideación e intento suicida en estudiantes de Nivel Medio Superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta universitaria.* 2004, 14 (3):12-20.
- 42) SEMS. Primera encuesta nacional sobre exclusión, intolerancia y violencia en las escuelas públicas de Educación Media Superior. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Educación Pública.
- 43) Wayne W. Daniel, Bioestadistics: a foundation for analysis in the health sciences, 6th edition *John Wiley & Son.* 2003.

XIII. ANEXOS

ANEXO 1. LISTADO DE NUMEROS ALEATORIOS

4	5	6	7	9	10
11	12	17	19	20	23
25	30	31	33	34	37
38	39	44	45	47	48
50	51	53	54	55	58
62	63	65	66	67	71
72	75	77	78	79	80
81	84	87	88	90	91
92	93	94	95	97	98
99	100	103	105	107	108
110	111	115	118	123	124
126	127	129	130	135	136
139	140	141	142	145	146
148	151	152	154	155	157
162	163	165	166	171	172
174	177	178	181	186	187
190	193	194	196	199	201
202	203	206	211	212	213
215	216	217	220	222	223
226	227	230	231	233	235
238	239	241	244	246	248
251	253	255	256	258	263
266	268	269	271	272	276
278	279	280	281	283	284
287	289	290	294	302	304
305	306	307	308	310	312
314	316	318	319	320	321
322	324	326	327	328	330
339	343	344	346	347	349
354	355	356	359	360	361
362	363	364	365	367	368
370	372	374	375	376	379
380	382	384	385	390	396
398	399	400	402	403	406
407	408	409	410	411	412
414	415	419	420	421	423
424	430	432	434	435	436
439	442	449	450	451	453
454	456	458	459	460	463
465	466	468	473	474	475
479	481	482	483	484	485
486	487	488	493	498	499
500	503	505	509	510	515
516	522	523	524	528	529
531	532	533	534	540	545
548	549	550	552	556	557
559	561	562	564	565	566
567	568	570	571	572	575
577	578	581	582	584	585
587	591	594	595	597	599
604	605	610	613	614	618
623	625	626	628	629	632
633	635	637	646	647	648
654	655	656	657	658	659
664	674	677	680	681	683
685	686	688	689	691	694
695	696	700	701	703	704
705	714	716	718	720	721
722	724	728	729	730	731
732	733	734	736	737	739
741	742	743	744	745	750



ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Factores asociados a ideación y conducta suicida en estudiantes de nivel medio superior del Instituto Politécnico Nacional.

Registrado ante el Comité Local de Investigación, con el número: R-2008-3601-7

Cuyo objetivo de estudio es: Conocer con que frecuencia se presentan la ideación y conducta suicida en la población adolescente, así como determinar las características relacionadas a su presencia.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario de forma voluntaria, el cual:

- ❖ El tiempo aproximado de llenado es de 40 minutos.
- ❖ Será contestado exclusivamente en el aula donde tomo clases dentro de las instalaciones de mi escuela.
- ❖ Cualquiera de mis dudas serán resueltas antes, durante y posterior al llenado del cuestionario.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes o molestias derivadas de mi participación en el estudio, como son:

- ❖ Malestar emocional derivado del recuerdo de situaciones dolorosas
- ❖ Manifestaciones de depresión e identificación de pensamientos, ideas o conductas suicidas

En cuyo caso de presentar esta sintomatología, se me referirá, a la unidad médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que corresponda para mi atención.

La investigadora Responsable se ha comprometido a darme al término del análisis de su estudio mi resultado obtenido de forma personal, y en el caso de identificar alguna alteración emocional me indicará y derivará oportunamente a la unidad médica que me corresponda para diagnóstico y tratamiento que correspondan, orientándome acerca de lo importante de que acuda a este servicio; así mismo responderá cualquier pregunta y aclarará cualquier duda que le plantee con respecto al procedimiento que se llevará a cabo en la investigación o lo relacionado al diagnóstico y tratamiento en caso de ameritarlo.

