



**ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO EN LA CIUDAD DE
DURANGO: FACTORES ASOCIADOS.**

T E S I S

Que para obtener el grado de:
Maestra en Ciencias Sociales

P R E S E N T A

Angélica María Lechuga Quiñones

Directora de tesis: *Dra. Rosario Román Pérez*

Lectoras: *Mtra. Yolanda Martínez López*

Mtra. Ma. Del Carmen Castro Vásquez

Hermosillo, Sonora.

Marzo, 2004

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la valiosa participación y colaboración de las siguientes personas e instituciones:

Al Sistema de Investigación Francisco Villa (Sivilla-Conacyt) por el financiamiento otorgado al proyecto de investigación del cual se derivó éste.

Al Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango (IIC-UJED). Por su importante apoyo.

A la Secretaría de Educación Pública (SEP).

A las autoridades de los planteles escolares y principalmente: a los(as) estudiantes por su generoso apoyo y valiosa participación.

A los (as) diferentes asesores(as) que participaron en la revisión del documento:

M en C. Yolanda Martínez López

M en C. Rosario Román Pérez

M en C. Ma. Del Carmen Castro Vásquez

Dr. Jaime Salvador Moysén

Psic. Alberto Terrones González

DEDICATORIA

YAQUI - TAMA

INDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
MARCO TEÓRICO	14
Adolescencia	
Salud, educación y empleo en adolescentes	
Factores protectores en los(as) adolescentes	
Factores de riesgo y la salud en los(as) adolescentes	
El Suicidio	
El Suicidio desde el ámbito sociológico	
Manifestaciones del impacto social del suicidio	
Vulnerabilidad a la conducta suicida en los(as) adolescentes	
La Familia como factor determinante en el desarrollo integral del y la Adolescente	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	42
METODOLOGÍA	46
Diseño de la Investigación	
Muestra	
Descripción operacional de las variables	
Variables sociodemográficas	
Variables sociales	
Variables Psicológicas	
Instrumento	
Procedimiento	
Análisis de la información	
RESULTADOS	58
DISCUSIÓN	64

CONCLUSIONES.....	72
--------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA.....	77
--------------------------	-----------

ÍNDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

Cuadro 1.- Características sociodemográficas de la Población por grupo.....	88
Cuadro 2.- Religión de los y las adolescentes.....	89
Cuadro 3.- Características familiares de los y las adolescentes.....	90
Cuadro 4.- Percepción de los y las adolescentes de su ambiente familiar.....	91
Cuadro 5.- Relación con los hermanos.....	92
Cuadro 6.- Antecedente de intento de suicidio de la familia materna y paterna.....	93
Cuadro 7.- Distribución por sexo, de la población sin intento y sobreviviente a uno o más intentos de suicidio.....	94
Cuadro 8.- Características Individuales y familiares asociadas al estado Emocional de los adolescentes.....	95
Cuadro 9.- Características Individuales y familiares asociadas al estado Emocional de las adolescentes.....	96
Grafica 1.- Frecuencia acumulada de casos de intento de suicidio Por edad y sexo.....	97
Grafica 2.- Alternativas de atención utilizadas por los y las adolescentes de la única o última vez que intentaron suicidarse.....	98
Cuadro 10.-Razones expuestas por el adolescente para el intento de suicidio.....	99
Cuadro 11.-Distribución de la población que comunicó o comentó con alguna persona su intención de quitarse la vida	100

Cuadro 12.-Distribución de la población que intento suicidarse	
Según método empleado.....	101
Cuestionario para Estudiantes de Preparatoria 2001. (IDA-Durango).....	102



EL COLEGIO
DE SONORA
B I B L I O T E C A
GERARDO CORNEJO MURRIETA

RESUMEN

Estimar la prevalencia de intento de suicidio en estudiantes duranguenses de nivel medio superior, analizar las diferencias de estructura y dinámica familiar, las características emocionales y sociales asociadas al intento de suicidio por sexo; así como las razones expuestas y el método empleado para intentar quitarse la vida son objetivos cruciales del presente trabajo. A fin de alcanzarlos, mediante un diseño comparativo se aplicó a 627 adolescentes de 15 a 19 años de edad, de instituciones de educación media superior tanto de escuelas públicas como privadas un cuestionario semiestructurado que consta de 29 reactivos.

Una vez analizados los resultados la muestra quedó conformada por dos grupos: 519 adolescentes que refirieron no haber intentado suicidarse y 107 que reportaron haber intentado suicidarse en una ocasión o más, siendo las mujeres (22.6%) las que intentaron suicidarse en mayor porcentaje que los hombres (9%). La mediana de edad a la que intentaron el suicidio por única o última vez fue a los 13 años los varones y las mujeres a los 14.5. Con el interés de identificar factores asociados al intento de suicidio, así como conocer la *frecuencia al riesgo* (RM) a la que están expuestos, en los resultados más relevantes obtenidos en este trabajo se observó que: En cuanto al entorno familiar los(as) adolescentes que lo percibieron como “hostil-violento” se presentó 7.07 veces una frecuencia de riesgo al intento suicida. Cuando se compara por sexo aquellas características individuales y familiares asociadas al estado emocional de las(os) adolescentes, las mujeres son más susceptibles a la frecuencia de riesgo al intento de suicidio en comparación con los hombres en las siguientes categorías: “rechazo de parte de los padres”,

“sentimiento de soledad”, “impulsividad alta” y “el haber sentido depresión de 3 a 7 días a la semana”; mientras que los hombres presentan mayor frecuencia de riesgo al intento de suicidio en relación con las mujeres al “sentir incompreensión de los padres” y “un fuerte deseo de marcharse de casa”. El 55% de los(as) adolescentes duranguenses sobrevivientes a uno o más intentos de suicidio expusieron que las razones que les impulsaron para cometer este acto fueron: el que se sentían estresados(as), con desesperanza y habían experimentado el fallecimiento de alguna persona cercana. En cuanto a la comunicación del adolescente sobre su intención de quitarse la vida, el 60% lo comentó con alguna persona, siendo los amigos(as) quienes representaron el mayor porcentaje (31%), sin embargo el 40% no lo comentó con nadie. El método con mayor porcentaje que emplearon tanto mujeres (34.5%) como hombres (43%) fue la ingesta de medicamentos o sustancias. Resulta interesante identificar a través de este trabajo que el 70% de la población estudiada no utilizó ninguna alternativa de atención, después de la única o última vez que se hizo daño con el fin de quitarse la vida. Las reflexiones y motivaciones finales en este trabajo se orientan hacia dos vertientes, por un lado los resultados obtenidos permitirán en gran medida orientar, prevenir y ayudar a los y las adolescentes en riesgo sobre todo involucrando a la familia y la escuela. Por otro, éste estudio abre nuevas interrogantes para su investigación, relacionadas con las diferencias de género y los factores psicosociales protectores y de riesgo asociados al intento de suicidio.

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas se ha observado en diversas regiones del mundo, un incremento paulatino y constante de la conducta suicida en adolescentes (OPS-OMS, 1994). En México, el panorama epidemiológico muestra incrementos constantes en las tasas de suicidios e intentos de suicidio en la población joven (Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez 1994; Híjar, Rascón, Blanco, y López, 1996), este fenómeno se ha configurado como un problema de salud pública y no como una cuestión meramente individual.

En este sentido ya no sólo es preocupante entre otras situaciones, el consumo de alcohol y drogas, el difícil acceso al mercado laboral, la deserción escolar, el embarazo en la adolescencia y la desintegración familiar como situaciones independientes; sino también la coexistencia de más de uno de estos factores que impulsen al adolescente para que intente o logre suicidarse. De tal forma la importancia de conocer el contexto sociocultural y psicosocial en que ésta conducta ocurre, para así identificar los grupos de población en riesgo y poder diseñar acciones de salud específica tanto de carácter preventivo como de atención oportuna.

La finalidad del presente trabajo fue identificar aquellas características psicosociales y familiares, que puedan influir en el intento suicida del los(as) adolescentes duranguenses. Por lo que la estructura de la tesis se divide en los siguientes apartados: en lo que se refiere a los fundamentos teóricos se presenta la conceptualización de la adolescencia desde una visión teórica, se discuten las características psicosociales que vivencia el (la) adolescente en diferentes

ámbitos de su vida que involucran la salud, educación y el contexto laboral donde se desarrolla. Asimismo, se incluyen aquellos factores positivos o protectores que están presentes en esta edad, así como a los de riesgo que han influido de manera determinante en conductas llamadas autodestructivas tales como el intento de suicidio y suicidio consumado.

En cuanto al suicidio se hace especial hincapié en su referencia, ya que es de éste tema del cual se han hecho los primeros estudios y la información obtenida ha sido utilizada en gran medida para referir el intento suicida, reconociéndose éste último como un factor de riesgo muy importante para la conducta suicida recurrente y para el suicidio consumado.

En este sentido se aborda el suicidio desde el ámbito sociológico a partir de la teoría de Durkheim, que hasta la fecha ha servido como uno de los principales referentes para la investigación en conductas autodestructivas; situando en lo social el principal factor determinante de la muerte voluntaria. En este trabajo la relación más importante en cuanto a algunas de las principales derivaciones teóricas y metodológicas de la aportación durkheimiana, es el de la “integración familiar”, como una forma de “integración social”.

En vista de que este autor pensaba que los métodos científicos debían aplicarse al estudio de la sociedad y creía que los grupos sociales presentaban características que iban más allá o eran diferentes a la suma de las características o conductas de los individuos, se hizo la inclusión de factores individuales sin dejar de considerar aquellos factores sociales, así como los de mayor vulnerabilidad dado que su impacto ha influido en los(as) adolescentes para intentar o cometer el suicidio.

De manera especial se ha hecho referencia a la familia, vista como unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, que de acuerdo a su interacción funcional o disfuncional puede hacer vulnerable al adolescente a experimentar o caer en conductas de riesgo como es el intento de suicidio.

Con el interés de explorar la presencia de intento suicida en la población escolar duranguense, los objetivos planteados fueron: además de conocer los datos sociodemográficos, identificar la prevalencia de intento suicida, así como la frecuencia de riesgo en la ciudad de Durango según los siguientes indicadores: la estructura y la dinámica familiar que esta viviendo el y la adolescente, edad de la única o última vez que intentó suicidarse, los motivos expuestos, el método empleado y las alternativas de atención que utilizaron la última o única vez que intentaron suicidarse. El problema se plantea exponiéndose las cifras epidemiológicas que de alguna manera han influido para reconocer el intento de suicidio como un problema de salud pública. En este sentido se justifica la necesidad de que este tipo de conducta sea abordada en el contexto duranguense desde una perspectiva multifactorial, debido a las repercusiones de salud, sociales, individuales y familiares.

En el apartado de metodología se describe el diseño de la investigación, el tipo de muestreo, la población de estudio, así como la descripción del instrumento que se aplicó y el tipo de análisis que se empleó para la obtención de los datos.

En los resultados se dan a conocer las características generales de la población estudiada separando en dos grupos: aquellos(as) adolescentes sin intento y los (as) sobrevivientes a uno o más intentos de suicidio, además se incluyen aquellas características de tipo individual, emocional, social y familiar planteadas en los objetivos, asimismo, se identifica la frecuencia de riesgo al intento de suicidio en las variables individuales y familiares de interés.

En la discusión se resumen los resultados, haciendo de alguna forma un contraste con otros estudios hechos con población mexicana. Finalmente se hace una breve conclusión incluyendo aspectos que se desarrollaron a lo largo del trabajo, mencionando que independientemente de los alcances y limitaciones del presente estudio, los resultados obtenidos en ésta tesis permiten considerar que la conducta suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de Durango está presente de manera marcada, asociándose factores individuales y de manera importante los familiares, por lo tanto amerita especial atención individual, escolar y familiar.

Por otro lado se plantea la necesidad de realizar estudios con entrevistas a profundidad y con un enfoque de género, asociando las conductas suicidas o denominadas autodestructivas que van desde la ideación suicida, planeación del intento, intento de suicidio, suicidio consumado. En este sentido es necesario orientar esfuerzos con una perspectiva multidisciplinaria para diseñar y evaluar programas preventivos en poblaciones tradicionalmente no consideradas de alto riesgo, como puede ser el caso de la población escolar.

MARCO TEÓRICO

La Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud sitúa los límites de la adolescencia entre las edades de 10 a 19 años, y los de la juventud entre los 15 y los 24 años. Aunque las definiciones cronológicas resultan útiles para fines estadísticos, en realidad se observan grandes variaciones en cuanto al tiempo y la duración de los cambios biológicos, sociales y psicológicos que caracterizan a este período de transición (OMS, 1995).

Stanley Hall; en su célebre libro "Adolescent" (Debesse, 1973), define la adolescencia como un período de "tormenta y estímulo" considerándola como la etapa en la que ocurría un "nuevo nacimiento" en la personalidad del individuo; en tal etapa tenían lugar cambios rápidos y notables, estas modificaciones eran en gran medida resultado de la maduración sexual y por tanto resultantes de procesos psicobiológicos. A través de los años comenzaron a construirse nuevas concepciones sobre la adolescencia, identidad y sexualidad, en este sentido los procesos psicosociales del desarrollo del yo, las vicisitudes afectivas del llamado "conflicto de identidad", así como las experiencias cognoscitivas y el desarrollo moral encaminados hacia la "independencia del yo", explican los ideales de separación, individualismo y autonomía de esta fase (Rodríguez, 1996).

Para Kaplan (1980), la adolescencia es un período que se caracteriza por la presencia de cambios biológicos, psíquicos y conductuales, se vive una crisis de identidad que obliga al sujeto a hacer intentos y esfuerzos para tomar decisiones definitivas con respecto a lo que será su identidad adulta. Piaget e Inhelder (1978), afirman que en la adolescencia el sujeto pasa del pensamiento concreto, que se

centra en lo real -aquí y ahora-, al pensamiento formal, con el cual se pueden anticipar las transformaciones posibles y se es capaz de imaginar y deducir a partir de un hecho superior, lo que permite al sujeto prever y planear situaciones. según Brito (1996), la juventud (incluyendo a la adolescencia) se encuentra delimitada por dos procesos: uno biológico y otro social. El biológico permite establecer su diferenciación con el niño y el social con el adulto. Mientras tanto Aberastury y Knobel (1998), mencionan que la tarea principal del adolescente será la elaboración de tres duelos: duelo por la pérdida del cuerpo infantil, del rol infantil, de los padres protectores y omnipresentes.

Desde el punto de vista psicológico, se presentan marcadas modificaciones, siendo la principal de ellas, el desarrollo de un sentimiento de identidad integrado e interiorizado que lleva consigo un alejamiento respecto de los miembros de más edad de la familia, el desarrollo de relaciones más intensas con los iguales, la adopción de importantes decisiones sobre la propia vida. En esta etapa se produce a nivel social, un paso gradual de la integración de grupos del mismo sexo a grupos mixtos y pueden darse encuentros sexuales (OMS, 1995).

Erickson (1980) manifiesta que ser adolescente es vivir en crisis de identidad y la búsqueda de ésta lo mantiene en constante tensión; explica (1979), que la identidad se inicia cuando el ser es engendrado, siendo después uno con la madre, hasta que poco a poco se reconoce como alguien aparte; así llega a saberse diferente de todos los demás. Finalmente, según la teoría del desarrollo de este autor, el adolescente vive en la etapa de la "identidad versus confusión"

en la que obtiene la consolidación de su personalidad y de este modo garantiza el desarrollo ulterior del yo, de no ser así la posibilidad de lograr esto se pierde.

Lo anterior cobra sentido en relación a que el proceso de identidad se da a través del contacto con el medio externo y no termina nunca, la identidad se vive de acuerdo con los intereses del sujeto, se obtiene del contacto y el aprendizaje con los padres y el medio social, se tiene la necesidad de llegar a ella por un sentimiento de continuidad personal dentro de un contexto tanto social como histórico, ya que en la adolescencia se acentúa en el sujeto la necesidad de comunicación y de autoafirmación, por lo cual el grupo social cobra relevancia en relación al familiar.

Es precisamente en esta etapa en la que el impulso sexual y el reproductor se unen en uno sólo en el cual se determina la identidad personal, se establece la posibilidad de comunicación emocional y afectiva profunda más allá del núcleo familiar, y se logra el desarrollo de relaciones objetales adultas sin búsqueda de dependencia. Sin embargo, el estatus de dependencia casi siempre viene de la subordinación a un mayor: los hijos a los padres en la familia, los alumnos al maestro en la escuela y en general, los jóvenes al estado en la sociedad. Es por esto que cuando el adolescente descubre que no piensa igual que los demás se dan una serie de cambios emotivos, se siente extraño, diferente y se percata que para lograr su identidad debe tener el doble movimiento de autoconocimiento y de la interacción con los demás; se da cuenta que puede ser autónomo e independiente, por lo que se atreve a expresar su inconformidad y desacuerdo con los adultos (Suárez, 1998).

Fernández y Ehrenfeld (2002), mencionan que entre los diferentes acercamientos al concepto de adolescencia, se coincide que es una fase en la vida de los individuos caracterizada por múltiples cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Para Brito (1996), la adolescencia y la juventud son períodos que no pueden ser definidos únicamente a través del criterio de la edad, ésta sirve para delimitar un espacio demográfico con un fenómeno sociológico: la juventud, para este autor estos períodos tienen muchas maneras de manifestarse y sólo una de ellas es la temporalidad.

Se puede explorar ampliamente acerca de esta etapa de la vida y llegar a la conclusión que la vivencia es diferente en cada adolescente, ya que esta población se constituye por un grupo heterogéneo y diverso, con múltiples identidades de género, cultura, etnia, estatus social y económico, diversas formas de vida urbana y rural (Maddaleno, Morello, Infante, 2003). Tomando en cuenta que estos grupos coexisten en la diversidad con otros subgrupos culturales, que tienen necesidades e inquietudes también de diversa índole, así como una valoración diferente para las diversas situaciones contextuales en virtud de características sociales, económicas y culturales específicas, la posición que se asuma, no sólo expresa una actitud teórica y metodológica, sino también una postura social política que involucra una crítica y una utopía, es decir, un esfuerzo de problematización social y una perspectiva para modificar las condiciones del presente y arribar a una situación futura considerada deseable.

