

Portada Externa de Tesis

<p>Prevalencia de ideación y conducta suicida adolescente y su relación con factores psicológicos y psicosociales</p> <p>Autor</p> <p>2019</p>	 <p>Universidad Autónoma de Querétaro Facultad de Psicología Campus San Juan del Río</p> <p>Prevalencia de ideación y conducta suicida adolescente y su relación con factores psicológicos y psicosociales.</p> <p>Tesis</p> <p>Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestra en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia</p> <p>Presenta</p> <p>Karla Sughey González Zamora</p> <p>Dirigido por: Dra. Pamela Garbus</p> <p>San Juan del Río, Querétaro. Otoño 2019</p>
--	---

- Escudo y letras doradas

- Pastas duras color negro, tamaño carta



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Psicología

Campus San Juan del Río

Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia

Prevalencia de ideación y conducta suicida adolescente y su relación con factores psicológicos y psicosociales.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestra en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia

Presenta:

Lic. Karla Sughey González Zamora

Dirigido por:

Dra. Pamela Garbus

Dra. Pamela Garbus

Presidente

Dra. Gloria Nélide AVECILLA RAMÍREZ

Secretario

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

Vocal

Dra. Azucena de la Concepción Ochoa Cervantes

Suplente

Dr. Catalina Francisca González Forteza

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario, noviembre de 2019

México

DEDICATORIA

Esta tesis es el fruto del trabajo realizado con mucho cariño durante la maestría en salud mental de la infancia y la adolescencia. No sólo representa un sueño hecho realidad sino que enmarca el esfuerzo de muchos que de alguna manera contribuyeron con su apoyo.

Por lo anterior dedico este trabajo a todas las personas que han colaborado conmigo, especialmente dándome su cariño.

A mi familia:

Mis dos hermosos hijos, Alex por todo lo que está en tu mente que no dejas de compartir conmigo y que siempre me hace querer ser mejor persona, por tu amor, el que me das y que el que siento por ti, porque siempre has sido mi persona. Jacinto por tener el poder de ser súper tierno, estuviste conmigo, dentro de mí durante las clases en la uni y luego desde afuera, en mis brazos, siempre que fue necesario, eres compañerito de la maestría también y eres mi bolita de amor.

A mi esposo Jorge, que es mi amigo y mi maestro de vida, quien me ha llevado a los extremos más intensos en todos los sentidos y al que amo profundamente por siempre y que estuvo todo este tiempo a mi lado apoyándome para que yo pudiera ser una nerd.

A mi Pinchi, mi hermanita que está lejos pero siempre está en mi corazón, que siempre me dice, “échale ganas Pinchita”.

A mi tía Malichita y mis primos hermanos adorados Aquiles, Alejandro y Marco, que amo y valoro tanto.

A mi familia política que me demuestra su cariño en cada cosa que hacen, Geña no te dedico dos capítulos porque tengo limitado el espacio, pero te dedico estas líneas no sólo por cuidar a Jacinto para que yo pueda escribir, sino por darme tu apoyo y ser mi suegrita bonita y la abuela más hermosa para Jacinto; a Chapi y a mis hermanos por ley Ricardo, Diego y Ximena y a mi nueru Liv.

A la familia que ya no está, muchos han partido y se les extraña, pero especialmente le dedico todo el esfuerzo al abuelo panzón, Armando, que me enseñaste a ser buena persona, que me enseñaste a que no se deja nada en el plato y es mejor que haga daño, que me enseñaste que siempre que se quiere se puede amar incondicionalmente, gracias a tu recuerdo puedo seguir adelante y no rendirme, ojalá estuvieras físicamente como lo estás en mi corazón, te amo.

A mis compañeras:

Bere y Lucerito, que no sólo son mis coautoras sino mis amigas, les dedico mi trabajo y se los comparto porque sé que ustedes pueden sacarle provecho, así como yo intentaré sacar provecho del suyo, las quiero mucho y valoro mucho su tiempo, su ayuda, su cariño, su respeto, su trabajo, su esfuerzo, su sentido del humor, su conocimiento y su manera de compartir conmigo.

A mi mentora:

Pamela, porque siento que sin tu apoyo de plano no la hubiera armado, porque siempre cuento contigo en las buenas y en las malas, por tu paciencia, por tu forma de enseñarme, de mostrarme y de guiarme, por tu manera de decirme en qué estoy mal y en qué estoy bien, siempre me haces sentir que soy excelente estudiante y tengo la sospecha de que más bien tú eres una excelente maestra, docente, tutora, asesora, coordinadora y directora. Te admiro porque realmente eres todóloga y me encanta el cariño con el que realizas tu trabajo.

A todos los que no menciono aquí pero están de todas formas.

AGRADECIMIENTOS.

Infinito agradecimiento a la UAQ, la casa de estudios que me abrió las puertas para realizar este sueño, que no sólo me ofreció académicamente los recursos necesarios para mi aprendizaje, sino que además me otorgó una beca que me sirvió para concentrar todo el esfuerzo en mis estudios.

Dentro de esta institución, mi contacto y apoyo durante toda la maestría, la gestión de la beca con el que fui beneficiada, el cobijo personal y profesional durante todo este proceso, se lo debo y agradezco con el corazón a la Dra. Pamela Garbus, coordinadora, directora de tesis, maestra, tutora, asesora y sobre todo amiga. Sin ti, esto no hubiera podido ser realidad, te admiro, te respeto y te quiero.

A mis maestros, Melissa, Pablo, Gloria, Caro, Fabiola, Raquel, Gregorio... por lo que compartieron conmigo, por sus ganas de enseñarme, por su apoyo para seguirme superando, por su comprensión en los momentos difíciles y su apoyo en todo momento.

A la Doctora Catalina Francisca González Forteza quien junto con sus colaboradores ha aportado tanto al campo de la salud mental mediante su extenso trabajo que fue pilar como guía para la realización de esta investigación.

A mis queridas compañeras, Dulce, Erika, Bere y Lucerito, con quien conté durante todo el proceso de maestría, con quienes hice lazos más allá que de compañerismo, quienes ahora son familia, las quiero. Especial agradecimiento a Bere y Lucerito quienes estuvieron apoyándome en el trabajo de investigación, junto a ellas aprendí muchísimo. A mis compañeros de la segunda generación Marco, Dani, Lau y especialmente a Andy quien me reemplazó en trabajo de campo cuando lo necesité.

Agradezco mucho la ayuda que recibí de Jorge, Geña, Alex y Liv para no descuidar mi papel de estudiante y el de mamá al mismo tiempo y poder concluir este proyecto, ustedes son la prueba de que todo se puede cuando hay gente dispuesta a apoyar en lo que sea necesario. Y a ti Jacinto te agradezco todo el tiempo que fuiste ese bebé sonriente que no exigió mamá, fuiste muy paciente y comprensivo.