Así mismo se me ha informado acerca de los beneficios de mi participación en el estudio, los cuales son:

- ❖ Obtendré un auto evaluación de mi estado emocional, mismo que permitirá identificar oportunamente si presento datos sugestivos, de alguna alteración, en cuyo caso será referido a la unidad médica del IMSS, que me corresponda.

Entiendo que conservo el derecho de no participar o retirarme del estudio en cualquier momento, sin que ello afecte mi situación académica y por parte de las autoridades escolares no habrá ninguna represalia, así mismo con la atención que tengo en el IMSS.

La investigadora responsable me ha asegurado de que **NO se me identificará** en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio; y de que **los datos relacionados con mi privacidad** serán manejados en forma **CONFIDENCIAL**.

Nombre y Firma del participante

**Investigadora responsable:
Dra. Yazmin Zacate Palacios.
Mat. 99092306**

El número telefónico al que puede comunicarse, en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 5536518275; e-mail: yazminzp@hotmail.com

Testigos:

Nombre y Firma

Nombre y Firma



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Por medio de la presente autorizo que mi: _____ participe en el protocolo de investigación titulado: Factores asociados a ideación y conducta suicida en estudiantes de nivel medio superior del Instituto Politécnico Nacional.

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número: R-2008-3601-7

Cuyo objetivo del estudio es conocer la frecuencia con que se presenta la ideación y conducta suicida en la población adolescente, así como las características relacionadas:

Se me ha explicado que su participación consistirá en contestar un cuestionario de forma voluntaria, el cual:

- ❖ El tiempo aproximado de llenado es de 40 minutos.
- ❖ Será contestado exclusivamente en el aula donde toma clases dentro de las instalaciones de su escuela.
- ❖ Sus dudas serán resueltas antes, durante y posterior al llenado del cuestionario.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes o molestias derivadas de su participación como son:

- ❖ Malestar emocional derivado del recuerdo de situaciones dolorosas.
- ❖ Manifestaciones de depresión e identificación de pensamientos, ideas y conductas suicidas.

En el caso de presentar la sintomatología descrita, se le referirá a la unidad médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que corresponda para su atención.

La investigadora responsable se compromete a darnos información en forma personal sobre el resultado obtenido al término del análisis y en caso que identifique alguna alteración emocional me indicará y canalizará a la unidad médica para la confirmación diagnóstica y tratamiento que corresponda, orientando acerca de la importancia de acudir al lugar indicado; así mismo aclarará cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos acerca de los procedimientos con respecto a la investigación, así como en el diagnóstico y tratamiento en caso de ameritarlo.

Se me ha informado que el beneficio de la participación en el estudio, es la obtención de un auto evaluación de su estado emocional que permita identificar oportunamente si presenta datos sugestivos de alguna alteración emocional, en cuyo caso se referirá a la unidad médica del IMSS que le corresponda para su atención oportuna

Entiendo que conserva el derecho de no participar o de retirarse del estudio en cualquier momento y por cualquier motivo, sin que ello afecte su situación académica y que por parte de las autoridades académicas no habrá consecuencias, de igual modo con lo que respecta a la atención médica en el IMSS.

Se me asegura además que **NO se le identificará** en las preguntas o publicaciones que deriven del estudio y de que los **datos relacionados con su privacidad**, serán manejados en forma **CONFIDENCIAL**.

Nombre y firma del participante

**Investigadora responsable:
Dra. Yazmin Zacate Palacios.
Mat. 99092306**

El número telefónico al que puede comunicarse, en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 5536518275; e-mail: yazminzp@hotmail.com

Testigos:

Nombre y firma

Nombre y firma

Anexo 3. Cuestionario CRIIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

No. FOLIO

Cuestionario para el protocolo de investigación: "Factores asociados a ideación y conducta suicida en estudiantes de nivel medio superior del Instituto Politécnico Nacional"

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en algunos CECyT's. Las preguntas son **solo con fines de investigación médica**, para que el estudio sea provechoso es **MUY IMPORTANTE que CONTESTES a TODAS LAS PREGUNTAS** con el **MAJOR CUIDADO Y SINCERIDAD POSIBLE**. Todas las **RESPUESTAS SON ESTRICTAMENTE "CONFIDENCIALES"** Y **NINGUNO DE LOS PARTICIPANTES PODRÁ SER IDENTIFICADO**.