Para fines prácticos en este trabajo se tomará en cuenta la adolescencia entre en rango de 15 a 19 años de edad.

Ello independientemente de su consideración como construcción social y etapa de constantes cambios en la dimensión biológica, psicológica y sociocultural (Brito 1996; Fernández y Ehrenfeld 2002; Maddaleno, Morello, Infante, 2003). Al mismo tiempo, se reitera la importancia de estudiar al adolescente desde una perspectiva integral, con una visión más amplia que permita conocer su comportamiento en diferentes ámbitos.

Salud, educación y empleo en adolescentes

Según la Organización Mundial de la Salud (1995), el óptimo crecimiento y desarrollo biológico y social de los y las adolescentes se logra con más facilidad cuando crecen en ambientes saludables y armoniosos, donde se sienten comprendidos, queridos, y además se les ayuda y apoya en períodos de transición no siempre fácilmente superables. Es por ello que los hábitos, conductas y comportamientos que se adquieren a esa edad pueden tener una importancia clave en la vida futura y permitirles (o impedirles) un pleno aprovechamiento y desarrollo de sus capacidades.

Para Fernández y Ehrenfeld 2002; Fishman 1995 y Menéndez 1994, el concepto de salud integral del adolescente se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención, donde se exige tener en cuenta no sólo los factores biológicos sino también los estilos de vida, el ambiente físico, cultural, la oferta y organización de los servicios; por lo tanto la integridad de la salud abarca la calidad, armonía y “normalidad” en lo social, biológico, psicológico, y lo espiritual.

En gran medida los y las adolescentes, en la actualidad, han permanecido relativamente fuera del beneficio de los servicios de salud tradicionales y con una escasa participación en la gestión de acciones relacionadas con los procesos de

salud/enfermedad psicosocial, bienestar y desarrollo, así como en la creación de estrategias de atención primaria, promoción a la salud y participación comunitaria. Situación que se corrobora a partir de los datos aportados por Castro (2001), quien señala que los servicios de salud de la seguridad social cubren a poco más de 50% de la población mexicana, básicamente constituido por empleados del sector privado y público del país, ni la Secretaría de Salud, (SSA) ni la medicina privada logran cubrir el resto de la población, es decir en la actualidad más de 10 millones de mexicanos carecen por completo de acceso a los servicios de salud.

En este sentido de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1997 referida por Pérez (2000, p.176), de los poco más de 93.7 millones de personas que entonces habitaban en el país, 36% eran adolescentes y jóvenes de entre 12 y 29 años, de éstos poco más de 21 millones manifestaron no tener derecho a ningún servicio de salud, cantidad que representa 63% del total de adolescentes y los 12.4 millones (37%) de adolescentes y jóvenes restantes declararon contar con alguna forma de acceso a servicios de salud; así, de este subgrupo que cuenta con servicios de salud 81.3% estaba afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 11.4% al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); el resto a otras entidades públicas o paraestatales y una minoría, a servicios pagados por empresas privadas.

Por otro lado tanto la salud integral de los y las adolescentes, constituye actualmente una tarea muy importante en todos los niveles de atención, ya que

tiene una relación particular con su propia conducta, la cual a su vez, se ve influida en gran medida por el ambiente en el que vive y las oportunidades económicas, sociales, de salud y educativas que se les ofrecen. En este sentido con respecto a la educación Krauskopf (1995) declara que ésta promueve el desarrollo personal pues forma parte del campo de elaboración de la identidad y del proyecto de vida en la adolescencia.

La salud y la escuela están relacionadas, una buena educación produce una mejor salud y estar en buenas condiciones de salud aumenta el rendimiento académico, disminuye la deserción y el ausentismo escolar. Por su parte Miranda (2002) refiere que, la edad promedio en la que los las adolescentes en México dejan de estudiar es de 15.5 años. La mayor cantidad de éstos abandonan la escuela entre los 15 y los 19 años (45.7%); afectando más a los hombres que a las mujeres, con valores de 48.9% y 42.8% respectivamente. Esta situación se vincula con una serie de elementos complejos, donde se destacan las presiones económicas como elementos importantes que se involucran en el camino de la deserción escolar, declarándose diferentes motivos de abandono. Casi el 40% de quienes dejan de estudiar lo hacen por falta de recursos suficientes o por tener que trabajar y 12.4% lo hace debido a que contrajo matrimonio.

Más allá de las posibilidades de profundizar en los significados implícitos de la respuesta “ ya no me gustaba estudiar” destaca la insuficiencia de recursos económicos como elemento que induce la deserción escolar.

Un considerable número de adolescentes en este país, estaban estudiando cuando empezaron a trabajar; el 86.3% en el grupo de 12 a 14 años y el 61.6%

en el grupo de 15 a 19 años; dato que se relaciona con lo reportado por la OPS/Kellogg (1998), donde se advierte que en América Latina, entre el 40% y el 50% de la población económicamente activa (PEA), son adolescentes de 15 y 19 años, con una relación de 2:1 entre varones y mujeres, además se considera que una alta proporción de los adolescentes que trabajan lo hacen en el sector informal, con salarios bajos, en pobres condiciones laborales y sin beneficios de seguridad social, quedando con 2 años menos de escolaridad y un 20% menos de salario de por vida (CEPAL, 1994).

Finalmente dado lo anterior es de suma importancia la comprensión del desarrollo de los y las adolescentes tomando en cuenta la influencia que tiene, desde los aspectos sociales del ambiente en donde transcurre su vida: el hogar, la escuela, el trabajo y la calle, hasta los problemas de salud específicos que vivencia esta población, considerando la asociación del ambiente cultural que determina los llamados “estilos de vida”, costumbres y comportamientos en salud que reflejan valores, actitudes y creencias, y que pueden determinar riesgos o aspectos positivos para la salud estos últimos se considera prioritario abordarlos y reconocerlos a continuación.

Factores protectores en los(as) adolescentes

Así como existen factores en el ambiente de los adolescentes que propician la iniciación de conductas de riesgo, es importante reconocer la existencia de factores que los protegen actuando como un escudo para favorecer el desarrollo de individuos o grupos y en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables, estos factores se construyen a partir del

establecimiento de la autoestima y las posibilidades de probar las destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades frente a ellos; de este modo se producen una serie de transacciones que dan lugar a procesos que disminuyen la posibilidad al daño.

Serrano (1995) denomina factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral del adolescente y sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo de estos como individuos y como grupo. Algunos de esos factores pueden estar inmersos en las mismas personas; otros pueden estar presentes y operar en el ámbito de la familia; o aparecen como características del grupo o de las comunidades y sus organizaciones, en los programas de los diversos sectores de beneficio social (salud, educación, trabajo, recreación, promoción social, legislación, justicia y comunicaciones).

Hasta la fecha se han identificado factores protectores y resilientes individuales familiares y ambientales; muchos de los cuales funcionan como factores protectores independientemente del riesgo. Grossman (1992), resumen los factores protectores de los adolescentes en:

Individuales (personalidad), incluyen autoestima y locus de control interno (sentirse confiado de que los propios esfuerzos producirán los efectos deseados.

Familiares, los cuales incluyen la ausencia de discordia conyugal. La cohesión familiar y una buena relación con al menos uno de los padres. Un factor protector en el ambiente social lo constituye una relación significativa con un adulto de importancia para el adolescente. Otros factores son: involucrarse en actividades escolares y comunitarias y la creencia en un ser superior.

Rutter (1987), señala que no es suficiente identificar los factores protectores, sino que también es importante crearlos o reforzarlos, siendo este uno de los objetivos necesarios fundamentales en el diseño de las estrategias de intervención preventiva tomando en cuenta los factores de riesgo con los que están en constante contacto los adolescentes.

Factores de riesgo y la salud en los(as) adolescentes

La conceptualización de riesgo la brindó la epidemiología social, y en la medida en que los comportamientos son considerados factores de riesgo, el desafío de esta disciplina ha sido ir más allá de su habitual enfoque biomédico, y emprender la nueva tarea de interpretar los comportamientos en sus orígenes y consecuencias considerando el ámbito económico, familiar, social y psicológico (Suárez y Krauskopf 1995). Por su parte estos autores llaman *factor de riesgo*, a la característica o cualidad de una persona o comunidad, que se sabe que va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud.

En la adolescencia la exploración y los comportamientos generadores de riesgo, pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros, se destacan entre estos comportamientos, una sexualidad precoz y desprotegida, el consumo de alcohol y tabaco, la deserción escolar, los accidentes, las conductas suicidas (ideación, intento, suicidio), la violencia, la mala nutrición y ciertas enfermedades infecciosas (OPS-Kellogg, 1998).

Estos problemas no sólo tienen raíces comunes, sino además están interrelacionados en términos de causa-efecto. Como señala Irwin (1987) citado por Suárez y Krauskopf (1995, p. 187), "los comportamientos asociados a la

mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgo”.

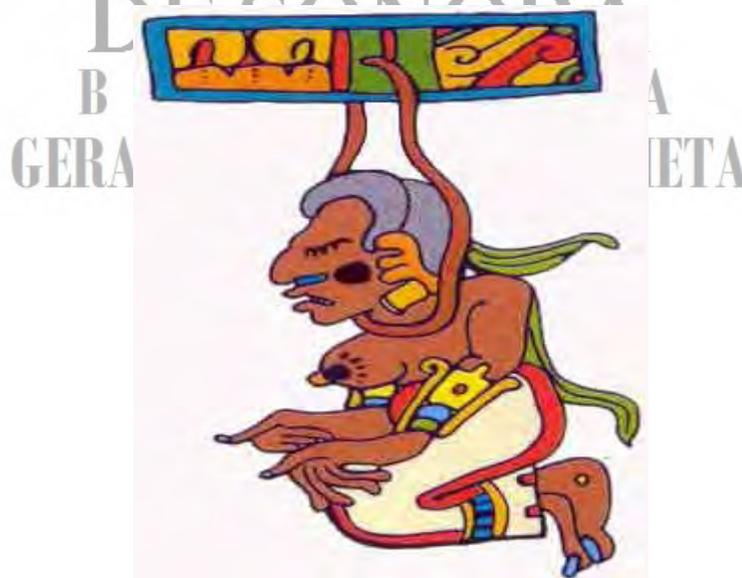
En los últimos años han aparecido diversos trabajos sobre riesgo (García y Tapia, 1990; González–Forteza, Salgado de Snyder y Rodríguez, 1995; Grossman 1992; Sánchez, 2000 y Suárez y Krauskopf, 1995). En ellos se ha reportado que los principales factores de riesgo que predisponen tanto al intento de suicidio en adolescentes mexicanos son: los trastornos de ansiedad o el humor, el estrés, el abuso de sustancias psicoactivas, la violencia, los problemas familiares, y la baja autoestima. De igual forma se tiene el referente que los factores esenciales para el intento de suicida son: Adolescentes sin apoyo social y familiar, que han sobrevivido al intento suicida, que han llamado la atención por anticipar o amenazar con el suicidio, antecedentes familiares de suicidio o de intento, presencia generalizada de sentimientos de culpa y desesperanza, de depresión mayor, ansiedad e insomnio severo (González – Forteza, Berenzon y Jiménez, 1999). Con lo anterior es de tomar en cuenta que la existencia de un número mayor de señales de peligro y/o de factores de riesgo es directamente proporcional al aumento del riesgo suicida en los individuos. Finalmente la prevención de las conductas de riesgo en la adolescencia requiere un enfoque multidimensional. Ya que en lo referente a las distintas relaciones de los factores de riesgo entre sí y su impacto en la salud que se consideran como un fenómeno complejo, ya que dichos factores actúan en forma diferente según los individuos y bajo diversas circunstancias. Por lo que se puede mencionar que en la salud de los y las adolescentes, intervienen varios aspectos, lo mismo de naturaleza biológica, que de carácter ambiental, económico y social (Villatoro, Andrade y Fleiz

1997). El análisis así como la asociación de los factores psicosociales y estilos de vida desempeñan un papel relevante en el conjunto de causas que provocan conductas de riesgo y sobre todo si se trata de aquellas que han despertado un marcado interés para su estudio como es el caso del intento de suicidio, el cual ha sido reconocido como uno de los predictores del suicidio consumado en adolescentes.

El Suicidio

El suicidio no es algo novedoso, suicidas han existido en todas las épocas y el fenómeno ha sido considerado desde múltiples vertientes culturales y sociales.

En el códice Dresdensis se habla de la más extraña deidad en el cementerio Maya, y probablemente la única en las religiones del mundo, con referencia a la diosa Ixtab, la diosa del suicidio, la cual era representada por una figura femenina colgada del cuello y se dice que su oficio era el de ayudar a los suicidas a entrar al paraíso. (Ferdinand, 1970).



Diosa Ixtab.

Antiguamente el suicidio era socialmente considerado como una falta grave, un crimen contra el estado y algo que ameritaba la represalia y la vergüenza de la sociedad que, en ocasiones, se manifestaba mediante excomulgar o bien negar al individuo y el sacramento de los Santos Oleos, lo mismo que el sepelio en campo santo. Durante el siglo XIX y hasta mediados del XX los tratados y estudios de suicidio se centraron principalmente en la polémica mantenida entre los defensores de las causas sociales del suicidio, y los partidarios de explicarlo desde causas individuales, especialmente la enfermedad mental.

Shneidman (1976, p. 222) define el suicidio como “el acto humano consciente de aniquilación autoinducida, mejor comprendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que delimita un problema para el que el acto es percibido como la mejor solución”. Este autor, llama suicida a la persona que ha cometido, intentado y pensado en el suicidio.

Van Egmond y Diekstra (1989), hacen algunas diferencias, distinguen el parasuicidio como un tipo de conducta diferente al intento de suicidio. Para estos autores el parasuicidio supone un comportamiento autolesivo para el sujeto pero conscientemente no mortal, en tanto que el intento de suicidio es entendido como un suicidio fallido. Por otro lado en México se han realizado diversas aproximaciones teóricas y empíricas (García y Tapia 1990; González - Forteza et al. 1995; González-Forteza, Medina-Mora 1998; Sánchez, 2000; Terroba, Herman, Santigeral y Martínez 1996 y Villatoro et al. 1997) para definir y clasificar las conductas suicidas.

En este sentido se ha llegado a la conclusión, de acuerdo a estas aproximaciones, que el comportamiento autodestructivo puede ser directo (incluye generalmente ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) o indirecto (caracterizado por exponerse a un riesgo que compromete la vida sin intención directa de provocarse la muerte, generalmente de forma reiterada y a menudo inconscientemente, con consecuencias que, en última instancia, pueden ser autodestructivas). Ejemplos de este tipo indirecto de conducta suicida son: el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, el hábito de fumar, comer excesivamente, descuidar la propia salud; por mencionar sólo algunas conductas que involucran cualquier comportamiento que implica una amenaza a la existencia (González – Forteza, Mariño, Mondragón, Medina–Mora y Sánchez 2000). Los sistemas de clasificación provienen tanto de las teorías sociológicas, que tratan de explicar tanto los hallazgos epidemiológicos como los de la experiencia clínica

La conducta suicida se ha observado como un complejo, multideterminado que incluye factores que involucran al individuo tanto en el plano psicológico como social, por lo que algunas áreas de estudio han tratado de explicar este fenómeno desde su perspectiva.

El suicidio desde el ámbito sociológico.

La vertiente sociológica explica el suicidio como producto de o determinado por un conjunto de aspectos de la sociedad, sus estructuras y características. El representante más importante y clásico de esta orientación es Durkheim, cuya teoría ha influido y sigue influyendo en las diferentes representaciones que se han realizado y se realizan sobre el suicidio.

En su obra “el suicidio”, Durkheim (1974) aborda este tema desde una perspectiva etiológica, tomando como objeto de estudio la tasa de suicidios y no el suicidio individual y lo define: de la siguiente manera “como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima”.

El propósito de Durkheim fue investigar las condiciones de las que depende la tasa social de suicidio y no se centra en las condiciones que pueden intervenir en la génesis de cada suicidio en particular, ya que estas últimas no pueden explicar una tendencia de la sociedad como un todo hacia el suicidio. El autor analiza los diferentes factores que podían influir en la tasa de suicidios, opina que para cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio, y que esta tendencia depende de causas sociales. Partiendo de esta idea, clasifica los tipos de suicidio a partir de las causas que lo producen; habla de cuatro tipos de suicidio:

El suicidio egoísta lo ha llamado así, por el estado en el que se encuentra el yo cuando vive su vida personal y no obedece más que a sí mismo. Es consecuencia de la falta de integración social o de un egocentrismo excesivo. Es decir, el suicidio varía en razón directa al grado de desintegración de la sociedad (religiosa, doméstica y política) de que forman parte los individuos. “Si el lazo que liga al hombre con la vida se afloja, es porque el nexo que le une a la sociedad, se ha relajado”. Durkheim, menciona que este tipo de suicidio es el más frecuente en la sociedad.

El suicidio altruista se deriva de una integración social demasiado fuerte. Al contrario que el suicidio egoísta el yo no se pertenece, el polo de su conducta está

Situado fuera de él, en uno de los grupos de que forma parte. A esta modalidad se le puede denominar suicidio altruista obligatorio, porque no todos los suicidios altruistas lo son, puesto que hay otras formas de este. Uno de ellos puede ser el suicidio por no tener ningún apego a la vida, y a la menor indicación renuncian a ella. Este tipo de suicidio es frecuente en las sociedades más primitivas.