Índice

RESUMEN.....	1
SUMMARY	1
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Justificación.....	7
1.3. Pregunta de investigación.....	8
2. ANTECEDENTES/ ESTADO DEL ARTE.....	9
2.1. Prevalencia de problemática suicida en adolescentes por género	10
2.2. En relación con la conducta suicida	10
2.3. En relación con la ideación suicida	11
2.4. En relación con variables psicológicas y psicosociales.....	12
2.5. En cuanto a relaciones familiares.....	14
2.6. En relación con la autoestima.....	15
2.7. Otros factores de riesgo asociados a la problemática suicida	15
2.8. En cuanto a las características de la conducta suicida.....	16
3. MARCO CONCEPTUAL.....	18
3.1. Acerca de la problemática suicida.....	18
3.2. La etapa de la adolescencia	23
3.3. Hablando de factores protectores y de riesgo.....	24
3.4. Factores psicológicos	26
3.4.1. Sobre la autoestima.....	26
3.4.2. La impulsividad	26
3.4.3. El locus de control	27
3.4.4. La respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares o sociales ..	27
3.4.5. La Depresión.....	28
3.5. Factores psicosociales	28
3.5.1. En cuanto a los datos sociodemográficos	28
3.5.2. La relación con madre y padre.....	29
3.5.3. Los recursos de apoyo.....	29
3.5.4. El consumo de alcohol.....	30
3.5.5. El consumo de drogas	30
3.5.6. El estrés cotidiano social.....	31
3.6. Nivel de marginación	31
3.7. Tipo de escuela.....	32
4. OBJETIVOS.....	33
4.1. Objetivo general	33
4.2. Objetivos específicos.....	33
5. METODOLOGÍA	35
5.1. Tipo de estudio	35
5.2. Población y muestra	35
5.3. Técnicas e Instrumento.....	36
5.3.1. Instrumento	36
5.3.2. Análisis de los datos.....	39

5.4.	Procedimiento.....	42
5.5.	Lineamientos éticos.....	42
6.	RESULTADOS.....	45
6.1.	Caracterización general de la muestra.....	45
6.2.	Prevalencia de ideación suicida reciente.....	45
6.3.	Ideación suicida reciente con nivel de marginación y tipo de escuela.....	46
6.4.	Características específicas de ideación suicida reciente por sexo.....	47
6.5.	Prevalencia de ideación suicida actual.....	49
6.6.	Ideación suicida actual por nivel de marginación y tipo de escuela.....	50
6.7.	Características específicas de ideación suicida actual por sexo.....	51
6.7.1.	Motivos referidos como causantes de la ideación suicida actual.....	51
6.8.	Prevalencia de conducta suicida alguna vez en la vida.....	52
6.9.	Prevalencia de conducta suicida por nivel de marginación y tipo de escuela.....	53
6.10.	Características específicas de conducta suicida por sexo.....	54
6.10.1.	Edad.....	54
6.10.2.	Método utilizado con el fin de quitarse la vida.....	55
6.10.3.	Motivos por los que se realizó la conducta suicida.....	56
6.10.4.	Propósito de la conducta suicida.....	58
6.10.5.	Letalidad de la conducta suicida.....	59
6.10.6.	Búsqueda de ayuda tras conducta suicida.....	60
6.11.	Relación entre ideación suicida reciente con conducta suicida.....	63
6.12.	Relación entre ideación suicida actual con la conducta suicida.....	64
6.13.	Relación de ideación y conducta suicida con factores psicológicos.....	64
6.13.1.	Ideación suicida reciente y factores psicológicos.....	64
6.13.2.	Conducta suicida alguna vez en la vida y factores psicológicos.....	65
6.14.	Relación de ideación y conducta suicida con factores psicosociales.....	66
6.14.1.	Datos sociodemográficos e ideación suicida reciente.....	66
6.14.2.	Datos sociodemográficos y conducta suicida.....	67
6.14.3.	Otros factores psicosociales e ideación suicida.....	69
6.14.4.	Otros factores psicosociales y conducta suicida.....	70
7.	DISCUSIÓN.....	72
7.1.	Prevalencia de ideación suicida reciente, actual y conducta suicida.....	72
7.2.	Características de ideación suicida.....	75
7.3.	Características en torno a la conducta suicida.....	77
7.4.	Relación de ideación y conducta suicida con los factores psicológicos.....	82
7.5.	Relación de ideación y conducta suicida con factores psicosociales.....	85
8.	CONCLUSIÓN.....	88
8.1.	Alcances y limitaciones del estudio.....	89
8.2.	Recomendaciones para futuros estudios.....	90
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	91
10.	ANEXOS.....	99

Anexo 1 Consentimiento informado	99
Anexo 2 Guión de aplicación CIP-DERS	101
Anexo 3 Guión entrega del consentimiento informado.....	102
Anexo 4 Instrumento CIP-DERS	103
Anexo 5 Guía de Recursos de Apoyo	119
Anexo 6 Carta de autorización USEBEQ	120

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 Escalas contenidas en CIP-Ders utilizadas en el estudio	37
Tabla 2 Definición operacional de ideación y conducta suicida	38
Tabla 3 Operalización de factor psicológico: sintomatología depresiva.....	38
Tabla 4 Definición operacional de factores psicológicos.....	39
Tabla 5 Definición operacional de factores psicosociales.....	40
Tabla 6 Operalización de consumo de alcohol y drogas	41
Tabla 7 Tabla cruzada de nivel de marginación y tipo de escuela.....	45
Tabla 8 Porcentajes de cada uno de los indicativos de ideación suicida, total y por sexo. .	48
Tabla 9 Edad de última o única vez de conducta de suicidio según sexo.	55
Tabla 10 Método empleado para quitarse la vida según sexo.....	56
Tabla 11 Categorías de ¿Para qué te hiciste daño con el propósito de quitarte la vida?	58
Tabla 12 Por qué si busqué ayuda.....	61
Tabla 13 Por qué no busqué ayuda.....	62
Tabla 14 Regresión logística con factores psicológicos.....	65
Tabla 15 Regresión logística con datos sociodemográficos 1.....	67
Tabla 16 Regresión logística con datos sociodemográficos 2.....	68
Tabla 17 Regresión logística con datos sociodemográficos 3.....	69
Tabla 18 Regresión logística con otros factores psicosociales.....	70
Figura 1 Prevalencia de ideación suicida reciente.	46
Figura 2 Ideación suicida reciente y nivel de marginación	47
Figura 3 Ideación suicida reciente y tipo de escuela	47
Figura 4 Prevalencia de ideación suicida actual general y por sexo.	49
Figura 5 Ideación suicida actual y nivel de marginación.	50
Figura 6 Ideación suicida actual y tipo de escuela	51
Figura 7 Motivos de ideación suicida actual	52
Figura 8 Prevalencia total de conducta suicida global y por sexo.	52
Figura 9 Conducta suicida alguna vez en la vida y nivel de marginación	53
Figura 10 Conducta suicida alguna vez en la vida y tipo de escuela	54
Figura 11 Motivos de conducta suicida por sexo	57
Figura 12 “Busqué ayuda/consuelo/consejo de un...”	60
Figura 13 Relación de ideación suicida reciente con conducta suicida	63
Figura 14 Relación de ideación suicida actual y conducta suicida	64

Dirección General de Bibliotecas UAQ

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo general conocer la prevalencia de ideación y conducta suicida en estudiantes de escuelas secundarias públicas de San Juan del Río, Querétaro, así como conocer las características de dicha problemática y su relación con factores psicológicos y psicosociales. Se trata de un estudio epidemiológico con enfoque cuantitativo de corte transversal, cuyo diseño y alcance es exploratorio, descriptivo y correlacional. Para la recolección de datos se administró un cuestionario autoaplicable y anónimo, a una muestra representativa de adolescentes que se encuentran cursando el nivel medio en San Juan del Río, Qro. Se encontró una alta prevalencia de ideación suicida reciente (10.7%), ideación suicida actual (4.6%) y conducta suicida (20%). Se encontró una relación significativa predictora con los factores de riesgo depresión, impulsividad, locus de control interno, consumo de alcohol, marihuana e inhalables, problemas económicos y los factores protectores autoestima, recursos de apoyo. Esto confirma la importancia y la urgencia de llevar a cabo planes específicos en torno a la promoción, prevención y atención de problemáticas suicidas en la región.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia de ideación y conducta suicida, factores psicológicos, factores psicosociales.