NO ES UN EXAMEN, no hay respuestas correctas o incorrectas

Para cada pregunta busca la respuesta que para ti sea la mejor. Marca con una "X" dentro del cuadro la respuesta que hayas escogido.

Ejemplo: Escribe con números legibles dentro de las casillas, utilizando 0 a la izquierda cuando sea necesario. Teniendo cuidado de centrar tu número y de no tocar el borde de las casillas. Ejemplo: año (s) mes (es)

Utiliza pluma o bolígrafo color negro, si te equivocas no taches pide al encuestador corrector.

Si no sabes la respuesta a alguna pregunta o sientes que no puedes contestarla porque no la entiendes, entonces levanta la mano y el encuestador vendrá a resolver tus dudas.

I. DATOS GENERALES

1. Pertenece al CECyT número: <input type="text" value="0"/>		2. Del turno: Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/>		3. Del <input type="text" value="0"/> semestre (Número)	
4. Eres: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		5. ¿Qué edad tienes? <input type="text"/> años		6. Tu fecha de nacimiento es el: <input type="text"/> dd <input type="text"/> mm <input type="text"/> aa	
7. Actualmente, ¿Cuál es tu estado civil?: Solter@ <input type="checkbox"/> Casad@ <input type="checkbox"/> Viud@ <input type="checkbox"/> Divorciad@ <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separad@ <input type="checkbox"/>					
8. ¿Tienes hij@s que vivan contigo? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		9. ¿Cuánt@s? <input type="text" value="0"/>		10. ¿Tienes alguna ocupación extra escolar donde recibas un sueldo? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
11. Cuál: Emplead@ <input type="checkbox"/> Obrero@ <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Otro, <input type="checkbox"/> especifique: _____					
12. La religión que practicas es: Católica <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Sin religión <input type="checkbox"/> Otra, <input type="checkbox"/> especifica: _____					
13. ¿Pertenece a alguna subcultura Gótica? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> No se que es <input type="checkbox"/>		14. ¿Cual? Dark <input type="checkbox"/> Gótico <input type="checkbox"/> Emo <input type="checkbox"/> Vampiro <input type="checkbox"/> Otro, <input type="checkbox"/> especifica: _____			
15. ¿En que estado radicas actualmente? (donde está tu casa) D.F. <input type="checkbox"/> Méx. <input type="checkbox"/> Hgo. <input type="checkbox"/> Pue. <input type="checkbox"/> Tlax. <input type="checkbox"/> Mor. <input type="checkbox"/> Qro. <input type="checkbox"/> Otro, <input type="checkbox"/> especifica: _____				16. ¿Cuál es la fecha de hoy? <input type="text"/> dd <input type="text"/> mm <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> aa	

II. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tomando en consideración que un hogar es una organización estructurada a partir de lazos o redes sociales establecidas entre personas unidas o no por relaciones de parentesco, que residen en una misma vivienda y organizan en común la reproducción de la vida cotidiana a partir de un presupuesto común para la alimentación. Contesta lo siguiente:

17. Pensando en el jefe de familia de tu hogar, ¿Cuál fue el último año de estudios que completó?			
Primaria incompleta <input type="checkbox"/>	Primaria completa <input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta <input type="checkbox"/>	Secundaria completa <input type="checkbox"/>
Carrera comercial <input type="checkbox"/>	Carrera técnica <input type="checkbox"/>	Preparatoria incompleta <input type="checkbox"/>	Preparatoria completa <input type="checkbox"/>
Licenciatura Incompleta <input type="checkbox"/>	Licenciatura completa <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/> No estudió <input type="checkbox"/>
18. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. hay para uso exclusivo de los integrantes de tu hogar? <input type="text" value="0"/>			