El suicidio anómico Se considera que aparece cuando la sociedad está perturbada por transformaciones demasiado repentinas, y no es capaz de ejercer su acción reguladora sobre la anomia (el término “anomia” suele aplicarse para designar carencia de normas dentro de una sociedad) y el individuo pierde los puntos de referencia. Es sabido que cuando se producen crisis económicas la cifra de suicidios aumenta de forma vertiginosa, pero cuando se produce lo contrario la cifra de suicidios no disminuye en la misma proporción. consecuentemente es el resultado de situaciones de perturbación del orden colectivo, en que las normas vigentes previamente han perdido su legitimidad y fuerza de cohesión y, las que aún no han sido remplazadas por otras alternativas.

El suicidio fatalista es el tipo de suicidio opuesto a suicidio anómico. Se deriva de una regulación social. Es decir como único medio de escapar de una situación de excesiva reglamentación social.

La teoría de Durkheim propone una explicación social de la tasa de suicidios. Dicha tasa está potenciada por una falta o exceso de integración y/o regulación en la sociedad, y es que el suicidio será más bien un síntoma de lo que está mal en una sociedad determinada: mayor será la tasa de suicidio cuando mayores sean las tensiones y el malestar en ella. Establece que cada sociedad tiene una actitud

para el suicidio y que es esta misma la que influye en mayor o menor grado en los individuos, los actos individuales son una prolongación del estado social, y en todas las sociedades, dice el autor, “se encuentra un número invariable de muertes voluntarias que se manifiesta en los tipos anteriores de suicidios mencionados y que no varía hasta que cambia el estado de la sociedad”.

Por otro lado admite que podría entenderse que ha de haber una predisposición individual pero explica que a su vez esta es fruto del medio social en el que viven los sujetos y que se asimila dentro de las consecuencias individuales.

En cuanto a las matizaciones conceptuales realizadas al planteamiento durkheimiano, además de la inclusión de factores individuales en la explicación del suicidio, el aspecto más discutido es el de “integración social”, es decir además de la incorporación de aspectos individuales al estudio del suicidio, los investigadores sociales han trabajado, con los objetivos de hacer de la integración social un aspecto medible, incluso apoyándose en la teoría de las redes sociales, y de adaptar el concepto a los avances teóricos.

Es indudable el aporte que a través del tiempo tanto las teorías sociológicas como psicológicas han reconocido la influencia de factores psicosociales, epidemiológicos, demográficos y económicos, en la asociación de conductas suicidas. De ahí la conveniencia de estudiar el suicidio desde una visión interdisciplinaria reconociendo que, como objeto de estudio, ésta problemática es compleja y dinámica que quedaría restringida si se abordara separadamente en cada disciplina.

Manifestaciones del impacto social del suicidio

A lo largo de la historia de la humanidad puede observarse la difusión del fenómeno del suicidio. Este es realizado por hombres y mujeres sin distinción de clase social, provenientes de ámbitos tan dispares como el artístico, musical, político, empresarial. Basta con recordar aquellos famosos como Van Gogh, Angenta, Larra, Hemingway, Fassbinder, Pavese, Alfonsina Storni.

El suicidio ha sido un tema escogido por muchos autores de diversas épocas, dando lugar a obras maestras de la literatura universal. Durante algún tiempo se corrió el rumor de que muchos suicidios eran debidos a la lectura de novelas o historias sentimentales románticas tales como el libro *“Los sufrimientos del Joven Werther”* de Goethe, obra que durante el romanticismo fue considerada como la principal responsable de epidemias entre los suicidios románticos. O bien, si se

recuerda los suicidios por honor y, sobre todo por amor, ya elogiados en la antigüedad por Virgilio se hacen frecuentes al estilo de *Otelo* o de *Romeo y Julieta* de Shakespeare; o al de la *Celestina* (Calixto y Melibea), de Fernando De Rojas.

Otro aspecto fundamental que se ha visto estrechamente asociado a la conducta suicida es precisamente el efecto de los medios masivos de comunicación, al punto de que suicidios reales o ficticios divulgados masivamente se han asociado con “oleadas” de suicidios; de acuerdo con análisis epidemiológicos, Furlong y Cartmel (1997), en González-Forteza et al. (2000), puntualizan que los medios masivos de comunicación y de “entretenimiento”, así como el uso del tiempo libre y el estilo de vida de cada subcultura adolescente, van conformado lo que en ocasiones se ha definido como una sociedad de riesgo, debido a los numerosos cambios en períodos de tiempo muy breves.

De hecho, esta creciente incertidumbre puede ser una fuente potencial de estrés y vulnerabilidad, que se manifiesta en la disminución del bienestar emocional.

Por su parte Barraclough et al. 1977, en Soto y Hernández (1996, p. 48), advierten que tanto los intentos como los suicidios consumados aumentan por poco tiempo, después de la publicidad dada a los de gente famosa, y con el término de “contagio del suicidio”, sugiere que los artículos periodísticos, así como la televisión y el cine, pueden dar lugar a un incremento en la conducta imitativa en la población. Este autor menciona tres factores de riesgo en la publicidad de los Actos suicidas;

Difusión publicitaria, el tratamiento publicitario del suicidio no está regulado y debería existir una orientación ética y temática por especialistas para el tratamiento publicitario del fenómeno hacia los medios. Por tanto, cualquier noticia referente al tema es usada indiscriminadamente, tan sólo basta con leer las notas en los periódicos y revistas en las cuales se exhibe a quien intentó suicidarse o bien, se suicidó, además es de tomar en cuenta el impacto psicológico, emocional y social que representa no sólo para él o la persona que intentó el acto, sino también para su familia o grupo cercano de amistades.

Modelo (famosos): sumando el factor anterior, se sabe que la difusión “romantizada” de estos sucesos y particularmente cuando lo protagonizan ídolos juveniles, trae una inmediata réplica en los receptores, es decir aquellos actos, canciones, escritos o declaraciones, dejan marcadamente instalado un temor de lo incalculable de sus efectos; por ejemplo:

“Admiro a la gente que se autodestruye y eso no es un comentario novedoso para mí.

Están tomando control, se rehúsan a continuar con la infelicidad, lo cual demuestra una tremenda voluntad” (Morrissey, cantante inglés. Autodenominado el Cantona del Pop, este nombre se atribuye en relación a que constantemente el cantante hacía referencia y se atrevía a identificar la personalidad o inclinación de uno de los jugadores mejores y más polémicos de su tiempo, el futbolista francés Eric Cantona). (Barraclough et al. 1977, en Soto y Hernández 1996)

Por otro lado existen las declaraciones de Kurt Cobain, líder de la banda de rock, Nirvana. Que se suicidó en 1994. *“Ya no tengo la pasión de entonces. Recuerda que es mejor vivir intensamente que envejecer hasta que la muerte te alcance”.*

Grupos susceptibles: En relación con este último factor de riesgo publicitario, los especialistas señalan que además de la “romantización” y la difusión indiscriminada, éstos actos afectan fundamentalmente a los grupos sociales proclives a la imitación y que además se encuentran en situaciones de riesgo.

Se conoce que existe una fuerte influencia de los medios de comunicación (Furlong y Cartmel 1997, en González-Forteza et al. 2000), la denominada “*cultura de masas*” en cuanto al impacto que tiene el suicidio en los y las adolescentes, este grupo está más expuesto a los efectos dramáticos de un suicidio y la recepción que tienen respecto a los mensajes y propuestas que circulan en su entorno inmediato y global. Por otro lado, el manejo indiscriminado que suelen hacer los medios de comunicación masivos de muchas temáticas y modelos que son consumidos como cualquier tipo de información en nuestras sociedades, han tenido un impacto social y sin duda alguna, han generado un efecto de cierto

Descontrol no sólo en el tema del suicidio, sino en otros aspectos de salud física y mental en esta población.

Finalmente los intentos de suicidio como los suicidios consumados en adolescentes son objeto de una atención especial por los medios de comunicación, lo cual ha producido un enorme impacto en la opinión pública que tiende a buscar un culpable en la escuela, la familia o la sociedad.

Vulnerabilidad a la conducta suicida en los(as) adolescentes.

De acuerdo a un reciente informe elaborado por Organización Mundial de la Salud (Who.Suicide Prevención. www.who.int), en el año 2000 habrán fallecido aproximadamente un millón de personas por suicidio. El informe señala que en los últimos 45 años la tasa de suicidio a nivel mundial se ha incrementado en un 60% ubicándose como la tercera causa de muerte entre los 15 y los 44 años de edad. Estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que se estima que son 20 veces mayores que las del suicidio consumado. Aunque tradicionalmente las tasas más altas de suicidio se han dado en las personas de mayor edad, la mortalidad entre los jóvenes ha ido aumentando hasta tal punto que en un tercio de los países se les considera el grupo de mayor riesgo; esto sucede tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Los suicidios suponen la segunda causa de muerte entre los hombres jóvenes (entre los 15 y 24 años) después de los accidentes de tráfico, y entre las jóvenes es la tercera después de los accidentes de tráfico y el cáncer. Por otro lado diversos estudios epidemiológicos confirman que durante el último siglo se han producido dos picos de suicidio en jóvenes, el primero alrededor de 1910, y el segundo en los años ochenta (Bobes, González y Sáiz 1997).

Blumenthal (1990), establece algunos factores determinantes del notable incremento, en las muertes por suicidio en jóvenes norteamericanos observado en la década de 1980. Estos factores son los siguientes:

1. Aumento de la incidencia y prevalencia de los factores psiquiátricos asociados al suicidio juvenil, especialmente depresión, trastornos de conducta y abuso de sustancias tóxicas.
2. Aumento del número de jóvenes con una mayor competitividad e incremento de las dificultades para encontrar un trabajo con la consiguiente desesperanza y frustración vocacional.
3. Aumento del estrés.
4. Aumento del comportamiento violento en general, con un fácil acceso a las armas de fuego.

El suicidio consumado y las tentativas de suicidio son la vía final común para muchos problemas del adolescente, se trata de actos autodestructivos extraordinariamente complejos que pueden manifestar diversos factores motivacionales que dificultan la comprensión de sus causas. Gould (1965) establece la siguiente clasificación de las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia:

1. Suicidio motivado por el deseo de conseguir apoyo y fuerza a través de unirse a un poderoso objeto amado.
2. La muerte como evitación del abandono o amenaza de abandono.
3. Conducta suicida como manipulación para obtener el amor o la atención y castigar al otro.
4. Búsqueda de la redención de los pecados por la muerte.

5. Autoasesinato. Cuando la rabia hacia otro es de gran intensidad y por alguna razón no puede expresarse, puede volverse hacia uno mismo y representar de forma simbólica el asesinato del otro.
6. Suicidio por desintegración de la personalidad, en el curso de un proceso psicótico activo.
7. Un último grito de ayuda. Una tentativa de suicidio puede ser una señal de socorro enviada de modo difuso y al azar con la esperanza de que alguien la recoja.

Granados (1985), subraya la tendencia “*del paso al acto*” junto a la negación, como características de las conductas suicidas de la adolescencia. Para este autor el adolescente suicida busca la supervivencia, el renacimiento, de forma que coquetea con la muerte en un manejo que tiene mucho de actividad mágica y de control omnipotente.

Para Pfeffer (1985), la desesperanza, las vivencias de inutilidad, la concepción temporal y agradable de la muerte, el deseo y la preocupación por ésta, se correlacionan con el riesgo de conducta suicida en los adolescentes. Para este investigador, los rasgos de personalidad más frecuentes de los adolescentes suicidas son: hostilidad, rabia, bajo nivel de tolerancia ante situaciones frustrantes y la conducta impulsiva.

Eisenberg (1980), refiere que los suicidios impulsivos son más frecuentes durante la adolescencia que en otras etapas de la vida, este carácter impulsivo de los suicidios en los adolescentes también ha sido observado por otros investigadores (Shaffer, Garland y Gould, 1988; Hoberman y Garfinkel, 1988), quienes encuentran una proporción de suicidios consumados de tipo impulsivo frente a los

planeados de 4:1. La impulsividad del adolescente muestra tener un nivel de alto riesgo al suicidio, cuando se encuentran presentes estados emocionales como la depresión y la ansiedad (Corruble, Damy y Guelfi, 1999; Conner, Duberstein, Conwell y Caine, 2001; Fawcett, 2001 y Lejoyeux, Arbaretaz, McLoughlin y Adés, 2002).

Un aspecto relevante en las conductas suicidas de los y las adolescentes es la imitación. Dolto, 1998; González-Forteza, Ramos y Lastra, 1993; Steede & Range, 1989, consideran que las epidemias de suicidio cumplen criterios de conductas “contagiosas”, existiendo numerosos datos que apoyan la influencia de las noticias reales acerca del suicidio sobre sus tasas y la imitación obedecería a un mecanismo multideterminado en el que interactúan las características del individuo, el estímulo y el ambiente.

Finalmente las definiciones clásicas sobre intento de suicidio hacen hincapié en que es un acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida (Durkheim 1974), no siempre es este propósito el que subyace y motiva a un intento suicida. Ello se debe a que alguien se puede autoinfligir una lesión no para morir, sino para lo que en el campo de clínica se denomina “obtener ganancias secundarias”, como “llamar la atención” a modo de “grito de ayuda” cuando así lo considera una persona, o para “manipular” (Hunrry 2000) sin embargo, también puede ser una forma para “castigar” a otras personas como los padres o al novio(a). Sea que el propósito voluntario y consciente sea matarse o no, el punto es que la persona se pone en riesgo, dado que puede morir aun sin habérselo propuesto; y también sucede lo contrario, esto es, que no muere, aun deseando hacerlo.

Es importante destacar con lo ya expuesto la relevancia que tiene el abordar el estudio de las conductas suicidas en la adolescencia, ya que se han identificado varias etapas en el proceso suicida que van desde la ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y suicidio consumado. Al respecto cabe enfatizar que por un lado estas etapas pueden o no ser secuenciales: puede haber casos en que se pase por todas las etapas para llegar a ejecutar la propia muerte o casos en que el suicidio se complete sin preámbulos, por otro lado pasar por una o varias etapas no significa que tenga que pasar por las demás: por ejemplo, presentar ideación suicida en un momento de la vida, no implica que forzosamente se vaya a pasar al acto suicida.

Finalmente con lo antes expuesto conviene aclarar que cada una de las etapas, y más aún en su conjunto, conllevan un monto considerable de riesgo a la salud, por lo que es importante prestarles atención. Sea cual fuere la causa que, consciente o inconscientemente motive a los(as) adolescentes a intentar suicidarse, ya que en realidad no existe un control absoluto del método suicida que garantice morir o sobrevivir al intento sin secuelas físicas y/o emocionales; es decir que no se puede prever con absoluta certeza la letalidad del intento, ya que hay quienes han muerto habiendo querido quedar vivos tras el intento suicida, y hay quienes han sobrevivido al intento, aún teniendo una franca convicción de morir, por lo que pueden volver a intentarlo. Por lo tanto sin duda alguna, el mejor indicador de riesgo suicida es el intento de suicidio.

Tal afirmación se confirma con diversos estudios (González-Forteza, Ramos, Mariño, y Pérez 2002; Rotheram 1993; Terrones, Salvador, Lechuga 2000) que refieren que los adolescentes con conductas suicidas sufren una elevada morbilidad y mortalidad a mediano y largo plazo, ya que quienes han intentado suicidarse una vez, es probable que lo intenten de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales o importantes derivadas de los actos frustrados. De hecho en los últimos años en el área de investigación sobre adolescencia se ha mostrado un mayor interés por incorporar el contexto social que rodea al adolescente enfocándose más en el estudio de la familia, la escuela, los amigos, y el trabajo.

La Familia como factor determinante en el desarrollo integral del y la adolescente

La familia se considera como uno de los principales factores protectores cuando funciona en forma adecuada. Históricamente la familia representa el primer grupo de referencia para el ser humano y está inserta en diferentes ámbitos; en los marcos de cualquier nación, estado o clase social, constituye el medio de socialización más próximo y primario del individuo. Es en el seno familiar en donde se aprenden aspectos de las relaciones que son parte de la cultura o subcultura de la cual esta familia es parte reproductora y, en ocasiones, transformadora (Fernández y Ehrenfeld 2002). La familia es un sistema abierto, compuesto de varios elementos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución. De acuerdo con Herrera (1997), el concepto de una familia funcional, vista desde la dimensión

social es aquella en la cual cada uno de sus miembros funciona positivamente en el aspecto biológico, psicológico y social.

Tomando como referencia lo antes expuesto la estructura familiar entonces es un conjunto invisible de demandas funcionales de índole social y cultural, que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia indicando a los miembros cómo deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento y que en determinadas épocas de la vida sus miembros se involucran entre sí de manera estrecha y en ciertos casos abrumadora.

Desde una perspectiva sistémica (Combrinck 1991), la adolescencia es una cuestión de familia. Se ha propuesto la teoría de que las familias con hijos adolescentes atraviesan por un período de desarrollo, “que el sistema familiar se abre y las familias se desensamblan”. Según Blos (1981), hay un desprendimiento de las dependencias infantiles de la familia en busca de un medio social más amplio el ambiente del niño y el niño mismo se vuelven más complejos a medida que pasan los años y encuentran un mundo, en permanente expansión, de fuerzas interactuantes que se provocan, rechazan y neutralizan mutuamente.

El enfoque familiar es de particular importancia en la salud, el bienestar y el desarrollo del adolescente, debido a la fuerte influencia positiva que una familia funcional, tiene cuya característica principal es el promover un desarrollo favorable de la salud en todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

La fuerte influencia negativa que una familia disfuncional (cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte o se confunde la jerarquía con el autoritarismo, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros o existe el incumplimiento de sus funciones básicas) tiene sobre la salud integral, presente y futura del adolescente (Herrera, 1997).