SUMMARY

This research has as a general objective to know the prevalence of suicidal ideation and attempt in students of public high schools of San Juan del Río, Querétaro, as well as to know the characteristics of said problem and its relationship with psychological and psychosocial factors. This is an epidemiological study with a quantitative cross-sectional approach, whose design and scope is exploratory, descriptive and correlational. For data collection, a self-administered and anonymous questionnaire was administered to a representative sample of adolescents who are studying at the secondary level in San Juan del Río, Qro. A high prevalence of recent suicidal ideation (10.7%), current suicidal ideation (4.6%) and suicidal behavior (20%) was found. A significant predictive relationship was found with the risk factors depression, impulsivity, internal locus of control, alcohol consumption, marijuana and inhalants, economic problems and protective factors self-esteem, support resources. This confirms the importance and urgency of carrying out specific plans around the promotion, prevention and attention of suicidal problems in the region.

KEY WORDS: Prevalence of suicidal ideation and behavior, psychological factors, psychosocial factors.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tuvo como principal propósito indagar sobre la condición actual en relación a la salud mental de los adolescentes que se encuentran estudiando el nivel medio, secundaria, en el municipio de San Juan del Río, Querétaro. El objetivo general fue saber la prevalencia de ideación y conducta suicida, saber cómo ha sido la ideación suicida reciente y actual, así como saber qué condiciones tienen los adolescentes que atraviesan por esta problemática, así como saber en qué circunstancias ha ocurrido la conducta suicida que los adolescentes refieren como intento de suicidio, además de las características que presentan.

Se buscó conocer si ciertos factores tendrían una relación predictora con la ideación y la conducta suicida. Estos factores se dividen en: psicológicos, en los que se incluyeron autoestima, locus de control, impulsividad, respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares y depresión; y psicosociales, en los que se incluyeron datos sociodemográficos, relación madre/padre, recursos de apoyo, estrés social cotidiano, consumo de alcohol y consumo de drogas.

En este primer capítulo se aborda el planteamiento del problema que se investigó, se incluyen cifras a nivel mundial y local en relación al suicidio. Se presenta la justificación que permite dar cuenta de la relevancia de realizar este trabajo y se presenta la pregunta de investigación en la que se basó el estudio.

En el segundo capítulo se habla de antecedentes y/o estado del arte, es decir, un relevamiento de los estudios que han abordado temáticas en torno a la problemática suicida y han indagado sobre la relación de la misma con otros factores.

En el tercer capítulo se hace un breve marco referencial a partir del cual se pretende dar una noción general de los conceptos que se han abordado a lo largo del estudio, empezando por ideación e intento suicida y abordando de igual manera los factores psicológicos y psicosociales antes mencionados, estos factores pueden ser de riesgo o protectores, cuestión que se explica en este capítulo.

En el cuarto capítulo se describen los objetivos generales, y específicos.

El quinto capítulo explica el procedimiento que se siguió para poder realizar este estudio. Describe la metodología empleada, el instrumento utilizado y la muestra de estudiantes adolescentes a quienes se aplicó el instrumento, es decir, describe la parte técnica de este trabajo.

El sexto capítulo muestra los resultados obtenidos a través del instrumento que fue aplicado. De manera descriptiva se presentan los datos generales de los participantes, posteriormente se describen los porcentajes en cuanto a prevalencia de ideación suicida reciente y actual, así como de conducta suicida alguna vez en la vida y las características de dichas problemáticas. Se explica también la relación con los factores psicológicos y psicosociales, en donde se muestra el valor estadístico y su interpretación, análisis que se llevó a cabo a través de regresión logística binaria, lo que permite ubicar dichos factores como predictores, ya sean protectores o de riesgo.

En el capítulo siete se reúne la información recaudada en todo el trabajo, se discute lo que se ha obtenido en los resultados en contraste con los antecedentes descritos. Aquí se hace una interpretación y se condensa lo más relevante de los hallazgos, dando a conocer cuáles son las implicaciones que aportan, no sólo a la ciencia sino de manera práctica.

En el octavo capítulo se encuentran las conclusiones obtenidas de este trabajo de investigación.

1.1.Planteamiento del problema

Los trastornos mentales representan una proporción importante de la carga global de enfermedad (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara, Rojas, et al., 2009). La salud mental se ha convertido en prioridad de salud pública, en tanto los problemas relacionados a la misma cobran un número especialmente elevado de víctimas en la segunda década de la vida (Organización Mundial de la Salud OMS, 2014a). La depresión es considerada como la principal causa a nivel mundial de morbilidad y discapacidad entre los adolescentes, y el suicidio es la tercera causa de defunción; así mismo, la violencia, la pobreza, la humillación y el sentimiento de desvalorización pueden aumentar el riesgo de padecer problemas de salud mental (OMS, 2016).

Respecto al suicidio específicamente, cada año un millón de personas se quitan la vida, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100,000 o una muerte cada 40 segundos; en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial y es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 y 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio que se calcula 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Se estima que a nivel mundial el suicidio representó el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 se incrementará la cifra a 2,4%. Pese a que las mayores tasas de suicidio se han registrado entre varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento, de hecho, actualmente son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo (OMS, 2017a).

Los trastornos mentales, especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, son un importante factor de riesgo de suicidio en algunos países, mientras que en otros tiene especial importancia la conducta impulsiva. El suicidio es un problema complejo en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales (OMS, 2017a).

Algunos factores que influyen en la salud mental de los adolescentes son las tensiones familiares, la adversidad económica y las limitaciones sobre sus derechos a la educación y a la salud (WFMH, 2003).

Las tasas de suicidio en jóvenes han ido en aumento en los últimos años y se estima que seguirán incrementándose (OMS, 2017a), situación que ocurre de la misma manera en nuestro país (Kohn & Friedmann, 2009) y específicamente en el estado de Querétaro (Espinosa Feregrino, Almeida Montes, Cortés & Amador, 2003).

El suicidio es un grave problema de salud pública (OMS, 2019); no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo costo. Según la Organización Mundial de la Salud (2019) algunas medidas que se pueden adoptar para prevenir el suicidio y los intentos de cometerlo, incluyen:

- Restricción del acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos);
- Información responsable por parte de los medios de comunicación;
- Introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol;
- Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo;
- Capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas;
- Seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.
- Coordinación y colaboración de múltiples sectores de la sociedad, incluidos los de salud, educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, derecho, defensa, política y medios de comunicación. Esas actividades deben ser amplias e integradas, dado que ningún enfoque individual por separado puede tener efecto en una cuestión tan compleja como el suicidio.

Existe un estigma en torno a los trastornos mentales y el suicidio que disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida y, por lo tanto, no reciben la

ayuda que necesitan. La falta de sensibilización respecto del suicidio imposibilita el abordaje adecuado en la prevención del mismo, por lo tanto es imperativo aumentar la sensibilidad de la comunidad y superar el tabú para que los países avancen en las estrategias de prevención (OMS, 2019).