19. ¿Cuál es el total de piezas y/o habitaciones con que cuenta tu hogar?. (Por favor no incluyas medios baños, pasillos, patios y azotehuelas) Si cuentan: Recámaras, sala, cocina, comedor, cuarto de TV., biblioteca, cuarto de servicio, tapancos, sótano y garaje				
20. ¿En tu hogar se tiene calentador de agua o boiler? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	21. ¿Cuántos vehículos propios excluyendo taxis tienen en tu hogar? 	22. Contando todos los focos que se utilizan para iluminar tu hogar, incluyendo techos, paredes y lámparas de buró o piso, ¿Cuántos focos tiene tu vivienda? 		
23. El piso de tu hogar es predominantemente de: Cemento <input type="checkbox"/> Lozeta <input type="checkbox"/> Mosaico <input type="checkbox"/> Otro, <input type="checkbox"/> especifica: _____		24. ¿En tu hogar se cuenta con lavadora de ropa? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	25. ¿En tu hogar cuentan con aspiradora? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
26. ¿En tu hogar tienen horno de microondas? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	27. ¿En tu hogar tienen tostador eléctrico de pan? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	28. ¿Cuenta tu hogar con computadora personal que funcione? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	29. ¿Cuenta tu hogar con DVD? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
30. El jefe de tu familia o algún miembro de los integrantes de tu familia cuenta con alguno de los siguientes servicios: (puedes marcar más de una opción)				
Cuenta de Cheques <input type="checkbox"/>		Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>		Seguro de vida y gastos médicos particulares <input type="checkbox"/>
Cuenta de Ahorro <input type="checkbox"/>		Tarjeta de débito <input type="checkbox"/>		Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/>
31. Entre los principales pasatiempos/ diversiones de los integrantes de tu hogar se encuentran: (puedes marcar mas de una opción)				
Ver TV. <input type="checkbox"/>		Vacaciones en lugares turísticos de lujo <input type="checkbox"/>		Una vez al año van al extranjero <input type="checkbox"/>
Ir a parques públicos <input type="checkbox"/>		Eventos musicales <input type="checkbox"/>		Parques acuáticos <input type="checkbox"/>
Fiestas comunales <input type="checkbox"/>		Espectáculos organizados por el gobierno <input type="checkbox"/>		Clubes privados <input type="checkbox"/>

III. FAMILIA

El siguiente apartado, te preguntaré con respecto a tus relaciones familiares. Toma en consideración que una familia está formada al menos por dos personas y se restringe únicamente a lazos de parentesco (consanguíneos, matrimonio, afinidad o adopción)

32. ¿Tienes papá? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá): (puedes combinar opciones)	
Tengo papá <input type="checkbox"/> No tengo papá <input type="checkbox"/> Nadie lo sustituye <input type="checkbox"/> Lo sustituye <input type="checkbox"/> especifica: _____	
33. ¿Tienes mamá? (o quien es la persona femenina que la sustituye o hace las funciones de tu mamá): (puedes combinar opciones)	
Tengo mamá <input type="checkbox"/> No tengo mamá <input type="checkbox"/> Nadie la sustituye <input type="checkbox"/> La sustituye <input type="checkbox"/> especifica: _____	
34. ¿Cuántas horas al día convives con tu papá (o la persona que lo sustituye, incluye los fines de semana)?	
No tengo papá o sustituto <input type="checkbox"/> De 1 a 2 horas <input type="checkbox"/> De 3 a 4 horas <input type="checkbox"/> 5 o más horas <input type="checkbox"/> No convivo con él <input type="checkbox"/>	
35. ¿Cuántas horas al día convives con tu mamá (o la persona que la sustituye, incluye los fines de semana)?	
No tengo mamá o sustituta <input type="checkbox"/> De 1 a 2 horas <input type="checkbox"/> De 3 a 4 horas <input type="checkbox"/> 5 o más horas <input type="checkbox"/> No convivo con ella <input type="checkbox"/>	
36. ¿Quiénes viven en tu casa? (Puedes marcar más de una opción)	
Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Herman@s <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Hermanastr@s <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Vivo solo <input type="checkbox"/> Otro (s) Familiar (es): <input type="checkbox"/> _____ <small>(Ejemplo: tío, primo, amigos)</small>	
37. ¿Cuántos hermanos tienes? 	38. Del total de tus hermanos del mayor al menor, ¿que posición ocupas? (número)
39. ¿Es común que se peleen tus papás? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	40. En aquellas ocasiones que han peleado, ¿alguno de ellos había bebido alcohol? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