Parsons citado por Haro y Denman (1994, p. 27) opina “que la familia contemporánea sólo ejerce dos funciones fundamentales e irreductibles: la socialización primaria de los niños y la estabilización de las personalidades adultas de la población”. Desde el punto de vista sociológico Wenz, (1979) citado por Villardón, (1993, p. 41), advierte que se ha comprobado que “la anomia familiar ayuda a explicar el comportamiento maladaptativo de los sujetos, entre el que se encuentra el autodestructivo, como una posible forma, aunque extrema, de reaccionar a dicha anomia”. Por otro lado es importante tomar en cuenta el involucramiento de aspectos multifactoriales que den cuenta de la conducta, personalidad y cambios que experimenta el adolescente en su contexto psicosocial. En este caso la familia se ha constituido como uno de los factores tanto protectores como de riesgo más importantes en cuanto al suicidio adolescente.

Emerich (1988), menciona que durante sus investigaciones ha ido comprobando a través de las entrevistas familiares que existen evidentes datos clínicos en los cuales el suicidio es un evento psicosocial, y que la autodestrucción o el acto autodestructivo es necesario para que la familia mantenga sus patrones específicos de relación, como el presentar rigidez en sus roles.

Otros investigadores (González–Forteza et al., 1999 y Villatoro et al. ,1997), han reportado que los adolescentes suicidas tienen malas relaciones con sus padres y conflictos familiares que impiden que se establezcan las relaciones y los modelos propicios que le permitirían al joven enfrentar los problemas y tensiones asociadas con esta etapa.

Es importante mencionar que principalmente la familia, esta íntimamente ligada a la estabilidad emocional de cualquier ser humano y es por ello que en el estudio del intento de suicidio, merece particular atención, ya que ésta es vista como una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales sobre todo en esta epata de la vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El tema del suicidio se ha presentado a través de la historia cargado de diversos significados y asociado a crisis de valores. La ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado se señalan como parte de la conducta suicida por etapas y que en la actualidad el intento de suicidio y suicidio consumado son algunos de los fenómenos que presentan un alto porcentaje entre los adolescentes y jóvenes.

En la República Mexicana los estados que reportaron más intentos de suicidio en el año 2000 fueron: Yucatán, Durango, Nuevo León y Coahuila; mientras que los estados que refieren más de 100 suicidios en el transcurso de este mismo año fueron: Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Veracruz, y Yucatán (INEGI, 2001b).

En México durante el año 2000, se registró la ocurrencia de 429 *intentos de suicidio* en el ámbito nacional de los cuáles 43.8% fue realizado por hombres y 56.2% por mujeres.

Casi cinco de cada diez personas que intentaron suicidarse contaban con una edad menor de 24 años. Quienes tenían entre 15 y 19 años representaron 22% del total. Al examinar los *intentos de suicidio* por sexo, en el grupo que intentó suicidarse (entre 15 y 29 años) se observa que 56 de cada 100 intentos corresponden a mujeres y 44 a hombres (INEGI 2001b).

En el estado de Durango durante el año 2000 se registraron un total de 63 suicidios consumados y 81 intentos de suicidio. En la ciudad de Durango en adolescentes de 15 a 19 años de edad se registraron 7 suicidios, 5 consumados por hombres y 2 por mujeres y 25 intentos de suicidio, 7 llevados a cabo por hombres y 18 por mujeres (INEGI, 2001a). Sobre este panorama epidemiológico cabe destacar que los hombres se suicidan más que las mujeres y las mujeres intentan el suicidio con más frecuencia que los hombres. Por lo que en esta ciudad se desconocen los motivos que han llevado a los(as) adolescentes a intentar suicidarse, así como a consumir el suicidio.

Estudios hechos en México (González–Forteza et al., 1999), refieren que el principal factor de riesgo en los hombres es el ambiente familiar conflictivo y en las mujeres lo son además del ambiente familiar disfuncional, el sentirse en desventaja con su grupo de pares, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con los padres y el preferir aislarse en situaciones problemáticas.

Otros trabajos (González-Forteza et al., 1995; González–Forteza et al., 1998; González–Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina–Mora, Fleiz, Bermúdez y Amador

2003) han encontrado que el intento de suicidio se incrementa cuando hay antecedentes de abuso psicológico, negligencia, maltrato físico y sexual, estrés postraumático, baja autoestima, depresión y carencia de apoyo social.

De acuerdo a los antecedentes anteriores, en la ciudad de Durango se plantea la necesidad de realizar estudios que aporten conocimiento sobre la conducta suicida en la población escolar adolescente duranguense. Por lo que se requiere que sea abordado desde un enfoque multidisciplinario, donde se incluya de manera directa a los aspectos familiares y sociales que predispongan o influyan en los(as) adolescentes duranguenses a intentar suicidarse.

El planteamiento de preguntas relacionadas a identificar el entorno familiar, individual y emocional del adolescente, el indagar ciertos atributos individuales tanto psicológicos como sociales que se desconocen en esta población. Así como identificar los principales factores de riesgo que influyen en el intento de suicidio, los motivos y los métodos empleados por esta población, permitirán dar respuestas iniciales a este complejo problema de salud en la ciudad de Durango y serán de mucha utilidad para implementar estrategias tanto de atención oportuna como de prevención.

Los resultados de algunos trabajos consultados, presentan una visión general de la conducta suicida, mostrando que este problema está presente de manera importante en la población adolescente mexicana. En lo que respecta a la ciudad de Durango existen pocos estudios (Terrones, Salvador y Lechuga, 2000, 2001) realizados con esta temática y enfocados a esta población. Se desconoce cuales son las características motivan o predisponen al adolescente a intentar suicidarse,

así como los métodos empleados y las razones expuestas para intentar o cometer este tipo de conductas denominadas autodestructivas.

Por otro lado se ignoran las características de la estructura y la dinámica familiar de los y las adolescentes duranguenses que han sobrevivido al intento de suicidio, desconociéndose el impacto que tienen estos eventos provocados por conductas autodestructivas tanto en el plano individual (en los sobrevivientes), familiar y/o social, como en las distintas dimensiones; biológicas, psicológica y afectiva.

En este sentido considerar el indicador de daño a la salud denominado años de vida potencialmente perdidos (registra los datos de mortalidad prematura, que consiste en restar los años de vida de la persona que murió, al promedio de expectativa de vida que tenga ese mismo grupo de edad), es importante, ya que las estadísticas sobre intentos de suicidio de los y las adolescentes en Durango señalan lo prioritario que es atender esta problemática principalmente en la población estudiantil, aún cuando pareciera que fuera un sector protegido de presentar conductas de riesgo.

El investigar el intento de suicidio en población adolescente de la ciudad de Durango, se justifica debido a que esto permitirá: conocer la prevalencia del problema e identificar los factores de riesgo más importantes. Con la información anterior se podrán implementar mejores servicios en las diversas áreas de salud, así como en las instituciones educativas que incluyan el desarrollo de programas para fomentar la salud emocional de los y las adolescentes.

Este trabajo forma parte del proyecto: "Prevalencia de ideación suicida e identificación de sus condicionantes psicosociales en adolescentes de la ciudad de Durango". Aprobado por el Sistema de Investigación Francisco Villa (Sivilla-Conacyt) Clave: 20000403009. En colaboración con la Secretaría de Educación Pública (SEP), El

Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango (IIC-UJED) y la Unidad de Psicología Clínica y Psicoterapia del Hospital General de la Secretaría de Salud en la ciudad de Durango.

OBJETIVO GENERAL

Analizar y comparar la estructura y dinámica familiar, así como algunos de los principales factores de riesgo asociados con el intento suicida, en estudiantes de educación media superior en la zona urbana de la ciudad de Durango que refieran haber intentado suicidarse en una ocasión o más, con aquellos que no intentaron este acto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la prevalencia de intento de suicidio en la población adolescente estudiante de 15 a 19 años de la zona urbana del Municipio de Durango.
- Identificar las características demográficas y psicosociales de la población estudiada.
- Comparar la dinámica y estructura familiar, así como aquellos factores de riesgo asociados al intento de suicidio.
- Analizar las características familiares e individuales asociadas al estado emocional de los y las adolescentes, por sexo, así como por grupo con y sin intento de suicidio y conocer la frecuencia de riesgo.

METODOLOGÍA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Se llevó a cabo una encuesta comparativa de tipo Observacional, prospectiva, transversal, comparativa (Méndez, Namihira, Moreno, Sosa de Martínez 1996). Ya que en los estudios poblacionales las encuestas representan instrumentos metodológicos de mucha utilidad, existen dos tipos de

encuestas: las descriptivas y las comparativas, las primeras se aplican principalmente donde se quiere describir la situación de un sólo grupo de estudio en un momento determinado, de acuerdo con algunas variables de interés. No se tiene una hipótesis central, aunque el estudio puede servir para sugerir hipótesis que se contrasten después. En las encuestas comparativas se seleccionan dos o más grupos en relación a una característica de interés de acuerdo con los objetivos del estudio, que permita evaluar el comportamiento de las otras variables en función de esta característica diferencial (por ejemplo la comparación entre sexos o entre individuos de localidad urbana y rural).

La utilidad de las encuestas comparativas es que permite establecer aproximaciones más precisas a la medición de los factores de riesgo referentes a problemas específicos. Este tipo de encuestas pueden ser: observacionales y de intervención, en las primeras únicamente se registran y miden las variables de interés; en las segundas el investigador aplica una intervención a uno de los grupos (por ejemplo: informativa, educativa) con el propósito de evaluar el impacto de la misma (Méndez, Namihira, Moreno, Sosa de Martínez 1996).

En un estudio de carácter transversal el investigador lleva a cabo todas las mediciones u observaciones en una sola ocasión, además este tipo de diseño es útil para proporcionar información descriptiva sobre la prevalencia de una enfermedad o de un factor de riesgo y sus correlaciones, o longitudinal donde se llevan a cabo dos o más mediciones (es decir seguimiento) de la investigación, así como su naturaleza prospectiva (información que genera el investigador) o retrospectiva (información existente en expedientes o archivos) son las que

permiten el incremento o disminución del poder explicativo de este tipo de encuestas. (Newman, Browner, Cummings, y Hulley 1993).

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La muestra se seleccionó con base en los registros de la Secretaría de Educación Pública. Estuvo constituida por sujetos de 15 a 19 años de edad, residentes de la ciudad de Durango, que asistían a escuelas tanto públicas como privadas de enseñanza media superior con reconocimiento oficial. Quedando un total de 626 adolescentes.

EL TIPO DE MUESTREO fue probabilístico, estratificado (tipo de escuela: preparatorias públicas y privadas); bietápico (primera etapa en las escuelas, y segunda en los salones de clase), y por conglomerados.

ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se acudió a la Secretaría de Educación Pública, para solicitar información referente a las instituciones educativas de nivel medio superior y obtener los listados de escuelas tanto públicas como privadas pertenecientes a la zona urbana de la ciudad. La elección de las escuelas de los diferentes conglomerados fue de manera aleatoria, estratificando el nivel socioeconómico alto, medio y bajo, de acuerdo con las zonas catastrales, definidas en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado (1991).

Para estimar el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula convencional sugerida para estudios descriptivos (encuestas) tomada de “La propuesta de Investigación y el Muestreo”. Instituto de Investigación Científica, (1997).

Fórmula:

$$n = Z^2 (p) (q) / d^2$$

Sustituyendo:

$$n = (1.96)^2 (0.2)(0.8) / (.05)^2 = 0.6146 / 0.05^2 = 245$$

$$n = (1.96)^2 (0.4)(0.6) / (0.05)^2 = 0.9219 / 0.05^2 = 368$$

Donde:

n = Número de unidades en la muestra

Z = Nivel de significancia (95%)

p = Proporción de la población o prevalencia de intento de suicidio en el género masculino 0.2 y en el femenino 0.4

q = 1-p = 0.5

d² = Nivel de Precisión (qué tan cerca del valor de interés se desea que esté la estimación del fenómeno que se medirá) el valor adoptado fue de 0.05²

Esta fórmula es la sugerida para estudios de encuesta que consideren estimaciones probabilísticas (Sales y Orozco 1994).

La estimación muestral se realizó considerando la prevalencia referida por algunos autores (Híjar et al., 1996; García 1990; González–Forteza et al., 1998; González–Forteza et al., 1999; González–Forteza et al., 2002; INEGI/SSA 2001) para el intento de suicidio, como el sexo representó una variable de interés se calculó por separado el tamaño de muestra para hombres y mujeres.

Se consideró una prevalencia de 20% para hombres y 40% para mujeres, estimándose el doble de prevalencia de acuerdo al sexo. Se seleccionaron 6 escuelas del sistema público y 2 pertenecientes al privado, la selección de las escuelas privadas se realizó independientemente de la zona catastral donde

estuviera ubicada la escuela. Una vez identificados los planteles educativos participantes en la encuesta, se seleccionó de manera aleatoria el mismo número de alumno(as) participantes por grado

Criterios de inclusión

- Estudiantes que se ubican en el rango de 15 a 19 años de edad.
- Que estuvieran inscritos en cualquier semestre de educación media superior tanto de escuelas públicas como privadas, pertenecientes a la zona urbana.
- Que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio

DESCRIPCIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

1.- SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad: Expresada en años cumplidos al momento de la encuesta

Sexo: Hombre o mujer

Estado civil: Situación actual de unión o matrimonio

Escolaridad: Grado que cursa

Tipo de escuela: Pública o Privada.

Religión : A la que dijo pertenecer

Familia: La constituyó el grupo familiar y los elementos que la conforman, sean integrantes de la familia consanguínea o política.

Nuclear: compuesta sólo por los padres e hijos

Extensa: formada por abuelos, padres, hijos, tíos(as) y primos(as)

Uniparental: formada por un solo progenitor y el/los hijo (as)

Reconstruida: integrada por dos familias monoparentales

Fragmentada: Compuesta por uno o varios miembros que pueden o no tener vínculos de parentesco, pero que son considerados por los(as) adolescentes como miembros de la familia.

2.-SOCIALES

Estructura familiar: Miembros que conformaron la familia y sus relaciones de parentesco.

Dinámica familiar: Sistema de intercambio en las interacciones familiares. Específicamente los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí.

Percepción del ambiente familiar: Como percibe el o la adolescente la relación, comunicación y los afectos en el ambiente familiar

Antecedentes de intento de suicidio de cualquier miembro de la familia: Conocimiento del o la adolescente sobre algún antecedente de intento de suicidio por rama paterna y/o materna.

Método empleado: Forma e instrumentación de llevar a cabo el suicidio.

Alternativas de atención: Opciones de atención a la salud a la que recurrió el adolescente o fue llevado por su familia, la única o última vez que intentó suicidarse.

Comunicación de la intención al suicidio: Referencia verbal de la intención del suicidio a alguna persona.

3- PSICOLOGICAS

Impulsividad: Presencia de actitudes irreflexivas en diversos rangos de manifestación.

Depresión: Haber referido depresión de 0 a 7 días de la semana anterior a la aplicación del cuestionario.

Incomprensión y Rechazo: Sentimientos que percibe el o la adolescente en relación con sus padres.

Soledad: Expresar sentirse solo aún cuando se encuentre con otras personas.

Fuerte deseo de marcharse de casa: Sentimiento de huida del medio ambiente familiar.

Intento de suicidio: Acción declarada de haber intentado el suicidio en una o varias ocasiones.

Razones expuestas: Motivación referida al *Raptus suicidae*

INSTRUMENTO

El Instrumento de Ideación suicida en Adolescentes Durango (IDA-DGO) consta de 170 reactivos, en formato autoaplicable, la mayoría de las preguntas incluyen opciones de respuesta, algunas otras se diseñaron para ser contestadas en formato abierto. El cuestionario fue piloteado en una primera fase para adecuar su contenido y llegar a establecer su versión final.

El IDA-DGO está integrado por varios instrumentos de evaluación, aunque para el propósito de este trabajo, se seleccionaron 29 preguntas que incluyen las características sociodemográficas, los reactivos relacionados con la estructura y la dinámica familiar; la escala de impulsividad que consta de cinco reactivos,

orientados a conocer aspectos relacionados con los impulsos o arrebatos de los adolescentes.

El malestar depresivo esta variable se evaluó con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos: CES-D (Radloff, 1977), la cual consta de 20 reactivos para recabar información acerca de los principales componentes de sintomatología depresiva: ánimo negativo, síntomas somáticos, retardo psicomotor y problemas en las relaciones interpersonales, presentes en la semana anterior a la aplicación de la encuesta. En el presente trabajo se consideró solo un reactivo como indicador de malestar depresivo, “Me sentí deprimido (a)” el cual se agrupo en tres categorías: Nunca, 1 a 2 días de la semana previa a la aplicación del cuestionario y de 3 a 7 días a la semana previa a la aplicación del cuestionario.

Al indagar acerca del intento suicida y sus características en los(as) adolescentes duranguenses, se aplicaron indicadores evaluados previamente con adolescentes mexicanos de otros contextos (González-Forteza, Berenzon, Tello, Facio y Medina-Mora 1998; González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez 1998), con la finalidad de conocer ocurrencia del intento, el número de veces en la vida, la edad del único o último intento, los motivos, a quien se lo comentaron y los métodos empleados este fin.

Al final de cada cuestionario, se incluyó una hoja desprendible con datos de diferentes centros de atención para problemas emocionales de los/las adolescente, a fin de que se quedaran con ella, y quién tuviese la necesidad o inquietud acudiera a estos centros de atención con el personal indicado. Todos(as)

decidieron quedarse con esta hoja desprendible. El tiempo aproximado de la aplicación por grupo fue de 45 min.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS Y UNIFORMIDAD EN LA APLICACIÓN

Se estableció el contacto con el personal encargado de la supervisión de las escuelas del nivel medio superior de la Secretaría de Educación Pública, para obtener el nombre de la escuela, dirección, teléfono y nombre del director (a) de cada institución. Una vez elegidas las escuelas que formaron parte de la muestra, se acudió con el director de cada escuela o persona encargada, para plantearle el proyecto y pedirles su apoyo en la autorización y organización para realizar la aplicación del cuestionario.