En cuanto a la prevalencia de intento suicida, no se cuentan con datos específicos a nivel mundial, sin embargo, se estima que por cada suicidio consumado hay al menos 20 más tentativas de suicidio. En la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante para el suicidio consumado (OMS, 2019).

Los intentos de suicidio implican un alto costo social y económico para las comunidades, en parte por la utilización de servicios de salud ya sea para tratar las lesiones o por el impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados, así como a la discapacidad a largo plazo que ocasionalmente ocurre debido a la lesión (OPS, 2014).

Personal que labora en centros de atención pública de la salud mental mencionan que en San Juan del Río es cada vez mayor el índice de intentos suicidas y suicidio consumado, sin embargo, existe una ausencia de investigaciones o estudios que reflejen la realidad de esta situación (Avendaño, 2017). Se desconoce la prevalencia de la problemática suicida en los adolescentes de San Juan del Río.

Es imperativo conocer la situación actual en torno al suicidio en los adolescentes, pues esta es la vía más efectiva para poder realizar programas de prevención, promoción y atención en salud mental. Al momento no se cuenta con programas de salud mental para adolescentes en San Juan del Río a pesar de que éstos han referido tener sentimientos de tristeza, nerviosismo, ansiedad, estrés o haber tenido pensamientos negativos y que quienes han recibido algún tipo de atención lo ha hecho de manera privada (Garbus, Morales & Cabello, 2016). La prevención en materia de salud mental se desarrolla principalmente por medio de la difusión de información sobre la misma y del diagnóstico oportuno (Sandoval, 2005), por ello deben reconocerse las necesidades de salud mental de niños y adolescentes.

1.2. Justificación

El suicidio es un problema grave de Salud Pública que requiere ser investigado (OMS, 2017b). Es un problema trágico y potencialmente prevenible (WFMH, 2003). A pesar de que los datos científicos indican que numerosas muertes son evitables, el suicidio con demasiada frecuencia tiene escasa prioridad en los gobiernos. Los suicidios cobran un alto costo pues más de 800,000 personas mueren cada año por esta causa, además, tal como se mencionó, existen indicios de que por cada suicidio consumado posiblemente más de otros 20 se intentaron. La identificación temprana y el manejo eficaz en torno a esta problemática son fundamentales para conseguir que las personas reciban la atención que necesitan (OMS, 2014b).

Una efectiva planeación en políticas y servicios de salud requiere evidencia sobre los factores indicativos del problema que se padece y sobre cómo afecta diferencialmente a los distintos grupos de población, la proporción de la demanda atendida y las necesidades no cubiertas (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara, Rojas, et al., 2009).

Tener datos sobre la prevalencia de conducta suicida es de vital importancia para poder implementar un plan específico de prevención del suicidio y la adecuada atención de la problemática (OPS, 2014). El intento suicida se considera un antecesor del suicidio consumado y por ello tener información al respecto puede ayudar a salvar vidas.

Es alarmante el rezago existente en cuanto a los datos epidemiológicos para conocer las necesidades de atención y los modelos de uso de servicios en la población adolescente (Genjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, Rojas, et al., 2009).

La OMS (2019) menciona que los datos sobre el suicidio e intentos de suicidio son insuficientes, lo que constituye un obstáculo en la planeación de estrategias eficaces en la prevención que requieren la vigilancia y seguimiento de los suicidios y los intentos de suicidio. Las diferencias en los patrones de suicidio, los cambios en las tasas, características y métodos de suicidio, ponen de relieve la necesidad de mejorar la integridad, calidad y oportunidad de los datos concernientes al suicidio.

Indagar la prevalencia de ideación y conducta suicida en la población adolescente es de gran importancia, debido al aumento de la problemática suicida en los últimos años tanto a nivel mundial como a niveles locales. Además, la adolescencia representa un periodo en el cual existe la oportunidad de corregir problemas que hayan podido surgir en los 10 primeros años de vida. Se pueden llevar a cabo intervenciones que mitiguen los efectos negativos a largo plazo de violencia o maltrato que eviten que afecten a la salud en el futuro.

Otro aspecto importante es que hasta un 50% de los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años, aunque la mayoría de los casos no se reconocen o se tratan, lo que tiene consecuencias graves a largo plazo en relación con la salud mental (OMS, 2014a).

En San Juan del Río no existen datos relacionados a la problemática suicida, en especial sobre adolescentes.

Se espera que los datos obtenidos a partir de este estudio se utilicen de insumos para el diseño de programas de prevención, promoción y atención en cuanto a la problemática suicida.

1.3.Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida reciente y actual, y conducta suicida alguna vez en la vida en los adolescentes en nivel secundaria de San Juan del Río y cuál es su relación con factores psicológicos y psicosociales?

2. ANTECEDENTES/ ESTADO DEL ARTE

En México los trastornos mentales por lo común tienen edades de inicio muy tempranas; para dar un ejemplo, los trastornos de ansiedad pueden iniciar desde la primera etapa de la adolescencia (Aguilar-Gaxiola & Deeb-Sossa, 2009).

Por otro lado, en el país el 1,6% de la población adulta ha intentado suicidarse (Sandoval, 2005). La tasa de suicidios se ha ido incrementando y se asocia con un aumento de malestar social; entre 1990 y 2005 la tasa pasó de 4,7 a 7,8 por 100,000 habitantes en hombres y de 0,7 a 1,2 por 100,000 en mujeres, siendo que el mayor aumento se produjo entre los adolescentes de 0,8 a 2,3 por 100,000 (Kohn & Friedmann, 2009). Del año 2000 a 2014, la tasa de suicidios se elevó de 3,5 a 5,2 por cada 100,000 habitantes; ocho de cada 10 suicidios (80.02%) fueron consumados por hombres y 19.8% por mujeres; en 40.2% de los casos de suicidio en 2014, se trató jóvenes de 15 a 29 años, en este grupo de edad la tasa llega a 7,9 suicidios por cada 100,000 jóvenes.

El suicidio en México es un fenómeno que presenta significativas diferencias por sexo, la tasa de mortalidad masculina por esta causa fue de 8,5 y en mujeres 2,0 por cada 100 mil, presentándose mayormente en edades jóvenes. De acuerdo con el nivel de instrucción que tenían las personas que cometieron suicidio en el país, el mayor porcentaje corresponde a los que cuentan al menos con estudios de secundaria (INEGI, 2016).

En Querétaro la tasa de suicidio en 2014 fue de 3.9 por cada 100,000 habitantes. Concretamente en la población de 15 a 29 años, la tasa en Querétaro es de 5.6 entre 100 mil habitantes (INEGI, 2016). La tasa de suicidio en individuos mayores de 10 años se ha incrementado en los últimos años. Por lo regular los sujetos que fallecen por suicidio o que intentan suicidarse, provienen de familias con antecedentes de conducta suicida, trastornos afectivos y consumo de sustancias, así como con antecedentes familiares de separación, divorcio, violencia, abuso físico y/o sexual, entre otros (Espinosa Feregrino, Almeida Montes, Cortés & Amador, 2003).

La problemática suicida en adolescentes ha sido estudiada en México en diversas investigaciones por su relevancia para la salud pública y por el incremento que se ha observado en los últimos años (OMS, 2017a).

A continuación, se mencionan los hallazgos más relevantes para este trabajo, encontrados en diversos estudios.