En el siguiente sección de preguntas, te pido que **describas a tu familia**. Marca **solo una opción** por cada respuesta que más se parezca a la situación que vives actualmente:

Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
41. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí	<input type="checkbox"/>				
42. En mi familia se toma en cuenta mis sugerencias y las de mis hermanos para resolver problemas	<input type="checkbox"/>				
43. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	<input type="checkbox"/>				
44. Mis hermanos y yo podemos opinar en cuanto a nuestra disciplina	<input type="checkbox"/>				
45. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	<input type="checkbox"/>				
46. Cualquier miembro de la familia puede ejercer la autoridad	<input type="checkbox"/>				
47. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	<input type="checkbox"/>				
48. Mi familia cambia el modo de hacer sus cosas con respecto a otras	<input type="checkbox"/>				
49. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	<input type="checkbox"/>				
50. Mis padres se ponen de acuerdo conmigo y con mis hermanos en relación a los castigos	<input type="checkbox"/>				
51. Nos sentimos muy unidos	<input type="checkbox"/>				
52. En la familia mis hermanos y yo tomamos las decisiones	<input type="checkbox"/>				
53. Cuando se toma una decisión importante, toda mi familia está presente	<input type="checkbox"/>				
54. En mi familia con respecto a otras familias las reglas cambian	<input type="checkbox"/>				
55. Con facilidad podemos planear actividades en familia	<input type="checkbox"/>				
56. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	<input type="checkbox"/>				
57. Consultamos unos con otros para tomar decisiones	<input type="checkbox"/>				
58. En mi familia es difícil identificar quién tiene la autoridad	<input type="checkbox"/>				
59. La unión familiar es muy importante	<input type="checkbox"/>				
60. Es difícil decir quién hace las labores del hogar	<input type="checkbox"/>				

IV. SALUD.

Esta sección corresponde al uso de tabaco, consumo de bebidas alcohólicas y drogas

61. ¿Alguna vez en tu vida has fumado tabaco? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	62. ¿Actualmente fumas? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	63. A que edad comenzaste a fumar? A los <input type="text"/> años	64. ¿Cuánto tiempo llevas fumando o fumaste? <input type="text"/> día <input type="text"/> mm <input type="text"/> aa
65. ¿Cuántos cigarrillos fumas o fumabas al día? <input type="text"/>	66. En toda tu vida, ¿Has fumado más de 100 cigarrillos, es decir 5 cajetillas en promedio? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	67. En tu escuela, hogar o trabajo hay personas que fumen cerca de ti? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
68. ¿Cuánto tiempo has estado expuest@ al cigarrillo de esta(s) persona(s)? 1 a 6 meses <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> <input type="text"/> años			
69. ¿Alguna vez en tu vida has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, ron, "coolers", brandy, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores, como "piña colada" o "medias de seda"? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		70. ¿A que edad comenzaste a ingerir bebidas con alcohol? A los <input type="text"/> años	
71. ¿De cuál de las siguientes bebidas has tomado una copa completa? (Puedes marcar más de una opción)			
Tequila <input type="checkbox"/>	Cerveza <input type="checkbox"/>	Brandy <input type="checkbox"/>	Vodka <input type="checkbox"/>
Whisky <input type="checkbox"/>	Bebidas preparadas en lata como: "Presidencola", "New Mix" <input type="checkbox"/>	Vino (blanco, tinto, rosado) <input type="checkbox"/>	Alcohol puro o aguardiente <input type="checkbox"/>
		Bebidas como "coolers", "viña real", etc <input type="checkbox"/>	Ron <input type="checkbox"/> Pulque <input type="checkbox"/>