Para llevar a cabo el levantamiento de los datos de este estudio, fue necesario contar con personal capacitado, el equipo de trabajo se integró por tres investigadores del Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango con experiencia en aplicación de cuestionarios en el contexto escolar, una Lic. En enfermería y tres pasantes de la escuela de Psicología de la misma Universidad.

La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en el período de septiembre-noviembre del 2001, de la siguiente manera:

Se presentaron con cada grupo de estudiantes, el personal encargado de aplicar el instrumento, se les invitó a participar, dándoles información acerca del contenido del cuestionario y formato de llenado, haciendo hincapié en la

participación voluntaria, garantizándoles confidencialidad y anonimato en el manejo de la información. Todos los estudiantes aceptaron participar en este proyecto voluntariamente y con muy buena disposición.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el manejo de la información se diseñó una base de datos mixta, y para la captura se utilizó el paquete Epi Info versión 5.0. Después de recodificar y verificar la consistencia interna de la base, con el apoyo del paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) en su versión 10, a partir de variables simples se crearon escalas e índices como a continuación se describe:

Impulsividad: El formato de respuesta es de tipo Likert: desde 1= nunca hasta 4= con mucha frecuencia; de manera que un mayor puntaje significa conductas altamente riesgosas. Con la suma del puntaje de cada uno de los cinco reactivos se obtuvieron tres niveles de impulsividad: 5 a 7= bajo, 8 a 10= media y de 11 a 20= alta. En el cuadro 8 y 9 se presentan los resultados obtenidos al analizar los niveles de impulsividad baja y alta.

Malestar Depresivo: El formato de respuesta fue de tipo Likert: 0= ningún día de la semana pasada, 1= 1-2 días, 2= 3-4 días y 3= 5-7 días de la semana previa a la aplicación. De modo que, a mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva. Esta escala ha demostrado ser confiable de acuerdo con los resultados obtenidos en estudios con estudiantes mexicanos (González - Forteza et, al 1996; Mariño, Medina-Mora, Chaparro, y González-Forteza,1993). En el presente trabajo se consideró solo un reactivo como indicador de malestar depresivo, “Me sentí deprimido (a)” el cual se agrupó en tres categorías: Nunca, 1 a 2 días de la

semana previa a la aplicación del cuestionario y de 3 a 7 días a la semana previa a la aplicación del cuestionario. En el cuadro 8 y 9 se presentan los resultados del análisis que se hace en las categorías de depresión extremas (nunca y de 3 a 7 días a la semana anterior a la aplicación del cuestionario).

Intento Suicida: Se utilizaron indicadores validados en estudios anteriores con adolescentes mexicanos. Por González, et al. 1998. Estos indagan si lo intentó, el número de veces que lo hizo en su vida; la edad que tenía la única o última vez que lo intentó; el método utilizado y el motivo.

Las categorías de análisis para detectar la frecuencia con la que intentó suicidarse alguna vez en la vida fueron las siguientes:

- *Intento Suicida Definido*, que se refiere al registro afirmativo a la pregunta “¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?”. Además se registraron las respuestas consecuentes: edad del único o último intento, principal motivo y método utilizado, e indicadores de gravedad.
- *Intento Suicida Probable*, que se refiere también al reporte afirmativo a la pregunta señalada arriba, pero no registró alguna(s) de las preguntas siguientes; o bien, registró en el indicador de método sólo la *intención* de tratar de quitarse la vida, pero no lo llevó a cabo; p.ej.: “Me iba a tomar unas pastillas”, “Me quería cortar”, etc.
- *Sin Intento Suicida:* Se refiere al registro negativo a la pregunta mencionada.

El procedimiento que se utilizó para determinar la categoría a la que corresponden los motivos que el/la adolescente refiere para intentar quitarse la vida se determinó de la siguiente manera: Se ofrecieron un total de diez respuestas que exploran lo mismo situaciones personales estresantes que cuestiones familiares y afectivas (ver anexo, pregunta 27), obteniéndose 49 combinaciones diferentes, a partir de estos resultados se procedió a reclasificar para conformar las siguientes categorías: 1.-Estrés, Pérdida, Desesperanza, 2.- Manipulación, 3.- Dificultad en el control de impulsos y 4.- Motivo provocado por un ideal, actividad mágica y control omnipotente. Estas categorías están descritas y sustentadas en el apartado de este trabajo titulado Vulnerabilidad de los adolescentes ante el suicidio.

ANÁLISIS UNIVARIADO

Para el resumen de las variables cualitativas se utilizaron tablas de frecuencia y para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión.

ANÁLISIS BIVARIADO

En esta etapa del análisis se utilizó el paquete estadístico, Statistic/Data Analysis (STATA) en su versión 7.0. Se establecieron los dos grupos a comparar: el primero conformado por 107 adolescentes que refirieron haber intentado suicidarse en una ocasión o más y el segundo conformado por 519 adolescentes que contestaron no haber intentado suicidarse.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Este análisis incluyó la estimación de:

Medidas de frecuencia.- Se consideró la prevalencia puntual de intento de suicidio en la población general de adolescentes y en los grupos específicos de acuerdo con variables como sexo, tipo de familia, ambiente familiar y otros.

Medidas de asociación.- Con el propósito de identificar la posible relación entre las variables y el intento de suicidio, se estimaron las cifras de *Razón de Momios* (Odds Ratio) y sus intervalos de confianza al 95% (Tapia y Nieto, 1993; Feinholz, y Ávila 2001). Se diseñaron tablas de contingencia de 2 X n para facilitar la observación del comportamiento de las variables y mediante la determinación del valor de X^2 de Pearson (Lewis 1975; Snedecor y Cochran 1979; González de Rivera et al. 1993).

RESULTADOS

De acuerdo a las características sociodemográficas de los(as) adolescentes que conformaron la muestra, los resultados indican que el 59.3 % (n= 371) representó a las mujeres y 40.7 % (n= 255) a los hombres; el rango de edad fue de 15 a 19 años con una media general de 16.37 años y una desviación estándar de 1.22; en el grupo de mujeres la edad promedio fue de 16.39 años y 16.33 años en el de hombres.

De los 626 adolescentes que conformaron la muestra se dividieron en dos grupos a comparar:

519 que no refirieron haber intentado suicidarse

- 287 mujeres

- 232 hombres

107 adolescentes que refirieron haber intentado suicidarse una ó más veces.

- 84 mujeres
- 23 hombres

Se puede apreciar en el **cuadro 1**, que el porcentaje de mujeres 22.6 % (n=84) que intentaron suicidarse en una ocasión o más, es tres veces mayor en relación con los hombres 9% (n=23). Entre los y las adolescentes *que al momento de aplicar el cuestionario cursaban el segundo y tercer año de preparatoria*, se observó un 18.4% y 17.1% respectivamente de alumnos que reportaron haber intentado suicidarse alguna vez en su vida, en comparación con el porcentaje reportado por quienes cursaban el primer año (13.6%).

En cuanto al estado civil, la condición de soltero(a), predominó tanto en el grupo sin intento (83.0 %) como en el grupo con uno o más intentos (17.0%). El número de estudiantes de escuelas públicas fue 3 veces mayor en comparación a los que están inscritos en escuelas particulares por lo tanto en este estudio los y las sobrevivientes al intento de suicidio que se captaron en el sistema público predominaron cuando se comparó con el privado.

La religión a través de los años ha ejercido una influencia importante en las personas, sobre todo de tipo moral en lo que se refiere a la conducta suicida, con la intención de asociar el intento de suicidio y la religión que profesaban los(as) adolescentes, en el **cuadro 2** se observa, que tanto en el grupo sin intento (85.36%), como con uno o más intentos (88.68%) manifiestan profesar la religión

católica y la práctica de la misma en un 88.28% y 83.17% respectivamente. Casi 6% de adolescentes sin intento y 8.49% con uno o más intentos refieren no profesar ninguna religión.

En el **cuadro 3**, se observa la distribución de los(as) adolescentes sin intento de suicidio así como aquellos(as) que intentaron suicidarse en una ocasión o más, por tipo de familia. Se establecieron cinco tipos de familia, (nuclear, extensa, uniparental, reconstruida y fragmentada) se seleccionó a la familia nuclear como categoría con la que se contrastaron las cuatro restantes. Los y las adolescentes sin intento de suicidio pertenecientes al tipo de familia nuclear fueron $n= 337$ (85 %) y con uno o más intentos $n= 58$ (15%), en este último grupo de participantes se puede ver, que el porcentaje se incrementa notablemente en relación con el grupo sin intento en el tipo de familia uniparental (24%) y reconstruida (30%) presentando una **Razón de Momios (RM)** de 1.84 (IC 95% 1.08 – 3.07) y 2.54 (IC 95% .84 – 6.86) respectivamente.

En lo que se refiere con la dinámica familiar se formaron tres categorías, **cuadro 4** donde se exploró cómo percibe el ambiente el y la adolescente en su hogar, la primera categoría “amable – cálido” fue la que se tomó como contraste para las otras dos, cuyos porcentajes correspondieron en un 88% para el grupo sin intento y 12% para los sobrevivientes al intento de suicidio, en la categoría “autoritario-rígido” se reportó 72% para los adolescentes sin intento y 28% para el grupo con intento, observándose una RM de 2.86 (IC 95% 1.61 – 4.99) y en la de “hostil – violento” 51% para el primer grupo y 49% para el segundo con una RM 7.07 (IC 95% 3.54 – 13.96), con una $p < 0.00$ para cada de una de estas dos categorías.

En cuanto a la calidad de la relación con los hermanos se pudo apreciar **cuadro 5**, que el 72% de adolescentes que no intentaron el suicidio perciben la relación con los hermanos en la categoría “muy buena” (categoría de contraste) y el 24.71% en la de “buena – regular” y en la “mala” 3.28%, los porcentajes aumentan en estas dos últimas categorías el 56.60% de los y las adolescentes que sobrevivieron al intento de suicidio refirieron tener una relación “muy buena” con los hermanos, el 35.85% consideran su relación de “buena – regular”, finalmente el 7.55% de este grupo refirieron llevar una “mala” relación, tomando en cuenta que la RM para esta última es de 2.92 (I.C. 95% 1.04 -7.51).

Con la finalidad de conocer si el o la adolescente está enterado(a) acerca de algún antecedente de intento de suicidio de algún familiar por parte la madre, o del padre, se observó en el **Cuadro 6**, que el 13.08% de los adolescentes sobrevivientes al intento de suicidio saben que “Sí” ha habido algún familiar por parte del padre con esta característica y un 11.21% por parte de la madre. En relación con los o las adolescentes que no han intentado suicidarse y que saben de algún miembro de la familia con este antecedente, se encontraron porcentajes ligeramente menores en comparación al grupo con intento, 8.27% en el padre y 9.62% en la madre.

En el **cuadro 7** se observa la distribución de la población estudiada por sexo que refirió uno o más intentos y aquellos sin intento de suicidio. Las mujeres presentan una RM de 2.95 (I.C. 95% 1.77 – 5.06) en relación con los hombres.

Respecto a las características individuales - emocionales de los y las adolescentes (**Cuadro 8 y 9**), se identifica que existe una asociación en cuanto a la variable sexo e intento de suicidio, además de relacionarlas con las siguientes variables:

“sentir rechazo de los padres”, las mujeres presentan una RM 4.20 (I.C. 95% 2.44 – 7.26) y los hombres RM 2.88 (I.C. 95% 1.08 – 7.54); el que los(as) adolescentes sientan “incomprensión por parte de los padres” se obtiene una RM 4.19 (I.C. 95% 1.47 – 11.39) en las mujeres y llama la atención que en los hombres aumenta RM 11.1 (I.C. 95% 2.40 – 49.18); en el “sentimiento de soledad” se observa una RM 5.26 (I.C. 95% 3.03 – 9.52) en mujeres y en la población masculina una RM 3.60 (I.C. 95% 1.33 – 10.73); en cuanto “fuerte deseo de marcharse de casa” las mujeres presentan una RM 5.64 (I.C. 95% 3.31- 9.96) sin embargo, en los hombres aumenta la frecuencia de riesgo al intento de suicidio observándose una RM 6.33 (I.C. 95% 2.00 – 26.23).

Contrastando el nivel de impulsividad bajo con respecto al alto se observa, que en la población femenina se presenta una RM 4.69 (I.C. 95% 2.28 – 9.90) y en la masculina una RM de 2.66 (I.C. 95% 0.75 – 11.84); en cuanto a la variable depresión, tomando la categoría de “nunca” como contraste con respecto a la “de 3 a 7 días a la semana anterior a la aplicación del cuestionario” se encontraron datos ligeramente más altos en las mujeres con una RM de 4.60 (I.C. 95% 2.2 – 9.94) con respecto a la RM de 4.35 (I.C. 95% 1.48 – 15.43) en los hombres.

En la **Gráfica 1**, se determina la frecuencia acumulada de los adolescentes participantes sobrevivientes al intento de suicidio, por edad y sexo. Donde la mediana de edad a la que *intento suicidarse por única o última vez* fue en los varones a los 13 años y las mujeres a los 14.5 años, la mediana para ambos grupos fue a los 14.5 años.

En la **Gráfica 2**, se puede apreciar claramente que el 70% de la población sobreviviente a uno o más intentos de suicidio reporto no haber utilizado ninguna

alternativa de atención, después de la única o última vez que se hizo daño con el fin de quitarse la vida. Se observa que un 13% acudió al hospital el 3% con el médico particular y el 14% recibió atención psicológica privada.

Las razones expuestas (**Cuadro 10**) que refieren los y las adolescentes sobrevivientes a uno o más intentos de suicidio, que les impulsaron a llevar a cabo este tipo de conducta, se agrupan en cuatro categorías. El 55% refieren que se sentían “estresados, con desesperanza y habían experimentado alguna pérdida”; el 19%, reporta que fue por una “dificultad en el control de impulsos” y aquellos(as) que “deseaban influir en la decisión de otros” (manipulación) representaron el 13%, finalmente con este mismo porcentaje se encuentran los y las que refirieron “el haber sido provocados por un ideal, actividad mágica y control omnipotente” .

El 60% de la población que intento suicidarse en una ocasión o más comentó su intención con alguien (**Cuadro 11**), representando los amigos(as) casi el 31%, algún familiar el 13.1%, seguido del comentarlo el 7.5% con amigos(as) y novia(o), y a un familiar y amigos(as) en un 3.7%, el decirlo a otros (psicólogo(a), todos) 3.7%, y quienes no lo comentaron a nadie fueron el 41.1%.

En el **Cuadro 12** al analizar la respuesta a la pregunta abierta “¿Cómo lo hiciste?” se pudo conocer la distribución de la población que intentó suicidarse en una ocasión o más, según método empleado. El 34.5% de las mujeres y el 43% de los hombres refieren la intoxicación por ingesta de medicamentos o sustancias, seguido del uso de objetos punzo-cortantes (con la finalidad de cortarse las venas, ocasionándose heridas en brazos y manos) 23.8% en las mujeres y 26.1% en los hombres; en cuanto al empleo de dos métodos únicamente las mujeres lo refirieron (“me corté las venas y tomé veneno para ratas”) representando el 13%.

En la categoría “Intente pero no me atreví”, un 7.4% lo mencionaron las mujeres y sólo el 4.3% los hombres, y en “otros métodos” “deje de comer y me provoque bulimia”, me embriague y drogue cañón), el porcentaje fué mayor en los hombres 8.7%, quienes no contestaron a este reactivo fueron el 20.2% de las mujeres y el 17.4% de los hombres.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permiten reflexionar sobre el comportamiento y la problemática suicida en la población adolescente de la ciudad de Durango. Asimismo, documenta la necesidad prioritaria de ocuparse del estudio de este tipo de conductas autodestructivas, comenzando con el diseño y evaluación de programas preventivos en el ámbito familiar, escolar, social, y con una perspectiva de género.

Según el reporte de estudios internacionales (OPS-OMS 1994; OMS 1995; OPS/Kellogg 1998), como nacionales (Terroba et al. 1996 y Terroba, Saltijeral, y Gómez, 1998; y Villatoro et al, 2003), los intentos de suicidio son más comunes en el sexo femenino que en el masculino. En los datos obtenidos con la población escolar duranguense, se confirma que el intento de suicidio en las mujeres es más frecuente que en los hombres, en una proporción de 3:1.

Por tratarse de un evento pasado, es pertinente conocer la edad que lo(as) adolescentes refieren, haber intentado suicidarse por única o última vez, los hombres reportan que fue a los 13 años y las mujeres a los 14.5 años, la mediana

para ambos fue 14.5 años. Datos que deben considerarse para realizar este estudio en adolescentes que se encuentren en estas edades, tomando en cuenta que los(as) adolescentes que registraron el mayor porcentaje fueron alumnos se encontraban al momento de aplicar el cuestionario inscritos en el segundo y tercer año de preparatoria, por lo que se pudiera inferir de acuerdo a la edad que éste evento aconteció durante los años de secundaria o principios de preparatoria, que quizá en la mayoría de los(as) adolescentes no recibieron ningún tipo de orientación o ayuda psicológica y estén en constantes conductas de riesgo.

Con respecto a la estructura familiar, al contrastar el tipo de familia nuclear con las otras cuatro, se puede decir que aquellos(as) adolescentes que representaron la mayor frecuencia de riesgo al intento de suicidio fueron los(as) participantes que formaron parte del tipo de familia reconstruida (RM 2.54) y uniparental (RM 1.84); la frecuencia de riesgo al intento de suicidio menor en aquellos(as) adolescentes que pertenecieron al tipo de familia extensa (RM 1.19) y fragmentada (RM .464).

En estudios realizados en otros contextos con población mexicana, tales como el de Caballero, Ramos, González-Forteza, y Saltijeral 2002 han reportado, que cuando el adolescente percibe su ambiente familiar con mayor hostilidad y rechazo, cuando existe una menor comunicación y apoyo por parte de sus padres o que es testigo o víctima de violencia, puede presentar diferentes problemas psicosociales y de salud mental tales como malestar depresivo, ideación e intento suicida, consumo de drogas entre otros.