2.1. Prevalencia de problemática suicida en adolescentes por género

Se ha encontrado que tanto la prevalencia de ideación suicida como del intento suicida es mayor en las mujeres que en los hombres (González-Forteza et al., 1998a, 2001, 2003; Fernández et al., 2001; Díaz-Atienza, Prados & Ruiz-Veguilla, 2004; Cano, Gutierrez & Nizama, 2009; Sánchez et al., 2002), sin embargo, se encuentra que en el suicidio consumado hay un mayor número de hombres (Larraguibel, et al, 2000), datos que también coinciden con la información de la OMS (2017a).

2.2. En relación con la conducta suicida

En un estudio realizado por la Dra. Catalina González-Forteza (1996) se halló que el 21% de los adolescentes encuestados reportaron haber cometido intento de suicidio, el promedio de la edad de último o único intento fue de 11.5 años en los estudiantes de secundaria y 14.6 años en estudiantes de bachillerato. Al indagar sobre el método utilizado, se encontraron respuestas como “Me subí a la barda, pero no me aventé”, “me puse el chuchillo en la yugular pero no me lo encajé”, de forma que, se habla de conducta suicida y no intento como tal.

Por la experiencia en el estudio mencionado en el párrafo anterior, en una encuesta realizada por Medina-Mora y sus colaboradores, incluyeron reactivos para identificar la prevalencia del intento suicida. La pregunta específica fue: “¿Alguna vez te has cortado, intoxicado o hecho daño a propósito con el fin de quitarte la vida?”, sin embargo, las respuestas incluían intento de suicidio, suicidio ambiguo y autolesiones. El resultado de prevalencia de conducta suicida en este estudio fue del 10.1% con una proporción de 2 mujeres (13.3%) por cada hombre (6.3%). La edad promedio de última o única vez de lo

referido como intento fue a los 13 años para ambos sexos y en estudiantes de secundaria (González-Forteza et al., 1998).

En otro estudio (Berenzon, González-Forteza & Medina-Mora, 2000) se encontró que el 3.6% de la muestra reportó haber intentado suicidarse alguna vez. Factores tales como la hospitalización o la dificultad para realizar las tareas cotidianas, sirven para conocer indirectamente la intensidad o gravedad de los intentos de suicidio. Del total de las mujeres que intentaron quitarse la vida, el 33% necesitaron ser hospitalizadas por la gravedad de las lesiones que se autoinflingieron y el 39% estuvo incapacitada para realizar sus labores diarias. Este estudio a diferencia de los otros reportados, se realizó con mujeres adultas y no adolescentes.

En un estudio de prevalencia de conducta suicida en adolescentes de la Ciudad de México (González-Forteza et al., 2002) se indagó la problemática suicida en dos años distintos, 1997 y 2000. Para 1997 la prevalencia de conducta suicida fue de 8.3%; mientras que en 2000 se incrementó a 9.5%.

En un estudio recientemente realizado en Campeche, se encontró que el 8% de la población secundaria tuvo tres o más problemas psicosociales en el último mes previo al estudio, incluyendo el consumo de drogas, depresión elevada y problemas suicidas como intentos y lesiones autoinflingidas (González-Forteza, et al. 2017).

2.3. En relación con la ideación suicida

En un estudio sobre prevención del suicidio en adolescentes (González-Forteza & Jiménez-Tapia, 1995), se encontró que el 47% de los adolescentes había reportado al menos un síntoma de ideación suicida en la semana previa al estudio, es decir, ideación suicida reciente; 17% reportó haber pensado en quitarse la vida y el 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos que componen la Escala de ideación suicida.

Otro estudio que asocia trastornos depresivos y fóbicos con problemática suicida en mujeres desde los 18 años (Berenzon, González-Forteza & Medina-Mora, 2000), menciona que el 7.2% de mujeres reportaron haber presentado ideación suicida en algún momento.

En otro estudio realizado en adolescentes (González-Forteza et al., 2001) se reporta una frecuencia de malestar depresivo y de ideación suicida actual en hombres de 14% y 15% respectivamente, mientras que en las mujeres fue de 18% en ambos indicadores. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre abuso sexual y el intento suicida. También se reporta que de los hombres que habían intentado suicidarse, el 50% presentó malestar depresivo e ideación suicida actuales; y en las mujeres que habían sido atacadas sexualmente y que habían presentado alguna conducta suicida, se presentó una alta proporción (67%) de estas problemáticas.

Por otro lado, en un estudio enfocado en adolescentes (Jiménez-Tapia, Mondragón & González-Forteza, 2007) se reporta prevalencia de ideación suicida reciente con un 14% de hombres y 19.2% de mujeres.

2.4. En relación con variables psicológicas y psicosociales.

Se han indagado los factores de riesgo más comunes relacionados a la problemática suicida, siendo la depresión la más frecuente de ellas (Sánchez-Sosa et al, 2010; Pérez-Amezcu et al., 2010; Bella et al, 2010; Sánchez & Gómez, 2002; Peña et al, 2002; González-Forteza, Ramos, et al, 2001; Larraguibel, et al, 2000), información que coincide con los datos de la OMS (2017a).

En un estudio que relaciona los estresores cotidianos, el malestar depresivo y la ideación suicida en adolescentes se encontró que, tanto en mujeres como en varones, los conflictos con el mejor amigo/a se relacionan con un ánimo deprimido y con la tendencia a somatizar ese malestar. Además, se encontró una relación entre las mujeres que tienen a sentirse mal en sus relaciones interpersonales y la ideación suicida (González-Forteza & Andrade, 1993).

Estudios que abordan la problemática suicida en adolescentes (González-Forteza, Berenson & Jiménez, 1999; González-Forteza, 1992) mencionan que el principal factor de riesgo en los varones es el ambiente familiar, mientras que en las mujeres lo son, además de un ambiente familiar disfuncional, el sentirse en desventaja con sus amigas, tener baja

autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con la madre y preferir aislarse en situaciones problemáticas.

Resultados similares se encontraron en un estudio ya señalado (González-Forteza, 1996) donde los factores de riesgo sobre ideación suicida en los hombres son el estrés percibido ante conflictos con familiares y amigos, respuestas de enfrentamiento agresivas y baja autoestima; en las mujeres fueron la impulsividad y el estrés en las relaciones familiares. En cuanto a factores protectores, en los varones se encontró una alta autoestima asociada con un locus de control interno y la percepción de que sus padres establecen una buena relación con ellos; en las mujeres, también resultó la autoestima, el locus de control interno, además de la percepción de que sus padres establecen una buena relación con ellas y el percibir apoyo real cuando buscan ayuda, consejo o consuelo.

Resultados similares se encuentran en el estudio realizado por González-Forteza, Jiménez-Tapia y Gómez (1995), en donde se menciona en primer lugar, que las dimensiones predictoras de ideación suicida son diferentes en varones que en mujeres. Mientras que en los hombres se circunscriben a la esfera del estrés familiar, en las mujeres es en las esferas de estrés social, características de personalidad y ambiente social.

En cuanto a la asociación de la problemática suicida con otros trastornos se ha encontrado en un estudio de Berenzon, González-Forteza y Medina-Mora (2000) que las variables identificadas como factores de riesgo tanto para la ideación como para la conducta suicida, fueron presentar trastornos depresivos (11.62 veces más de riesgo para la ideación y 6.9 para el intento) y ser soltera (1.8 veces más de riesgo para la ideación y 1.4 para intento).