<p>72. ¿Con qué frecuencia en el último año tomaste una o más copas de cualquier bebida alcohólica?</p> <p>Menos de 1 vez en el último año <input type="checkbox"/></p> <p>1 a 2 veces en el último año <input type="checkbox"/></p> <p>3 a 11 veces el último año <input type="checkbox"/></p> <p>1 a 3 veces en el último mes <input type="checkbox"/></p> <p>Una o más veces en la última semana <input type="checkbox"/></p>	<p>73. ¿Con qué frecuencia has tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?</p> <p>Nunca en el último año <input type="checkbox"/></p> <p>Por lo menos 1 vez en el último año <input type="checkbox"/></p> <p>1 vez en el último mes <input type="checkbox"/></p> <p>2 a 3 veces en el último mes <input type="checkbox"/></p> <p>1 o más veces en la última semana <input type="checkbox"/></p>		
<p>74. ¿Con qué frecuencia te has emborrachado?</p> <p>Nunca en el último año <input type="checkbox"/></p> <p>Por lo menos 1 vez en el último año <input type="checkbox"/></p> <p>1 vez en el último mes <input type="checkbox"/></p> <p>2 a 3 veces en el último mes <input type="checkbox"/></p> <p>1 o más veces en la última semana <input type="checkbox"/></p>	<p>75. ¿Con qué frecuencia en el último mes tomaste una copa completa de bebidas alcohólicas como cerveza, vino, brandy, ron, tequila, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores como "piña colada" o "medias de seda", etc.?</p> <p>Nunca en el último mes <input type="checkbox"/> 1 vez en el último mes <input type="checkbox"/></p> <p>De 2 a 3 veces en el último mes <input type="checkbox"/> 1 o más veces en la última semana <input type="checkbox"/></p>		
<p>76. ¿Cuánto tiempo llevas ingiriendo bebidas alcohólicas?</p> <p>días <input type="text"/> meses <input type="text"/> años <input type="text"/></p>	<p>77. Cada vez que tomas, aproximadamente, ¿Cuántas copas o cervezas bebes?</p> <p><input type="text"/></p>		
<p>78. ¿Alguna vez en tu vida, has utilizado drogas como marihuana, cocaína, heroína, inhalantes, etc?</p> <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p><small>Si tu respuesta es NO pasa a la pregunta 86</small></p>	<p>79. ¿Actualmente consumes drogas?</p> <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	<p>80. ¿Qué edad tenías cuando comenzaste a consumir drogas?</p> <p><input type="text"/> años</p>	<p>81. ¿Cuánto tiempo llevas consumiendo o consumiste drogas?</p> <p>días <input type="text"/> meses <input type="text"/> años <input type="text"/></p>
<p>82. ¿Cuál de las siguientes drogas consumes o consumiste? (puedes marcar más de una opción)</p> <p>Marihuana <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/></p> <p>Otro (s), <input type="checkbox"/> especifica: _____</p>			
<p>83. En el último año ¿Has consumido drogas?</p> <p>si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p>	<p>84. En el último mes has usado drogas?</p> <p>no <input type="checkbox"/> si, de 1 a 5 días <input type="checkbox"/> si, de 6 a 19 días <input type="checkbox"/> si, de 20 a más días <input type="checkbox"/></p>		
<p>85. ¿Cuántas veces en tu vida has consumido drogas?</p> <p>1 – 2 veces <input type="checkbox"/> 3 a 5 veces <input type="checkbox"/> 6 a 10 veces <input type="checkbox"/> 11 a 49 veces <input type="checkbox"/> 50 o más veces <input type="checkbox"/></p>			