En el presente trabajo en lo referente a las relaciones disfuncionales dentro de la dinámica familiar, además de las situaciones emocionales que vivencian los(as) adolescentes mostraron tener asociaciones con el intento de suicidio. Es decir, la

percepción que los(as) adolescentes tienen de su ambiente familiar, el entorno “amable-cálido” mostró sus efectos protectores en la intención suicida del adolescente a diferencia de las otras categorías, en las cuales se observó una frecuencia de riesgo de casi tres veces (RM 2.86) más intentos de suicidio en el entorno “autoritario – rígido” y de siete veces más (RM 7.07) en el ambiente “hostil -violento”.

En lo que se refiere a la relación con los hermanos en la categoría de “buena – regular”, la frecuencia de riesgo al intento de suicidio se da casi dos veces más (RM 1.84) y casi tres veces (RM 2.92) se presenta la frecuencia de riesgo en los que tienen una “mala” relación, en contraste con la relación de los adolescentes de “muy buena” con sus hermanos. Esta última se pudiera considerar como una fuente de apoyo importante para los adolescentes, sobre todo aquellos que estén inmersos en situaciones problemáticas.

De acuerdo con las características individuales y familiares asociadas al estado emocional de los(as) adolescentes y haciendo la comparación por sexo se pudieron obtener datos muy interesantes. Si bien las mujeres presentan RM 2.95 veces más el intento de suicidio en comparación con los hombres, la fuerza de asociación se incrementa a una RM 4.20 veces más cuando las mujeres refieren sentirse rechazadas por los padres. Así mismo se mantiene el riesgo (RM 4.19) cuando experimentan sentir incompreensión por parte de los padres.

En lo que se refiere al “sentimiento de soledad aún cuando se esta acompañado(a) 5.26 veces se da el riesgo en las mujeres y menos en los

hombres (RM 3.60), sin embargo, llama la atención que en los varones la frecuencia del riesgo al intento de suicidio es de 11.1 veces más en la categoría de “sentimiento de rechazo por parte de los padres”, en cuanto al “fuerte deseo de marcharse de casa” en los varones el riesgo se da un poco más alto RM 6.33 en relación con las mujeres (RM 5.64).

La mayor frecuencia de intento de suicidio entre las mujeres se incrementa, cuando estas refieren “alta impulsividad” 4.69 en relación a los hombres cuya frecuencia al riesgo es de 2.66 veces. Algo semejante ocurre con la presencia de depresión, en ambos sexos, cuando refieren haberse sentido deprimidas(os) “de 3 a 7 días a la semana anterior de la aplicación cuestionario” cuya frecuencia de riesgo de intento de suicidio es 4.60 veces más en las mujeres y 4.35 los hombres.

En relación a lo anterior diversos autores (Corruble et al. 1999; Conner et al. 2001; Fawcett 2001, y Lejoyeux 2002) han encontrado en sus estudios que la impulsividad del adolescente muestra tener un nivel de alto riesgo al suicidio, cuando se encuentran presentes estados emocionales como la depresión y la ansiedad. En este caso las adolescentes duranguenses presentan frecuencias de riesgo más altas en comparación con los hombres, en estas dos variables de riesgo, impulsividad y depresión.

En lo que respecta a las alternativas de atención utilizadas por aquellos (as) adolescentes que intentaron suicidarse en una ocasión o más, es sorprendente que el 70% de la población respondió que no acudió a ningún lugar para atenderse, después de la única o última vez que intento suicidarse, si se suma la

atención privada que recibieron (médica 3% y psicológica 14%) algunos de éstos adolescentes, se observa claramente que es mínima y que al menos de los 107 casos detectados en este estudio, la mayoría de ello(as) posiblemente quedan desprotegidos(as) en cuanto a una atención o ayuda psicológica, por lo que corren el riesgo de intentar suicidarse de nueva cuenta o llegar a consumir el acto. Es decir el proceso suicida ha sido visto como algo dinámico y circular, del que los individuos pueden salir o al que pueden volver a entrar.

Lo anterior tiene relación con lo reportado por Gurmendi, 1994 en González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González (2000, p. 28) refiere que “sólo uno de cada ocho suicidas llega al conocimiento del médico, muchos adolescentes que intentan suicidarse solicitan ayuda profesional de uno a tres meses antes de intentarlo” Por lo tanto es de suma importancia contar con un instrumento confiable que sirva como herramienta no sólo en el ámbito hospitalario sino escolar, que apoyen al clínico en las evaluaciones iniciales con adolescentes.

En el trabajo de Heman (1984), “Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio”, se relacionan algunas características de esta población en cuanto a las razones expuestas de los y las sobrevivientes a uno o más intentos de suicidio, tales como el motivo con mayor porcentaje (55%) fuese escapar de una situación dolorosa, estresante o de pérdida, así como sufrir desesperanza; enseguida, (19%) tuviera dificultad en el control de impulsos y que un 13% la finalidad fuera influir en sentimientos, acciones y preferencias de la gente cercana, es decir, intentar el acto con el deseo de manipulación y el otro 13% provocado por una actividad mágica y control omnipotente.

En la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse no siempre de manera clara. Los adolescentes generalmente conversan con sus amigos o amigas, quienes pasan por situaciones similares. En éste estudio cuando se exploró con la pregunta abierta si comentaron su intención de quitarse la vida con alguien y ¿a quién?, el 60% refirió que sí lo comentó y 31% lo hizo a amigos(as) y el otro casi 29% a familiares y amigos(as), novia(o), psicóloga(o) y otros.

El 41% no se lo comentó con nadie. Dato que pudiera relacionarse con lo que menciona Granados (1985), en relación a que el adolescente suicida busca la supervivencia, el renacimiento, de forma que coquetea con la muerte en un manejo que tiene mucho de actividad mágica y control omnipotente.

Finalmente es importante reconocer que el grupo de amigos(as) es quien primero se enteró de manera abierta o disfrazada de este tipo de conducta riesgosa, por lo que es de suma importancia informar a la población adolescente para que este alerta a este tipo de mensajes que no siempre se expresan de manera clara, así como el tipo de apoyo o ayuda que pudieran brindar al encontrarse en una situación como esta. Ya que como menciona Gould (1965), en su clasificación que refiere sobre la conducta suicida en la adolescencia, que un último grito de ayuda. Una tentativa de suicidio puede ser una señal de socorro enviada de modo difuso y al azar con la esperanza de que alguien la recoja.

Referente a los métodos empleados tanto en hombres como en mujeres sobre el intento suicida definido, fueron en primer lugar, la ingesta de medicamentos, después, el uso de objetos punzocortantes con la intención de “Cortarse las venas” principalmente, en cuanto al empleo de dos métodos llama la atención que sólo las mujeres (13%) lo reportaron, por ejemplo “ me corte las venas y tomé veneno para ratas”, quienes sólo tuvieron la *intención* de quitarse la vida, pero sin llegar a ponerla en práctica (*Intento Suicida Probable*), en mayor porcentaje fueron la mujeres en relación con los varones, 7.4% y 4.3%) respectivamente, por ejemplo: “*quise encajarme un cuchillo*”. Por otro lado el 19% de los y las adolescentes no contestaron este reactivo.

Cabe señalar que los métodos utilizados en la población Duranguense estudiada son comunes tanto en hombres como en mujeres y por otro lado se pudiera interpretar que el método elegido no es tan decisivo en cuanto al terminar con la vida, por lo tanto existe la alternativa de rescatar a estos muchachos(as) para prevenir posteriores intentos, donde posiblemente empleen métodos que dejen secuelas importantes o fuesen letales. Por su parte Híjar, et al. (1996, p.19) mencionan que “La utilización de métodos comunes reside en la mayor accesibilidad y disponibilidad de los mismos”.

En la categoría de otros, el que expresen “Me drogue y embriague cañón” o el de “estrellarme en un camino” sería interesante tomar en cuenta estas expresiones y además las cifras reportadas como accidentes por esta causa, ya que su marcada recurrencia en la actualidad esta llamando la atención a investigadores de

diferentes disciplinas. Soto y Hernández (1996, p. 21) han llamado a este tipo de conductas “la muerte lenta y/o dolorosa” o los denominados “suicidios lentos” a aquellas tales como una muerte accidental, enfermedad o trastorno, nombrado de esta manera en un informe emitido en octubre de 1973 sobre intentos de suicidio y suicidio que solicitó la OMS a un grupo de expertos en donde refieren que el uso abusivo de alcohol y drogas que genera dependencia así como de la gran cantidad de heridos graves y muertos por accidentes de tránsito por embriaguez. La conclusión fue que aumentaba una cierta “indiferencia a la muerte”.

Finalmente, se concluye, que se requiere llevar a cabo estudios minuciosos además de hacer seguimientos más exhaustivos sobre este tipo de conducta autodestructivas. Por otro lado acercarse a las familias por medio de las instituciones educativas y de salud, hacer uso de las herramientas con las que se cuenta en la actualidad para detectar a esta población en riesgo y motivar a los investigadores sociales, epidemiólogos, sociólogos y en general formar grupos interdisciplinarios para la atención de este problema de salud pública que cuenta con muchas vertientes para su estudio porque es de esperarse que los y las adolescentes culminen en un acto de riesgo mal calculado en lo accidental significando descontrol no intencionado, no necesariamente buscado, pero en el que el único límite es la muerte.

“LA JUVENTUD ES UN DIOS DE MIL CARAS:
CADA INVESTIGADOR OBTENDRÁ DE ELLAS
LAS RESPUESTAS QUE DESEE”

F. MAURIAC

CONCLUSIONES

Los datos resultantes de este estudio, son muy reveladores al mostrar que el intento de suicidio está presente de manera evidente entre la población escolar de nivel medio superior duranguense. Dadas las características psicosociales de este grupo poblacional y su intervención con diversos factores del entorno sociocultural, es importante mencionar que este trabajo ha sido sólo una aproximación a un tema complejo, como lo es el intento de suicidio en población adolescente. Por lo que en el presente estudio se ve la necesidad e importancia de profundizar sobre el tema, dando pauta a nuevas rutas de investigación y análisis: por ejemplo:

Tomando en cuenta que en la actualidad los perfiles epidemiológicos muestran que los y las adolescentes son el grupo poblacional con mayor riesgo de conductas suicidas, en el contexto duranguense la problemática suicida requiere ser reconocida y atendida eficazmente, por autoridades educativas y del sector salud principalmente. Asimismo cobra fundamental importancia poner atención en los diversos factores tanto de tipo emocional-individual, de género, familiar y social que impulsan a los(as) adolescentes a consumir actos que pongan en peligro su salud física y mental.

En este sentido, si se toma en cuenta que los(as) adolescentes consultan poco los servicios de salud, es de considerarse que este tipo de problemática no es identificada oportunamente, de detectarse, al menos se pudiera atender a aquellos(as) adolescentes con esos sentimientos tan marcados de incomprensión y rechazo por parte de los padres, en los que ha sido evidente su relación con el intento de suicidio tanto en hombres como en mujeres.

Asimismo, el que se sientan solos(as) aún cuando estén con otras personas, deprimidos(as) durante varios días a la semana y que tengan un bajo control de impulsividad, o bien, que los (las) adolescentes estén vivenciando un ambiente familiar autoritario/rígido, hostil/violento y malas relaciones con los hermano(as) de tal manera que estén sintiendo un fuerte deseo de marcharse de casa, requiriendo por lo tanto una necesaria atención y tratamiento de manera especial y oportuna.

Considerando ésta problemática suicida desde una perspectiva causal, hay que resaltar la influencia de la dinámica familiar, independientemente de su estructura en la génesis del intento de suicidio. Por lo tanto, lo importante que es la concientización del entorno familiar emocionalmente significativo para los y las adolescentes, con el fin de evitar sobre todo la incidencia de eventos suicidas, tanto los de primera vez como los recurrentes. La escuela cumple otra función importante, en relación con la problemática suicida, ya que debieran incorporarse elementos para promover la salud emocional en las actividades académicas, de tal manera que exista una colaboración estrecha de maestros(as) y de las distintas

materias escolares, esto con la finalidad de aprovechar los recursos humanos, su infraestructura y su funcionamiento, considerándola en gran medida como una alternativa para la prevención del malestar emocional y para la promoción de educación para la salud integral de los alumnos, por lo que se requiere la participación e incorporación activa tanto de la familia y la escuela en la prevención de este tipo de conductas.

Por otra parte, es pertinente señalar que si bien los resultados obtenidos hasta ahora en esta tesis, facilitan la comprensión de aquellos factores relacionados con la conducta autodestructiva, específicamente el intento de suicidio en la población escolar de nivel medio superior de la ciudad de Durango, también cuenta con limitaciones como:

Por ser un estudio de corte cuantitativo, no se explora a profundidad los significados que están detrás de las variables de estudio; para esto son necesarios los métodos cualitativos que apuntan precisamente a la búsqueda del sentido y la significación alrededor del acto, ya sea aplicando entrevistas a profundidad o explorando más afondo un número mayor de variables así como su asociación con este tipo de conductas autodestructivas.

Por ejemplo: tanto la prevalencia así como la frecuencia de riesgo al intento de suicidio en estudiantes fue más frecuente entre las mujeres, se observó que el perfil de las características del intento suicida fue similar en hombres y mujeres. Lo que resulta interesante, que aún cuando el género establece distinciones al tratar de identificar poblaciones en riesgo (más mujeres con intento suicida), las

características del intento evaluados en el presente documento nos han indicado rasgos de vulnerabilidad similares en cuanto a edad, motivos, métodos y algunas variables específicas.

Si bien, los resultados ofrecen un panorama importante de la dimensión de frecuencia de riesgo al intento de suicidio tanto en hombres como en mujeres, faltaría elaborar un modelo en las que se incluyan todas las variables posibles asociadas a la problemática suicida, con lo cual se obtendría otra dimensión de los riesgos en conjunto. Sin embargo, la información generada a partir de este estudio, se considera como una aportación que lleva a la necesidad de instrumentar estrategias y acciones de prevención primaria: antes de que se presente la conducta suicida; y de prevención secundaria: cuando ésta ha ocurrido sin desenlace mortal y para evitar que vuelva a ocurrir en los adolescentes de este contexto, tanto de instituciones educativas como de salud.

Por lo tanto, se plantea la necesidad y posibilidad de diseñar y evaluar programas preventivos en el ámbito familiar, escolar, social y con una perspectiva de género promoviendo la importancia que tiene, la familia en el desarrollo psicológico, social, de salud y económico de los y las adolescentes. Por su puesto que esto comprende un gran reto, ya existen todavía muchos huecos que superar, no sólo por el personal de salud sino también por las políticas de los programas por el medio social, el mismo adolescente y su familia, pero se considera importante afrontar este tipo de problemática suicida en la población duranguense. Por lo que será necesario que la promoción, acceso a la atención y calidad de los servicios

de salud de las instituciones prestadoras, ubiquen al grupo de adolescentes como un estrato prioritario.

Finalmente, queda la inquietud de considerar la interacción de los factores de riesgo y de los factores protectores, que hasta la fecha configuran una complicada red que es necesario esclarecer y estudiar con detenimiento para incidir adecuada y oportunamente sobre todo en este tipo de conductas autodestructivas. Además de la importante tarea de estudiar e identificar principalmente cuales son los factores protectores que están presentes en la población joven de nuestro contexto, de tal manera que incidan en el fortalecimiento de razones para vivir, especialmente desde una visión optimista de la vida para aquellos(as) que estén pensando, planeando o bien hayan intentado suicidarse.

Bibliografía

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1998). *La adolescencia Normal*. Un enfoque Psicoanalítico. Editorial Paidós Mexicana, S.A. México.
- Blos, P. (1981). *La transición adolescente*. Amorortu Editores. Buenos Aires.
- Blumenthal, S. J. (1988). Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clínica Médica de Norteamérica*, 4, 999-1026.
- Bobes, G. J., González, S. J. C. y Sáiz, M. P. A. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson.
- Borges, G. Rosovsky, H. Caballero, M.A. y Gómez, C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. Instituto Mexicano de Psiquiatría, *Anales*, 5, 15-21.
- Brito, L. R. (1996). Hacia una sociología de la juventud. *JOVENes*, cuarta época, año 1, núm.1, México, 12-23.
- Caballero, G. MA., Ramos, L. L., González-Forteza, C. y Saltijeral, M. MT. (2002). Violencia Familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva. *Psiquiatría*. Época 2, 18 (3). 131-139
- Castro, R. (2001). Sociología médica en México: el último cuarto de siglo. *Revista Mexicana de Sociología*, 63(3), México, D.F., 271-293.
- CEPAL. (1994). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

- Combrinck, G. L. (1991). La sexualidad del adolescente en la espiral vital de la familia” en Falicov, C, J. (Comp) *Transiciones de la familia continuidad y cambio en el ciclo de la vida*. (pp.167-160). Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, y Seidlitz, L. y Caine, E. D. (2001). Psychological vulnerability to complete suicide: a review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 367-385.
- Corruble, E., Damy, C. y Guelfi, J. D. (1999). Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*, 53 (3), 211-215.
- Debesse, M. (1973). *Como estudiar a los adolescentes*. Examen crítico de confidencias juveniles; Editorial Nova, S.A. Buenos Aires.
- Dolto, F. (1988). *La causa de los adolescentes*. El verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes. Editorial. Seix Barral.
- Durkheim, E. (1974). *El suicidio*. Ciudad Universitaria, México, Universidad Nacional Autónoma de México. De la versión original (1897): Durkheim, E. *Le suicide*. Etude de Sociologie. XII- 462, París, Alcan.
- Eisenberg, L. (1980). Adolescent suicide: on taking arms against a sea of trouble. *Pediatrics*, 7, 315-320.
- Emerich, J. A. (1988). El suicidio, la familia y la crisis. *Psicoterapia y familia*. 1(2), 2-17.
- Erickson, E. (1979). *Sociedad y Adolescencia*. México: Siglo XXI.