También se ha encontrado que el estrés social se relaciona con la problemática suicida (Florenzano et al., 2011; Fernández et al., 2001; González-Forteza et al., 1998a). Se encuentran entre los hallazgos de diversas investigaciones, una estrecha relación con el consumo nocivo de sustancias (Pérez-Amezcuca et al., 2010; Larraguibel et al., 2000; González-Forteza et al., 1998a).

En el estudio “Aspectos psicosociales del suicidio en adolescentes mexicanos” (González-Forteza, 1995), se mencionan los siguientes factores de riesgo de la conducta

suicida: Trastornos psiquiátricos, tales como la depresión y ansiedad; conducta suicida previa; letalidad y severidad del acto suicida; problemas afectivos y familiares, es decir, factores cognitivos; y otros factores como el consumo de alcohol.

Al respecto del factor asociado al consumo de alcohol, en un estudio (Terroba, Saltijeral & del Corral, 1987) se encontró que el 68% de una muestra de suicidios, se encontraba en estado de ebriedad en el momento de quitarse la vida; el 43% ya eran alcohólicos y el 89% eran hombres. En una muestra de personas que tuvieron intento suicida, el 40% había consumido bebidas alcohólicas durante las 6 horas previas al intento. Contextualizando el consumo de alcohol, se sugieren que el consumo problemático de alcohol hace que el sujeto tienda a ignorar sus roles y funciones dentro del ámbito familiar, ocupacional y social y, por tanto, son rechazados por su familia y la sociedad lo que provoca sentimientos de minusvalía y frustración. Por lo anterior los autores sostienen que las consecuencias clínicas y sociales del beber en exceso son factores desencadenantes del acto suicida. Cabe mencionar que a pesar de tratarse de un estudio realizado con adultos, la influencia del consumo de alcohol resulta de gran relevancia para este trabajo.

Otros estudios también mencionan como característica relevante el hecho de sufrir algún trastorno psiquiátrico y/o algún malestar emocional como antecedente de la problemática suicida (Bella et al., 2010; Rivera et al., 2006; Sánchez et al., 2005; Peña et al., 2002; González-Forteza et al., 2001; Cortés et al., 2001; Larraguibel et al., 2000).

2.5. En cuanto a relaciones familiares

Otro de los hallazgos importantes es que la problemática suicida se asocia fuertemente a las relaciones familiares, especialmente relación con los padres, en aquellos casos en donde hay poca comunicación y/o conflictos (Noa et al, 2010; Pérez-Amezcu, 2010; Pavez et al, 2009; Valadez-Figueroa et al, 2005; González-Forteza et al, 2003; Peña et al., 2002; Cortés et al, 2001; González-Forteza, 1998a; González-Forteza et al, 1995), falta de calidez familiar (Larraguibel et al., 2000), falta de expresión de afecto y control consistente con los hijos, así como hostilidad marital (Florenzano, et al, 2011), ambiente familiar carente de unión y apoyo (Rivera et al, 2006) o cohesión familiar pobre (Muñoz et al, 2006); sin embargo, esto

contrasta con otros estudios que encuentran poca relación entre la ideación suicida y el funcionamiento familiar (Sánchez-Sosa et al., 2010; Pavez et al., 2009).

También se encuentra que un factor importante asociado a la problemática suicida es el que exista algún antecedente familiar de ideación, intento de suicidio o suicidio consumado (Noa et al., 2010; Pavez et al., 2009; Muñoz et al., 2006; Peña et al., 2002; Cortés et al., 2001), situación que llega a relacionarse también con un asunto de imitación (Sánchez Pedraza et al., 2005).

2.6. En relación con la autoestima

En cuanto a la autoestima de los adolescentes se ha encontrado una relación con la problemática suicida cuando ésta es baja (Florenzano et al., 2011; González-Forteza et al., 1998a, 2003). En algunos estudios también aparece la desesperanza como un factor relevante en relación a ideación y conducta suicida (Peña et al., 2002; Cortés et al., 2001; González-Forteza et al., 1998b).

En un estudio realizado en adolescentes (Jiménez-Tapia, Mondragón & González-Forteza, 2007) se obtuvo un modelo en el que las mujeres resultaron tener casi 2 veces mayor riesgo de presentar ideación suicida, la posibilidad de riesgo con autoestima baja resultó ser casi 4 veces mayor, y si se presenta sintomatología depresiva el riesgo es 13 veces mayor, al realizar análisis estratificados por sexo, las interacciones probadas no fueron significativas, es decir, que la autoestima y la depresión son factores de riesgo para presentar ideación suicida, tanto para hombres como para mujeres.

Se encontró que el tener una autoestima alta protege a los adolescentes de un amplio rango de problemas sociales, como al fracaso y abandono escolar y el abuso de sustancias, así como de situaciones relacionadas con la sintomatología depresiva y la ideación suicida.

2.7. Otros factores de riesgo asociados a la problemática suicida

Uno de los mayores factores de riesgo que se encuentran en relación al intento o consumación de suicidio es tener antecedente de intento suicida (Pérez-Amezcuca et al., 2010;

Bella et al., 2010; Cortés et al., 2001; Larraguibel et al., 2000; González-Forteza et al., 1998a; González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores & Medina-Mora, 1998)

Algunos autores encuentran que los problemas económicos también pueden ser determinantes en problemáticas suicidas (Noa et al., 2010). Las discusiones de los padres por falta de dinero se reportan como factor de riesgo tanto para la ideación como para el intento suicida (González-Forteza et al., 2003), de acuerdo a otro estudio el intento suicida está determinado por las interacciones afectivas en la familia dentro de un contexto económico, como lo muestran las dificultades económicas (Valadez-Figueroa et al., 2005).

2.8. En cuanto a las características de la conducta suicida

En un estudio realizado en adolescentes sobre problemática suicida (González-Forteza et al., 2001) se encontró que los métodos de intento suicida usados con más frecuencia por las mujeres fueron los medicamentos (42.7%), seguidos de un objeto punzocortante, frecuentemente el "cutter", la navaja o el vidrio para cortarse las venas (38.8%). En los hombres, el objeto punzocortante fue, por mucho, el método más frecuente (55.6%), seguido en menor proporción por los medicamentos (11.1%), lanzarse de alguna altura (11.1%) e intoxicarse con drogas ilegales (11.1%).

En el estudio mencionado de prevalencia de intento suicida en adolescentes de la ciudad de México (González-Forteza et al., 2002) se indagó la problemática suicida en dos años distintos, 1997 y 2000. Se reporta que en el nivel de bachillerato las prevalencias fueron mayores, sin embargo, las edades de único o último intento reportado indicaron que, en su mayoría, los intentos fueron a finales de la primaria o durante la secundaria. También se encontró mayor predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas.

Si bien la problemática suicida en estudiantes fue más frecuente en las mujeres, se observó que tanto en los hombres como en las mujeres con reporte de conducta suicida, fue similar el perfil de las características de la misma en cuanto a: edad, ocurrencia del único/último intento entre los 10 y 15 años; recurrencia, una de cada cuatro mujeres con intento en ambas mediciones; en los varones, la proporción de uno por cada cinco obtenida en 1997, aumentó a uno de cada tres en 2000; motivos: un claro predominio en la esfera

interpersonal (problemas familiares), seguida por la esfera emocional (sentimientos depresivos); métodos: el más frecuente y con una tendencia al aumento fue cortarse con un objeto punzocortante (frecuentemente, un *cutter* o un pedazo de vidrio); y letalidad: casi la tercera parte de los(as) estudiantes reportaron haber deseado morir y casi la mitad indicó que no le importaba si vivía o moría.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Acerca de la problemática suicida

A pesar de que diversas disciplinas se encargan del estudio del suicidio y los factores asociados a él, aún no existe una nomenclatura científica que sea aceptada de forma universal en relación con las problemáticas suicidas (Maris, 2002).