Ahora por favor, indicame qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una de las siguientes oraciones. Tomando en consideración las siguientes respuestas posibles: (Marca **una sola opción por cada pregunta** dentro de cada cuadro)

Ítem	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
86. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Me inclino a pensar que: en conjunto soy un (a) fracasad@	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Creo que tengo varias cualidades buenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Puedo hacer cosas tan bien como la mayoría de las personas de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullos@ de mi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Tengo una actitud positiva hacia mi mism@	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. En general estoy satisfech@ de mi mism@	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Desearía valorarme más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. A veces me siento verdaderamente inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. A veces siento que no sirvo para nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, responde honestamente cómo te has sentido en las **ULTIMAS DOS SEMANAS**, marca una sola opción por cada pregunta con una "x" en la respuesta que creas conveniente, no hay respuestas buenas o malas:

Ítem	Siempre	Algunas veces	Nunca
96. Me interesan las cosas tanto como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Duermo muy bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Me dan ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Me gusta salir con mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Me gustaría escapar, salir corriendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Me duele la panza, la cabeza, otros sitios de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Tengo ganas para hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. Disfruto la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. Puedo defenderme por mi mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. Creo que no vale la pena vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Soy buen@ para las cosas que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. Me gusta hablar con mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. Tengo sueños horribles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. Me siento muy sol@	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111. Me animo fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. Me siento muy aburrido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. Me he vuelto olvidadizo y/o distraído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. Puedo alegrarme fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Piense seriamente en la muerte o en matarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ahora quiero hacerte algunas preguntas sobre tu estado de salud

117. Actualmente, ¿Tienes algún problema físico o emocional que te limite para hacer cosas que las demás personas de tu misma edad pueden hacer sin ninguna dificultad? sí no Si tu respuesta es NO pasa a la pregunta 118

118. ¿Qué problema físico o emocional te causa esta limitación?

Problemas de aprendizaje Enfermedades físicas Enfermedad mental Problemas de conducta
(dificultad para desplazarse es decir discapacidad, tallo leproso, etc.) (depresión, ansiedad, etc)

Otro, Especifica: _____

119. ¿Actualmente te encuentras en tratamiento con antidepresivos? sí no Si tu respuesta es NO pasa a la pregunta 121

120. ¿Desde hace aproximadamente cuánto tiempo? días meses años

121. ¿Actualmente padeces alguna enfermedad? sí no Si tu respuesta es NO pasa a la pregunta 123

122. ¿Cuál? Hipertensión Arterial Sistémica Diabetes mellitus Epilepsia VIH/SIDA Cáncer

Otra, especifica: _____

123. En tu familia (padres, tíos, abuelos, hermanos), ha habido: (puedes marcar más de una opción) Ideas suicidas Intento de suicidio Suicidio Las 3 respuestas anteriores No ha habido

Las siguientes afirmaciones describen formas en que algunas personas actúan o sienten. Por favor lee cada una y marca el cuadro con el número de días (de 0 a 7) en que te sentiste así en **LA ÚLTIMA SEMANA** (marca una respuesta por cada inciso, si no estas seguro haz tu mejor estimación)

DURANTE LA SEMANA PASADA:	NÚMERO DE DÍAS			
	0	1 a 2	3 a 4	5 a 7
124. No podía "seguir adelante"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. Tuve pensamientos sobre la muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. Pensé en matarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

128. ¿Alguna vez a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?

Una vez Más de una vez Nunca lo he hecho Si tu respuesta es NUNCA LO HE HECHO pasa a la pregunta 135

129. ¿Qué pasó esa(s) vez(es) que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida?