Erickson, E. (1980). *Identidad, Juventud y Crisis*. España: Taurus Ediciones S.A.

Fawcett, J. (2001). Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 94-102.

Feinholz, K.D y Ávila, R. E... (2001) Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud. *Él Cotidiano*107. UAM – Azcapotzalco. México. D.F. 13-20.

Ferdinand, L. (1978). *Art of the Maya*. Thames and Hudson. London.

Fernández, H. P. y Ehrenfeld, L. N. (2002). La generación joven al principio del siglo XXI en J.A. Pérez, I. (Coord.), Jóvenes Mexicanos del siglo XXI, *Encuesta Nacional de Juventud 2000*. Instituto Mexicano de la Juventud, México, 70-86.

Fishman H, C. (1995). *Tratamiento de adolescentes con Problemas*. Un enfoque de terapia Familiar. Editorial. Paidós. Buenos Aires.

García, R. ME. y Tapia, D.A. (1990) Epidemiología del Suicidio en el Estado de Tabasco en el periodo 1979-1998. *Salud Mental*. 13(4), 29-34.

González de Rivera, R. JL., Rodríguez, P. F. y Sierra, L. A. (1993) *El método epidemiológico en salud mental*. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona España.

González-Forteza. C., Berenzon, G.S. y Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: Problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental* . Núm. Esp. 145-153.

González-Forteza. C., Berenzon. G. S., Tello, G. A. M, Facio, F. D. y . Medina-Mora M.E. (1998). Ideación suicida y características asociadas a mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*, 40(5), 430-437.

González-Forteza. C., García, G., Medina-Mora. M.E y Sánchez, M. A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes Universitarios. *Salud Mental*. 21(3), 1-9.

González - Forteza. C., Mariño, M C., Mondragón, L. y Medina - Mora. M E. (2000). Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescente Mexicanos. *Psicología Conductual*, 8(1), 147- 152.

González-Forteza. C., Ramos. L. L., Mariño. H. M C., Pérez. C. E. (2002). Vidas en riesgo: Conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta psiquiát Psicol. Am lat.* 48(1-4), 74-84.

González-Forteza, C., Salgado de Snyder V. N y Rodríguez, R. E. (1995). Estresores cotidianos y su relación con el malestar emocional en adolescentes mexicanos. *Psicopatología_Madrid*. 15(1), 8-11.

González-Forteza. C., Villatoro, V. J., Alcántar, E. I., Medina-Mora. M., Fleiz, B. C., Bermúdez, L. P. y Amador, B. N. (2002). Prevalencia de Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes de la Ciudad de México: 1997-2000. *Salud Mental*. 25(6), 1-12.

González, M. S., Díaz, M. A., Ortiz, L. S., González-Forteza, C., González, N. JJ. (2000). Características psicosomáticas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*. 23(2), 21-30.

- González, S. JC., Ramos, V. y. M. y Lastra, I. (1993). Suicidio juvenil y medios de comunicación. *Psicopatología*, 13, 168-172.
- González, S. JC., Ramos, V. Y. M. y Lastra, I. (1996). Factores familiares en las tentativas de suicidio de adolescentes. *Acta Lusitana y Española de Neurología Psiquiátrica*, 24, 12-18.
- Gould, R. E. (1965). Suicide problems in children and adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 19, 228-246.
- Granados, F. (1985). Aspectos vivenciales en el suicidio del niño o adolescente. *Jano*, 29, 1861-1868.
- Grossman, F.K. (1992) Risk an Resilience in Young Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 21(5), 529-550.
- Haro, E. JA. y Denman, C. A. (1994). *La Adolescencia una actitud critica. Las broncas de los chavos en Nogales*. Adolescencia y Salud en la Frontera Norte. El Colegio de Sonora. 23-34.
- Heman, A. (1984). Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. *Salud Pública de México*. 26, 39-49.
- Herrera, S. PM. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 13(6). 591-5
- Híjar, M. Rascón, R.A., Blanco. J. y López, L. (1996). Los Suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*. 19(4), 14-21.

- Hoberman, H. M. y Garfinkel, B. D. (1988). Completed suicide in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 689-695.
- Hunrry, J. (2000) Deliberate self-harm in children and adolescents. *Inter Rev Psychiatry*, 12, 31-36.
- INEGI/SSA (2001). Mortalidad por suicidios. Estados Unidos Mexicanos. Disponible en red. http://www.ssa.gob.mx/s_archivos/2o_inf_labores.pdf.
- Instituto de Investigación Científica. (1997). *La propuesta de investigación y el muestreo*. Durango, Dgo. Secretaría de Educación Cultura y Deporte Universidad Juárez del Estado de Durango, 61-95.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001a). Anuario Estadístico del Estado de Durango. 49-65.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001b). Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios Cuaderno Núm 7. 179
- Kaplan, S. (1980). Hábitos de salud y depresión en adolescentes. *Journal of Youth and Adolescent* 9, 40.
- Krauskopf, D. (1995). La adolescencia y el ámbito escolar. en Matilde Maddaleno et al. (Editores) (1995). *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington, D.C. *Publicación Científica* .552. 125-135.
- Lejoyeux, M., Arbaretaz, M., McLoughlin, M. y Adés, J. (2002). Impulse control disorders and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(5), 310-314.

- Lewis, A. E. (1975). *La distribución de la X^2 . En Bioestadística*. Compañía Editorial Continental. S.A., México. D. F. 145-161.
- Maddaleno, M., Morello, P. y Infante, E. F. (2003). Salud y desarrollo de los adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*. 45 supl 1. 132-139.
- Mariño, MC., Medina-Mora, ME, Chaparro, JJ., y González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(2), 142-145.
- Méndez, R. I. Namihira, G. D. Moreno, A. L. Sosa de Martínez, C. (1996). *El protocolo de investigación*. Lineamientos para su elaboración y análisis. Editorial. Trillas. México, D.F.
- Menéndez, E. L. (1994). De la representación a la práctica. Atención Primaria o primer nivel de atención. S. Doode. y Pérez, E. P. (Comps.): *Sociedad, Economía y Cultura Alimentaria CIAD-CIESAS*, Hermosillo, 303-327.
- Miranda, L. F. (2002). Transición Educación Mercado de Trabajo en jóvenes. en Pérez. I. JA. (Coord.), Jóvenes Mexicanos del siglo XXI, *Encuesta Nacional de Juventud 2000*. Instituto Mexicano de la Juventud, México, 89-252.
- Newman, T. B. Browner, W. S. Cummings, S. R y Hulley, S. B (1993). Diseño de un nuevo estudio: II. Estudios Transversales y estudios de casos y controles. En Hulley, S. B y Cummings, S. R. *Diseño de la Investigación Clínica. Un enfoque epidemiológico*. Ediciones Doyma. Barcelona España. Cap. 8, 83-95.

Organización Panamericana de la Salud–Organización Mundial de la Salud. (1994). Las condiciones de Salud en las Américas. *Publicación Científica* . 549, Vol. II, México. OPS-OMS

OPS/Kellogg. (1998). Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000. OPS-OMS, Fundación W.K. Kellogg.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *La salud de los Jóvenes. Un reto y una esperanza*. Ginebra.

Pérez, I. JA. (Coord.), (2000). *Jóvenes e Instituciones en México 1994-2000: Actores, Políticas y Programas*. Instituto Mexicano de la Juventud 2000. Estudios sobre Juventud, México, 176.

Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Durango (1991). De las zonas económicas catastrales para Victoria de Durango, Dgo. No. 11. 83-88.

Pfeffer, C. R. (1985). Observations of ego functioning of suicidal latency-age children. En Peck, M. L., Faberow, N. L. y Litman, R. E., (Eds). *Youth suicide*. New York: Springer Publishing Company.

Piaget, J. y Inhelder, B. (1978). *Psicología del niño*. España: Morata.

Pierre, B. (1990). *Sociología y cultura*, Grijalbo, México, CONACULTA, Colección Los Noventa, 163-173.

Radloff L. (1977). The CES-D Scale: self-report depression scale for resea in the general population. *App/ Psychol Meas*, 1: 385-401.

- Ramos, L. L., González-Forteza, C. y Caballero, MA. (2000). Los testigos de la violencia Doméstica: Prevalencia en Estudiantes de Secundaria. *La Psicología Social en México*, 8, 548-554.
- Rodríguez, G. (1996). Género y cambio: una revisión. *JOVENes* Vol.1. No.1. 54-63.
- Rotheram, B.M. (1993) Suicidal behavior and risk factors among runaway youths. *Am J Psychiatry* . 150, 103-107.
- Rutter, M.(1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatry*, Vol. 57, No. 3, 316-329.
- Sales, C. V F y Orozco, M. J A (1994). Cálculo del tamaño de la muestra. Moreno, A. Cano, V y García, R. (Coords) en *Epidemiología clínica*. 2da. Ed. Interamericana. McGraw – Hill. Cap. 18. 261- 274.
- Sánchez, G. O. (2000). Factores de riesgo para evaluar la conducta adolescente. *Acta Pediátrica de México*. 21(4), 115-8.
- Serrano, V. C. (1995) La salud integral de los adolescentes y jóvenes: su promoción y su cuidado, en Maddaleno M et al. (Ed.) (1995). *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington, D.C. *Publicación Científica* No. 552. 3-14.
- Shaffer, D., Garland, A. y Gould, M. (1988). Preventing teenage suicide: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 675-687.
- Shneidman, E.S. (1976). Psychological Theory of Suicide. *Psychiatric Anal*, *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 11(4), 221-231.

- Snedecor, W. G. y Cochran, G. W. (1979). Muestreo y Atributos. en Métodos Estadísticos. Editorial Continental S. A , México. D.F. 16-52.
- Sóto L. M. P. Y Hernández F, S. (1996). Suicidio Juvenil: Características y significados asociados. [En red] Disponible en <http://www.cinterfor.org.uy/jovenes>.
- Steede, K. K. y Range, L. M. (1989). Does television induce suicidal contagion with adolescents? *Journal of Community Psychology*, 17, 166-172.
- Suárez, GV. (1998). *Validación de la escala de automejoría de la depresión de Zung en adolescentes de secundaria mexicanos*. Tesis de Licenciatura. Fac. De Psicología, UNAM.
- Suárez, O. E. N y Krauskopf, D. (1995). El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. En Maddaleno M et al. (Ed.) (1995). *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington, D.C. *Publicación Científica* No. 552. 183-193.
- Tapia, JA. y Nieto, FJ (1993). Razón de posibilidades una propuesta de traducción De la expresión ODDS RATIO. *Salud Pública de México*. 35(4).
- Terroba, G. Herman, C. Santigeral, M. y Martínez, P. (1996). El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. *Salud Pública de México*, 28(1), 48-55.
- Terroba, G. Saltijeral, MT. y Gómez, M. (1998). El suicidio y el intento de suicidio: Una perspectiva general de las investigaciones relacionadas durante los últimos años. *IV Reunión de Investigación*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 310 – 315.

Terrones, G. A., Salvador, M. J. Y Lechuga, Q. AM. (2000). Adolescentes sobrevivientes al intento de suicidio en el hospital general de Durango: Características psicosociales y adaptativas. *La Salud en Durango*. 1, 9-15.

Terrones, G. A., Salvador, M. J. Y Lechuga, Q. AM. (2001). Factores que inciden en la conducta autodestructiva en pacientes con intento de suicidio en la ciudad de Durango. *La Salud en Durango*. 2(1), 11-17.

Van Egmond, M. y Diekstra, R. F. W. (1989). The Predictability of Suicidal Behavior: The results of a Meta-analysis of Published Studies. En R. F.W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke y G. Sonneck (Eds.). *Suicide and its prevention. The Role of attitude and Imitation*, Leiden, New York: brill.

Villardón, G.L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la Adolescencia*. Universidad de Deusto, Bilbao.

Villatoro, V. J. A. , Alcantar, E. M. I., Medina M. M. E., Fleiz, B. C. M., González, F. C., Amador, B. N. G. y Bermúdez, L. P. (2003). El Intento Suicida y El Consumo de Drogas en Adolescentes. ¿Dos Problemas Entrelazados?. *Servicios de Salud Mental*. Editado por la Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora, año 7, 2(1), 5-12.

Villatoro, V. J.A., Andrade, P.P., Fleiz, B. C. (1997). La relación entre padres-hijos: Una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*. 20(2), 21-27.

WHO.suicide Prevention. Disponible en red. <http://.who.int>.

CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN POR GRUPO

	Sin Intento		Con 1 ó Más intentos		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SEXO						
Hombres	232	91.0	23	9.0	255	100
Mujeres	287	77.4	84	22.6	371	100
ESCOLARIDAD						
1° Año	51	86.4	8	13.6	59	100
2° Año	115	81.6	26	18.4	141	100
3° Año	353	82.9	73	17.1	426	100
ESTADO CIVIL						
Soltera(o)	504	83.0	103	17.0	607	100
Unida(o)	15	78.9	4	21.1	19	100
TIPO DE ESCUELA						
Pública	390	83.2	79	16.8	469	100
Privada	127	83.6	25	16.4	152	100
EDAD						
Media	16.37		16.38		16.37	
Desviación Estándar	1.24		1.15		1.22	

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

RELIGIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

TIPO	Sin Intento		Con 1 ó Más intentos		TOTAL No.
	No.	%	No.	%	
Católica	443	85.36	94	88.68	537
Otra	45	8.67	3	2.83	48
Ninguna	31	5.97	9	8.49	40
PRACTICA					
Sí	452	88.28	84	83.17	536
No	60	11.72	17	16.83	77

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS Y LAS
ADOLESCENTES**

TIPO DE FAMILIA	Sin intento n = 519		Con 1 ó Más intentos n = 107		TOTAL	p*	OR (I.C. 95%)
	No.	%	No.	%			
Nuclear ¹	337	85	58	15	395		
Extensa	44	83	9	17	53	0.66	1.19 (.48 - 2.64)
Uniparental	98	76	31	24	129	0.01	1.84 (1.08 – 3.07)
Reconstruida	16	70	7	30	23	0.04	2.54 (.84 – 6.86)
Fragmentada	25	93	2	7	27	0.29	.464 (.05 – 1.95)

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

¹Categoría de contraste

* Pearson

PERCEPCIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTE DE SU AMBIENTE FAMILIAR

CATEGORIA	Sin Intento		Con 1 ó Más Intentos		TOTAL	P*	OR (I.C. 95%)
	No.	%	No.	%			
Amable – Cálido ²	428	88	58	12	486		
Autoritario – Rígido	67	72	26	28	93	0.00	2.86 (1.61 – 4.99)
Hóstil – Violento	24	51	23	49	47	0.00	7.07 (3.54 – 13.96)

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

²Categoría de contraste

* Pearson

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

RELACION CON LOS HERMANOS

CATEGORIA	Sin Intento		Con 1 ó Más Intentos		TOTAL	P*	OR (I.C. 95%)
	No.	%	No.	%			
Muy buena ³	373	72.01	60	56.60	433		
Buena - Regular	128	24.71	38	35.85	166	0.00	1.84 (1.13 –2.96)
Mala	17	3.28	8	7.55	25	0.01	2.92 (1.04 –7.51)

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

³Categoría de contraste

* Pearson

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

**ANTECEDENTE DE INTENTO DE SUICIDIO
DE LA FAMILIA MATERNA Y PATERNA**

MADRE	Sin Intento		Con 1 ó Más intentos		TOTAL No.
	No.	%	No.	%	
No	470	90.38	95	88.79	565
Sí	50	9.62	12	11.21	62
PADRE					
No	477	91.73	93	86.92	570
Sí	43	8.27	14	13.08	57

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001.