Para este trabajo se define ideación suicida como las manifestaciones cognoscitivas en torno a la propia muerte (Maris, 2002). Muchas personas piensan en el suicidio, sin embargo, pocas llegan al intento y mucho menos a la consumación de este. Se especula que un gran número de personas piensan sobre el suicidio en algún momento de sus vidas, pero como es de esperarse, hay diferentes tipos de ideación suicida, como los que se listan a continuación:

- Ideas fugaces, episódicas o situacionales.
- Ideas crónicas y obsesivas.
- Ideas que incluyen un plan definido y una visión del suicidio como una solución.
- Ideas sin plan
- Ideas letales
- Ideas no letales
- Ideas que involucran no solo un plan específico, sino también un cronograma de tiempo y circunstancias.
- Plan inespecífico y vago.
- Ideas relacionadas con el acceso a medios letales o que no impliquen dicho acceso.
- Ideas que involucran conocimiento sobre la utilización de medios o no sobre dicho conocimiento.

El proceso suicida inicia con los pensamientos en torno a quitarse la vida, es decir, la ideación suicida, le sigue los primeros intentos suicidas con un incremento gradual en la letalidad de estos intentos hasta llegar al suicidio consumado, la secuencia es progresiva (Van Herrinton, 2003).

Maris (2019) también reconoce un continuum de tendencias suicidas que incluyen pensamientos y conductas relacionados no de manera aleatoria, sino que son resultado de un proceso que varía de menor a mayor gravedad, éstos llevan la siguiente secuencia: totalmente no suicida, ideación suicida (fugaz o episódica), ideación suicida (crónica), gesto suicida, estilo de vida difuso y arriesgado, plan de suicidio (vago, no letal), plan de suicidio (específico, letal), intento de suicidio sin seriedad (no fatal), intento de suicidio grave, suicidio completado (letal). A esto se le conoce como espectro suicida, para este estudio se considera la conducta suicida a partir del intento suicida sin seriedad, es decir, con métodos no letales.

La investigación epidemiológica ha demostrado que el intento de suicidio es el predictor clínico más fuerte de suicidio e indica que el suicidio suele ir precedido por un proceso que puede comenzar con pensamientos fugaces y luego evolucionar a través de planes más concretos e intentos de suicidio para completar el suicidio. Ha quedado claro que mientras que en las fases tempranas del proceso, la ira y la ansiedad pueden ser predominantes, las etapas posteriores pueden caracterizarse por altos niveles de depresión y especialmente de desesperanza (Van Heeringen, Hawton y Williams, 2000).

El comportamiento suicida es la consecuencia de una interacción compleja entre las características psicológicas, biológicas y sociales. Pensar en este fenómeno como un problema definido psicológicamente o debido a las características biológicas ya no resulta pertinente. El desarrollo de la conducta suicida se refiere a los efectos recíprocos del individuo y su entorno, lo que incluye la exposición a factores estresantes específicos, que pueden estar en parte bajo control genético, una sensibilidad a las influencias ambientales que pueden definirse en términos perceptivos o cognitivos y la reacción de comportamiento hacia los mismos (Van Heeringen, Hawton y Williams, 2000).

En la publicación de la Organización Panamericana de la Salud (2014), “prevención del suicidio: un imperativo global”, se incluye en la definición de intento de suicidio, todo comportamiento suicida que no causa la muerte, incluyendo la intoxicación autoinflingida, lesiones o autoagresiones intencionales aún si no tienen una intención o resultado mortal.

Otras conductas relacionadas al suicidio son las conductas parasuicidas que pueden tener como resultado la finalización de la propia vida. Sin embargo, la distinción entre intento suicida y lesiones autoinflingidas deliberadamente (LAD), radica en que el intento suicida se define como la conducta autodestructiva que se realiza con el deseo explícito de quitarse la vida, de manera consciente e intencional (Durkheim, 1974). Mientras que las personas que realizan LAD se caracterizan por tener el deseo de seguir viviendo o tener una ambivalencia por vivir o morir, en este sentido el fin último no es necesariamente la muerte, no obstante, resultan relevantes ya que ha habido casos en que aun queriendo vivir, el acto resultó en la muerte (González-Forteza et al, 2003).

En cuanto a los intentos de suicidio no fatales y las lesiones autoinflingidas deliberadamente, es difícil encontrar una prevalencia confiable, sin embargo, se estima que hay muchas más personas que intentan suicidarse no fatalmente que aquellas personas que tienen un método letal. Las mujeres más jóvenes con problemas interpersonales son las más propensas a este tipo de intentos, a menudo lo intentan cuatro o cinco veces durante su vida. En promedio, las mujeres realizan 3 a 4 intentos de suicidio por cada intento en los varones (Maris et al, 2000. En: Maris, 2019). Sin embargo, la mayoría de las personas que realizan este tipo de intentos de suicidio terminan muriendo por causas naturales.

Maris (2019), señala que los intentos de suicidio no fatales, no constituyen un tipo, sino muchos; dado que por definición mueren mucho menos personas de las que lo intentan, es tentador suponer que la mayoría de los que intentan suicidarse realmente no quieren morir y eligen sus métodos de intento en consecuencia. Entre los motivos principales para los intentos de suicidio no fatales se encuentran los siguientes:

- Escapar de una situación de vida intolerablemente dolorosa, incluso a riesgo de muerte.
- Para igualarse con los demás, o para castigarse a sí mismos y / u otros.
- Para lograr la catarsis o la reducción de la tensión, o para aliviar la presión y las demandas.

- "Clamar por ayuda" e iniciar cambios (obtener tratamiento, llamar la atención sobre sí mismos y las relaciones, transfigurarse a sí mismos o sus situaciones de la vida, romper un "alma atada al hielo", etc.)
- Para ceder a los impulsos o arriesgarse: vivir al límite.

Existe un vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (OMS, 2019), en especial con trastornos relacionados con la depresión y el consumo de alcohol, sin embargo, muchos suicidios ocurren de manera impulsiva en momentos de crisis que menoscaban la capacidad de la persona para afrontar las tensiones de la vida, como problemas financieros, rupturas amorosas, dolores y enfermedades crónicas, etc. Las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento, también están estrechamente ligadas a las conductas suicidas. Lo mismo ocurre en los grupos vulnerables objeto de discriminación como lo son los refugiados y migrantes, las comunidades indígenas, las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales y los reclusos.

El conocimiento de los métodos de suicidio más comunes es importante para poder elaborar estrategias de prevención, ya que la mayoría de las personas que incurren en comportamientos suicidas son ambivalentes acerca de querer morir en el momento del acto, y algunos actos suicidas son respuestas impulsivas a estresantes psicosociales agudos (OPS, 2014), una de las medidas empleadas en la prevención es la restricción del acceso a los medios de suicidio, ya que brinda a la persona la oportunidad de reflexionar sobre lo que está por hacer y que pase la crisis. La formulación de políticas adecuadas al respecto, como restringir el acceso a plaguicidas y armas de fuego, colocar barreras en subterráneos, puentes y edificios emblemáticos, o modificar la reglamentación de los envases de medicamentos, requiere un conocimiento exhaustivo de los métodos empleados para quitarse la vida en determinada comunidad, así como de las preferencias por cada método en diferentes grupos demográficos.