Solo lo pensé Estuve a punto de hacerlo Lo hice

130. ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito con el fin de quitarte la vida? Veces

131. ¿Que edad tenías la primera o (única) vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida? años

132. ¿Qué edad tenías la última o (única) vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida? años

133. Esa última o única vez que te hiciste daño con el fin de quitarte la vida a propósito, ¿Querías?

No quería morir, quería seguir viviendo No me importaba si moría o vivía Quería dejar de vivir, quería morir

134. En la última o única vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida, ¿Qué lo causó? (puedes marcar más de una opción)

Problemas familiares Problemas con mi(s) amig@(s) Problemas en la escuela

Sentirme sol@, triste, deprimid@ Por llamar la atención

Incomprensión o falta de cariño de mi familia Problemas con mi novi@ o pareja

Porque han abusado sexualmente de mi Porque falleció alguien a quien quiero mucho

Otra razón, específica: _____

135. La última o única vez que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida ¿Cómo lo hiciste? (puedes marcar más de una opción)

Tomé pastillas o medicamentos Me corté con un objeto filoso Me disparé con un arma de fuego

Me intoxicé con drogas Me aventé al tránsito Trate de ahorcarme o asfixiarme

Me avente de una parte alta hacia el piso Deje de comer Tomé veneno

Lo hice de otra forma, específica: _____

VI. SEXUALIDAD

Ahora te haremos algunas preguntas sobre algunos aspectos de tu sexualidad, por favor contesta con seriedad:

136. ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	137. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? A los <input type="text"/> años	138. ¿Con cuántas personas diferentes has tenido relaciones sexuales? <input type="text"/>	139. ¿Cuándo tienes relaciones sexuales utilizas algún método anticonceptivo? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
140. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales en el último mes? <input type="text"/> veces	141. ¿Alguna vez en tu vida alguien te ha forzado o presionado a tener un contacto sexual; es decir, ¿Te han tocado tus partes sexuales o has tocado las partes sexuales de otra persona en contra de tu voluntad? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
142. ¿Qué edad tenías la primera vez que alguien te forzó a tener un contacto sexual? <input type="text"/> años	143. ¿Qué edad aproximada tenía la persona que te forzó por primera vez a tener un contacto sexual? <input type="text"/> años		
144. ¿Qué relación tenías con la primera o única persona que te forzó a tener contacto sexual contra tu voluntad? Era tu: Amig@ <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Autoridad (Jefe/Profesor) <input type="checkbox"/> Desconocid@ <input type="checkbox"/> Compañer@ de escuela o de trabajo <input type="checkbox"/> Noví@ <input type="checkbox"/> Conocid@ <input type="checkbox"/>			
145. Tu preferencia sexual es para l@s: Mujeres <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Ambos sexos <input type="checkbox"/> Otro, <input type="checkbox"/> Especifica: _____			

V. RENDIMIENTO ACADÉMICO

En esta sección te haremos algunas preguntas con respecto a tu rendimiento escolar:

146. ¿Qué calificaciones sacas con más frecuencia? 9 a 10 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 a 7 <input type="checkbox"/> 5 ó menos <input type="checkbox"/>	147. Cuántas materias llevaste el semestre pasado? <input type="text"/>	<small>Si eres de primer semestre pasa a la pregunta 149</small>
148. ¿Cuántas materias reprobaste del total que cursaste el semestre anterior? <input type="text"/>		
149. En general como consideras tu desempeño en la escuela? Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>		

VI. MEDIO AMBIENTE

En esta sección, te preguntaremos sobre los espacios donde pasas una buena parte de tu tiempo, para cada pregunta escoge tu mejor respuesta.

EN MI COLONIA	si	no	EN MI ESCUELA	si	no
150. La colonia donde vivo es un lugar seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	156. Considero que mis compañeros de escuela son peligrosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
151. Hay poca vigilancia en mi colonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	157. Hay muchos asaltos en los alrededores de mi escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
152. En colonia donde vivo hay pandilleros o delincuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	158. Mi escuela es un lugar seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
153. Me preocupa salir solo a la calle en mi colonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	159. Me gusta convivir con mis compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
154. Hay muchos asaltos en mi colonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	160. Me preocupo al viajar solo en el trayecto hacia la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
155. Me agrada la colonia donde vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¡GRACIAS POR TU COOPERACIÓN!		