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

Cuadro 7

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN SIN INTENTO Y SOBREVIVIENTE A UNO Ó MÁS INTENTOS DE SUICIDIO

	Sin Intento		Con 1 ó más Intentos		P*	OR (I.C. 95%)
	no.	%	no.	%		
HOMBRES	232	91.0	23	9.0		
MUJERES	287	77.4	84	22.6	0.00	2.95 (1.77- 5.06)

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

EL COLEGIO
DE SONORA
BIBLIOTECA
GERARDO CORNEJO MURRIETA

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES ASOCIADAS AL ESTADO EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES

	HOMBRES n= 255				P*	OR (I.C. 95%)
	Sin Intento n = 232		Con 1 ó más Intentos n = 23			
EL SENTIRSE RECHAZADO POR LOS PADRES	no.	%	no.	%		
No *	176	75.86	12	52.17		
Sí	56	24.14	11	47.83	0.013	2.88 (1.08 – 7.54)
SENTIR INCOMPRENSIÓN DE LOS PADRES						
Leve *	111	91.73	6	50.0		
Severo	10	8.27	6	50.0	0.000	11.1 (2.40 – 49.18)
SENTIMIENTO DE SOLEDAD AUN CUANDO SE ESTA C/OTRAS PERSONAS						
No*	142	61.21	7	30.43		
Sí	90	38.79	16	69.57	0.004	3.60 (1.33 – 10.73)
FUERTE DESEO DE MARCHARSE DE CASA						
No *	132	57.14	4	17.4		
SI	99	42.86	19	82.6	0.000	6.33 (2.00 – 26.23)
IMPULSIVIDAD						
BAJA *	64	27.59	4	25.0		
ALTA	72	31.03	12	75.0	0.093	2.66 (0.75 – 11.84)
DEPRESIÓN						
Nunca *	127	54.74	5	21.74		
De 3 a 7 días a la semana anterior del cuestionario	105	15.08	18	78.26	0.002	4.35 (1.48 – 15.43)

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

*Categoría de contraste

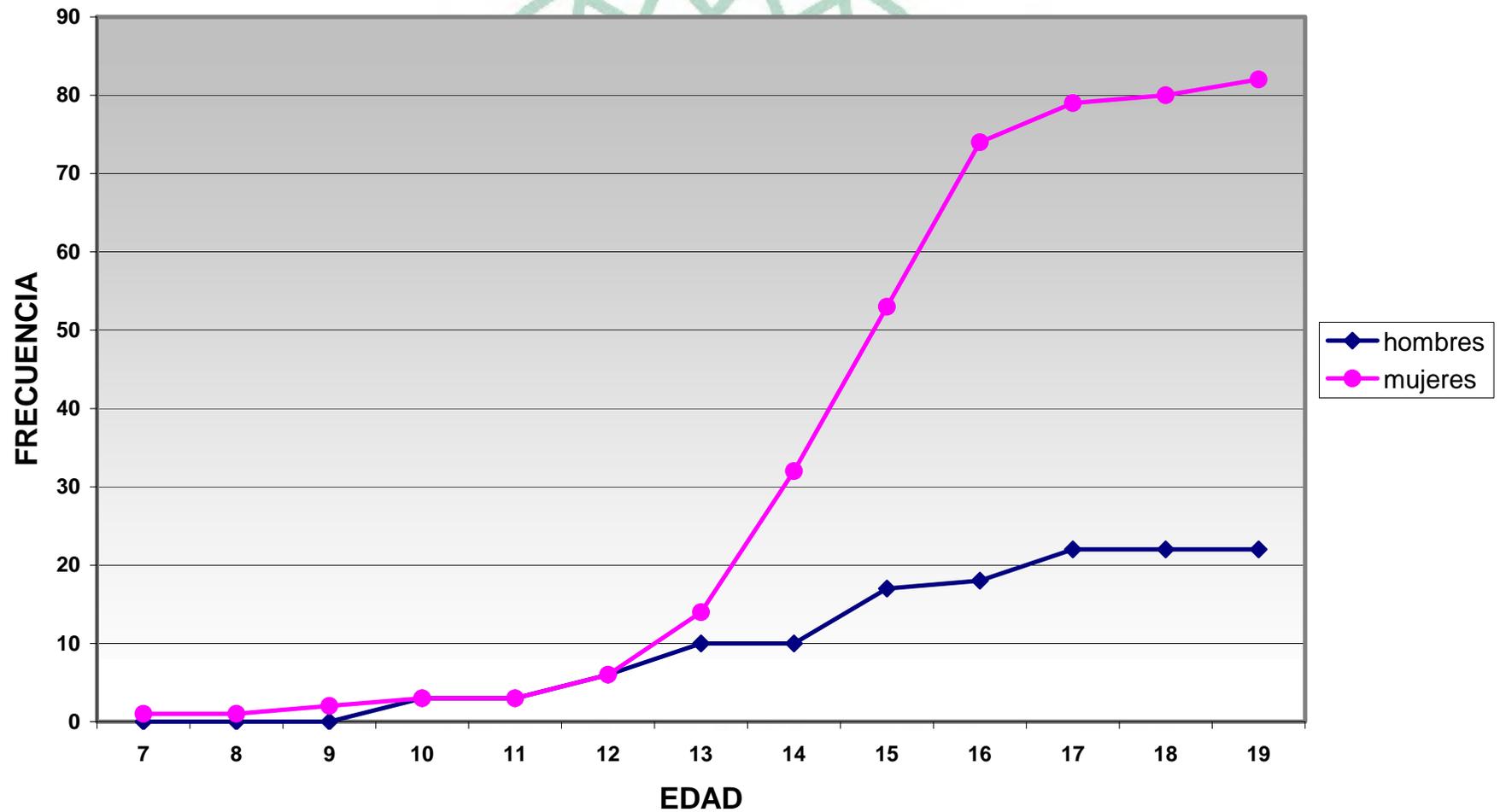
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES ASOCIADAS AL ESTADO EMOCIONAL DE LAS ADOLESCENTES

	MUJERES n= 371				P*	OR (I.C. 95%)
	Sin Intento n = 287 no. %		Con 1 ó más Intentos n = 84 no. %			
EL SENTIRSE RECHAZADA POR LOS PADRES						
No *	204	71.08	31	36.90		
Sí	83	28.92	53	63.10	0.00	4.20 (2.44 – 7.26)
SENTIR INCOMPRESIÓN DE LOS PADRES						
Leve *	134	89.33	20	66.7		
Severo	16	10.67	10	33.3	0.00	4.19 (1.47–11.39)
SENTIMIENTO DE SOLEDAD AUN CUANDO SE ESTA C/OTRAS PERSONAS						
No*	126	43.90	11	13.10		
Sí	161	56.10	73	86.90	0.00	5.26 (3.03 – 9.52)
FUERTE DESEO DE MARCHARSE DE CASA						
NO *	161	56.10	16	19.05		
SI	126	43.90	68	80.95	0.00	5.64 (3.31 – 9.96)
IMPULSIVIDAD						
BAJA *	116	65.54	15	28.85		
ALTA	61	34.46	37	71.15	0.00	4.69 (2.28 – 9.90)
DEPRESIÓN						
Nunca *	93	56.02	13	21.67		
De 3 a 7 días a la semana anterior del cuestionario	73	43.98	47	78.33	0.26	4.60(2.2- 9.94)

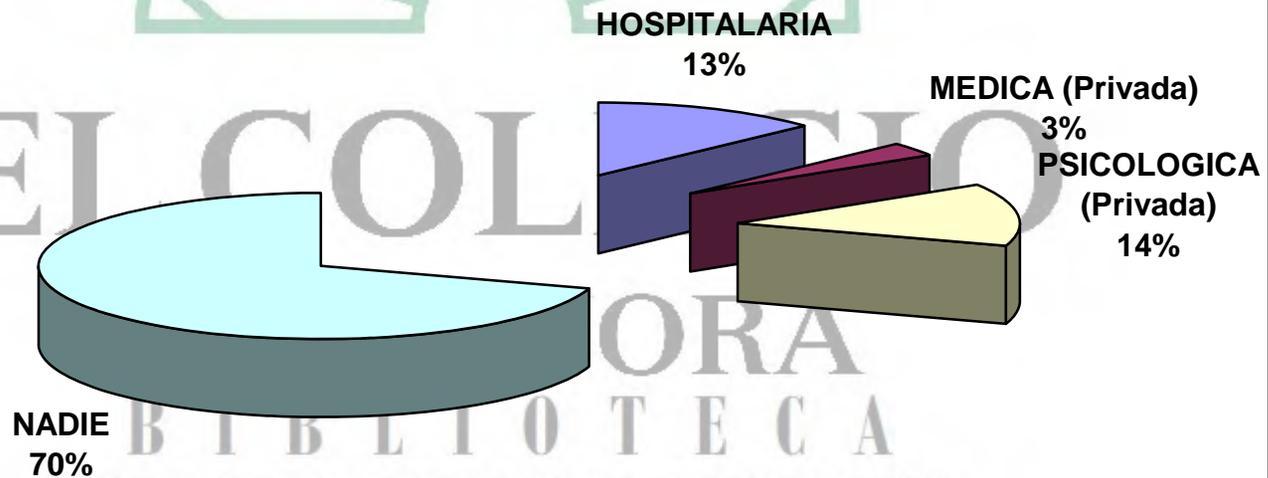
Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

*Categoría de contraste

FRECUENCIA ACUMULADA DE CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO
POR EDAD Y SEXO, (IDA DGO 2001).
(Grafica 1)



**ALTERNATIVAS DE ATENCION UTILIZADAS POR LOS Y LAS ADOLESCENTES DE LA UNICA O ÚLTIMA VEZ QUE INTENTARON SUICIDARSE, 2001.
(Gráfica 2)**



Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

RAZONES EXPUESTAS POR EL ADOLESCENTE PARA EL INTENTO DE SUICIDIO

	No.	%
ESTRÉS, PERDIDA, DESESPERANZA	58	55
DESEO DE INFLUIR EN LA DECISIÓN DE OTROS. (e.g. conductas manipulatorias)	13	19
DIFICULTAD EN EL CONTROL DE IMPULSOS	20	13
PROVOCADO POR UN IDEAL, ACTIVIDAD MÁGICA Y CONTROL OMNIPOTENTE	14	13

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE COMUNICÓ O
COMENTÓ CON ALGUNA PERSONA, SU INTENCIÓN DE
QUITARSE LA VIDA**

¿SE LO COMENTASTE A ALGUIEN?	No.	%
SÍ	63	60
NO	42	40
¿A QUIÉN?		
Amiga (o)s	33	30.9
Familiares: papá, mamá, hermana(o)s, prima(o)s	14	13.1
Amiga(o)s y Novia(o)	8	7.5
Familiar y Amiga(o)s (papá, mamá, amiga(o)s)	4	3.7
Otros: psicóloga(o), todos	4	3.7
No lo comentaron	44	41.1

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE INTENTO SUICIDARSE
POR SEXO, SEGÚN METODO EMPLEADO**

Método	Mujeres No.	%	Hombres No.	%
<i>Intoxicación por el uso de medicamentos o sustancias</i> “pastillas, insecticida”	29	34.5	10	43.5
<i>Uso de objetos punzocortantes</i> “cutter, vidrio, navaja, cuchillo, aguja”	20	23.8	6	26.1
<i>Empleo de dos métodos</i> “Me corte las venas y....” “tomé medicamentos”, “me intoxicqué”, “estuve a punto de tomarme una botella de cloro”, “tomé veneno para ratas”.	11	13.0	0	0
<i>Otros</i> “Me embriagué y drogué cañón”, “dejé de comer y me provoqué bulimia”, “estrellarme en un camino”	1	1.1	2	8.7
<i>Intenté pero no me atreví</i> “cortarme las venas”, “puse balas a una pistola”, “quise encajarme un cuchillo”, “tirarme de la azotea”	6	7.4	1	4.3
<i>No contestaron</i>	17	20.2	4	17.4
Total	84	100	23	100

Fuente: Cuestionario IDA-DGO 2001

CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES DE PREPARATORIA (IDA-DGO 2001)

Reg. No. _____

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en varias escuelas de esta ciudad. Las preguntas tienen que ver con datos generales como sexo, edad, con quién vives, etc., así como diversos temas de tu familia, amigos, y situaciones buenas y malas que puedes estar experimentando en tu vida.

Para que este estudio sea provechoso es muy importante que contestes a todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posible. **Todas las respuestas son estrictamente confidenciales, y ninguna persona podrá ser identificada**, por eso no te preguntamos tu nombre.

Muchos jóvenes han contestado el cuestionario y les ha gustado cooperar con nosotros, esperamos que a ti también te guste. Nuestro interés principal es conocer tus experiencias y opiniones.

Por favor, asegúrate de leer las instrucciones, antes de empezar a contestar las preguntas.

INSTRUCCIONES

Esto **NO** es un examen, **NO** hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor, trabaja con cuidado y contesta con toda franqueza.

Para cada pregunta, busca la respuesta que para ti sea la mejor, algunas veces se te pedirá que la escribas directamente y en otras, tendrás que colocar una "X" sobre el número que indica la respuesta que hayas escogido. Por favor, **no marques fuera de los recuadros**. Además, recuerda que debes **leer muy bien cada pregunta antes de contestarla**. Si no entiendes algo, haz el favor de avisarnos y te aclararemos, pero, por favor no te muevas de tu lugar y no distraigas a tus compañeros.

En la mayoría de las preguntas deberás de escoger sólo una opción. Hay otras en las que puedes elegir más de una respuesta, en estos casos se te hace una indicación.

Al final de este cuestionario viene un espacio enmarcado para que contestes, qué te parecieron las preguntas, cómo te sentiste y es muy importante que escribas en el recuadro tus sugerencias.

!!!GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!!!

D. DEMOGRÁFICOS

1. Eres tú:	1. Hombre 2. Mujer
2. ¿Cuántos años cumplidos tienes?	_____ Años de edad
3. ¿Qué grado de Preparatoria estudias?	Preparatoria Semestre 1° 4° 2° 5° 3° 6°
4. ¿Cuál es la religión que profesas?	_____
5. ¿La practicas?	1. Si 2. No 3. A veces
6. Tu estado civil es:	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión Libre
7. ¿Tienes papá? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá)	1. Tengo papá 2. Lo sustituye mi padrastro 3. Lo sustituye un tío 4. Lo sustituye un abuelo 5. Lo sustituye un hermano 6. Lo sustituye otra persona (especifica) _____
8. ¿Tienes mamá? (o quien es la persona femenina que la sustituye o hace las funciones de tu mamá)	1. Tengo mamá 2. La sustituye mi madrastra 3. La sustituye una tía 4. La sustituye una abuela 5. La sustituye una hermana 6. la sustituye otra persona (especifica) _____
9.- Tacha con quienes vives (puedes tachar más de una opción)	1.- Papá 2.- Padrastro 3.- Mamá 4.- Madrastra 5.- Hermanos (as) 6.- Hermanastros (as) 7.- Tíos (as) 8.-Abuelos (as) 9.- Otros familiares 10.- Amigos 11.- Otros _____

Todos sabemos que hay situaciones en la vida que nos pueden molestar. De la siguiente lista nos interesa conocer algunos aspectos en relación a tu familia y a ti mismo.

10. ¿Cómo percibes el ambiente en tu hogar? (tacha sólo una opción)	1) amable 2) rígido 4) autoritario	2) cálido 3) hostil 5) violento
11. ¿Te haz sentido alguna vez rechazado por tus padres?	1) Casi nunca 3) Frecuentemente	2) Algunas veces 4) Casi siempre
12. ¿Cómo consideras la relación con tus hermanos?	1) Mala 3) Buena	2) Regular 4) Muy buena
13. ¿Tienes la impresión de que tus padres no te comprenden?	1) Casi nunca 3) Frecuentemente	2) Algunas veces 4) Casi siempre
14. ¿Haz sentido un fuerte deseo de marcharte de casa?	1) Nunca 3) Frecuentemente	2) Algunas veces 4) Casi siempre
15. ¿Te sientes a menudo como si estuvieras solo aún cuando te encuentras con otras personas?	1) Casi nunca 3) Frecuentemente	2) Algunas veces 4) Casi siempre

Ahora nos interesa conocer algunas cosas relacionadas con tu forma de ser. Contesta las siguientes preguntas.

Que tan seguido:	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
16. Haces cosas arriesgadas sólo porque te gusta sentir las	1	2	3	4
17. Haces cosas arriesgadas sin pensar por qué las haces, casi automáticamente	1	2	3	4
18. Corres riesgos	1	2	3	4
19. Haces lo que te gusta sin pensar en las consecuencias	1	2	3	4
20. Te impacientas o te desesperas fácilmente con la gente	1	2	3	4

Ahora nos interesa saber acerca de algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido únicamente durante la semana pasada. Por favor indica el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así la semana pasada.

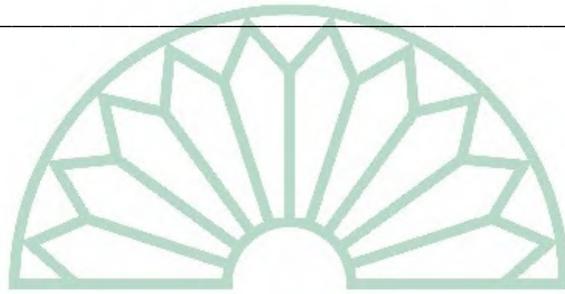
Durante la semana pasada, ¿cuántos días te sentiste así?	Número de días			
21. Me sentí deprimido (a)	0	1-2	3-4	5-7

En esta sección indica:

22. Por parte de tu padre: ¿Ha habido algún familiar que ha intentado suicidarse?	Sí_____ No_____
23. Por parte de tu madre: ¿Ha habido algún familiar que ha intentado suicidarse?	Sí_____ No_____
24. ¿Alguna vez, a propósito te haz herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca lo he hecho (pasa al siguiente recuadro) 2. Lo hice una vez 3. Lo hice dos veces o más
25. ¿Qué edad tenías la única o última vez que te hiciste daño, a propósito con el fin de quitarte la vida?	_____ años de edad
26. Esa única o última vez que te hiciste daño con el propósito de quitarte la vida, debido a las lesiones que te hiciste (puedes elegir varias opciones):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tuve que ir al hospital (urgencias) 2. Estuve en tratamiento médico 3. Estuve en tratamiento psicológico 4. No fui a ningún lado
27. Esa única o última vez que te hiciste daño con el fin de quitarte la vida, ¿Cuál era la finalidad de tu acción? (Puedes tachar mas de una opción)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intentar escapar de una situación dolorosa o estresante. 2. Porque una persona cercana a mi falleció y me sentía muy triste. 3. Porque hice algo malo y quería castigarme 4. Provocar remordimientos a mis padres o a gente cercana a mí. 5. Porque discutí fuertemente con mis padres. 6. Para probar a mis amigos o a mí mismo que soy valiente. 7. Discutí / Terminé con mi novio (a) 8. Sentí que mi vida no valía la pena en ese momento 9. Porque experimenté una fuerte desilusión 10. Porque quería conocer qué es la muerte
28. ¿Se lo comentaste a alguien?	Sí_____ ¿A quién? _____ No_____
29. ¿Cómo lo hiciste? (anota tu respuesta en las líneas) Ejemplo: intoxicación por medicamentos, cortar las venas, otro	<hr/> <hr/>

Qué te pareció el cuestionario?, cómo te sentiste con estas preguntas?.

Qué sugerencias nos das?.



EL COLEGIO

Muy estimado estudiante:

Con todo gusto estaríamos a tu disposición para ayudarte o asesorarte en cualquier aspecto psicológico que tú creas poder necesitar. Ten la seguridad de que cualquier apoyo por parte de nosotros tendrá total confidencialidad.

Con toda atención para ti:

Lic. Psic. Alberto Terrones González
Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango (IIC-UJED)
Avenida Universidad y Fanny Anitúa s/n
Tels. 812-29-21 y 813-32-33 (de 12:30 a 15:00 hrs)

Unidad de Psicología Clínica y Psicoterapia del Hospital General de Durango (en el Servicio de Consulta Externa)
5 de Febrero y Norman Fuentes (Centro). Tel. 813-00-11 (de 8 a 12:00 hrs)