Se estima que alrededor de un 20% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación, especialmente con plaguicidas en zonas rurales. Otros métodos comunes son el ahorcamiento y las armas de fuego (OMS, 2019).

Los hombres son mucho más propensos a usar armas de fuego y colgarse cuando intentan suicidarse, mientras que las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de usar estos métodos y tienen más posibilidades de tomar sobredosis y venenos. Estos datos, en combinación con la proporción excesiva de mujeres que intentaron suicidarse en comparación con los hombres (alrededor de tres o cuatro veces más), invitan a especular que si las mujeres usaran métodos de intento suicida más letales, las tasas de suicidio entre hombres y mujeres serían semejantes (Maris, 2019).

De acuerdo a Maris (1997. En Maris, 2019), existen distintos tipos de suicida desde diferentes perspectivas disciplinarias:

- De acuerdo con Emile Durkheim (1897-1951) desde una perspectiva sociológica, existe la persona anómica, que presenta una conducta que no se ajusta a las normas sociales establecidas; también está un tipo suicida en donde hay una desregulación normativa repentina; la persona egoísta, que tiene una individuación excesiva; la persona altruista, cuya individuación es insuficiente y la persona fatalista que tiene una regulación excesiva.
- A partir de Jean Baechler (1979) con una perspectiva existencial, se habla del suicidio como escape; como agresión; como sacrificio, ofrenda o transfiguración, es decir, como revelación de su verdadera naturaleza; de una forma lúdica, ya sea como prueba o juego.
- Ronald Maris (1979), desde una perspectiva epidemiológica, habla de escape, probablemente en un 75% de los casos, mientras que aproximadamente el 20% es por revancha, también contempla el auto sacrificio y la relación al riesgo.
- Por último, Thomas Joiner (2005) y David Klonsky (2015), desde una perspectiva psicológica, hablan de una capacidad adquirida para infligir autolesiones letales, de un sentido de pertenencia frustrada, de una percepción de pesadez y de dolor creciente.

3.2. La etapa de la adolescencia

La OMS (2019b) reconoce la adolescencia como un periodo de transición de crucial importancia y la define como el periodo, después de la niñez y antes de la edad adulta, de crecimiento y desarrollo humano, esto ocurre entre los 10 y los 19 años. Esta etapa se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, que sólo es superado por la etapa de desarrollo que experimentan los lactantes. La fase de desarrollo de la adolescencia está condicionada por procesos biológicos que son universales, sin embargo, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, dependiendo de la cultura y el contexto socioeconómico en que se encuentre el adolescente.

Más allá de la maduración física y sexual que conlleva la etapa de adolescencia, las experiencias que viven incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto.

Esta etapa constituye un periodo de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante, ya que muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, cada vez a edades más tempranas. Lo anterior entraña un alto riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, etc.

De acuerdo a la OMS (2019b) muchos de los adolescentes experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen en esta etapa, como el consumo o no de alcohol o la asunción de riesgos o medidas de protección, pueden tener efectos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De tal forma que este proceso representa una oportunidad única para influir en los jóvenes.

Para los adolescentes es difícil entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, no le es sencillo percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud. Esta incapacidad puede hacerlo vulnerable para cometer conductas de alto riesgo.

La OMS (2019b) destaca que los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan. Por lo tanto los padres, miembros de la comunidad, proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.

Una característica del desarrollo evolutivo del adolescente es el marcado interés por la afiliación a un grupo, la consolidación de redes de apoyo social y la atracción sexo-afectiva por otras personas; por ello, la presencia de conflictos interpersonales con personas importantes en su ambiente social tiene un alto valor estresante sobre el adolescente. Por ejemplo la terminación de una relación afectiva o una discusión fuerte con un amigo cercano, pueden llegar a convertirse en eventos disparadores de la conducta suicida (Fenning et al., 2005).

Propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida en los adolescentes y ofrecerles apoyo psicosocial en la escuela y otros entornos de la comunidad son medidas indispensables que pueden ayudar a promover su salud mental (OMS, 2019c).

3.3. Hablando de factores protectores y de riesgo

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2014), hay varios factores que actúan acumulativamente para aumentar o disminuir la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida.

Algunos factores de protección están relacionados al individuo, y son aquellas estrategias personales eficaces de bienestar subjetivo y de afrontamiento positivo que protegen contra el suicidio o en caso de ser deficientes, actúan como factor de riesgo. El bienestar o malestar se relaciona en parte con rasgos de la personalidad que determinan la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación frente al estrés y/o a experiencias traumáticas. La estabilidad emocional, una actitud optimista y una identidad personal bien desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida; por ejemplo, una buena autoestima, la capacidad de resolver problemas, de buscar ayuda si es necesaria, pueden mitigar la

repercusión de los factores estresantes y adversidades de la niñez. En cuanto a algunos trastornos mentales como la depresión y el consumo de sustancias, están ampliamente estigmatizados, por esta razón algunas personas pueden ser renuentes a buscar ayuda, esto puede agravar sus problemas de salud mental, aumentando un riesgo de suicidio que de otro modo podría haberse prevenido eficazmente con una intervención temprana (OPS, 2014).

Algunos factores protectores o de riesgo se vinculan a la comunidad y las relaciones sociales. De acuerdo a la OPS (2014) el cultivo y el mantenimiento de relaciones estrechas sanas pueden aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como un factor protector contra el riesgo de suicidio. El círculo social más cercano de una persona incluye la pareja, los familiares, compañeros, amigos y otros, la relación con los mismos puede tener gran influencia y ser propicio en épocas de crisis. Los amigos y familiares son una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero y pueden amortiguar la repercusión de factores externos estresantes. En particular, la capacidad de recuperación resultante de este apoyo mitiga el riesgo de suicidio asociado con eventos adversos de la infancia. Las relaciones son especialmente protectoras o de riesgo en caso de ser deficientes, para los adolescentes y los ancianos, que tienen un grado más alto de dependencia.

La relación con la madre y el padre, los recursos de apoyo familiar y tener una familia contenedora; la autoestima ya sea positiva o negativa; el locus de control externo o interno; son algunos factores ya sea protectores o de riesgo que pueden ser aplicados en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes (Donas, 2001).

En este trabajo se ha hablado de factores psicológicos (individuales) y factores psicosociales (vinculados a la comunidad y relaciones sociales) y su relación a la ideación y conducta suicida. Cabe señalar que estos son los factores seleccionados para esta investigación que se vinculan con la problemática suicida, sin embargo, hay muchos otros factores protectores y/o de riesgo dentro del ámbito psicológico y psicosocial, que han quedado excluidos.

Por otro lado, no está de más agregar que, el que los factores se consideren de riesgo o protectores, se vincula a la relación que dicho factor está teniendo con el individuo, por ejemplo, la autoestima puede ser un factor protector si se trata de un nivel alto de la misma, mientras que puede resultar un factor de riesgo cuando es baja, de igual manera la relación con los padres es de gran relevancia, si ésta es buena, actúa como un factor protector para el adolescente, sin embargo, si es una mala relación se convierte en un factor de riesgo.

3.4. Factores psicológicos

3.4.1. Sobre la autoestima

De acuerdo con Rosenberg (1965), la autoestima son los pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a la valoración de sí mismo como un objeto.

Se trata de un concepto complejo que no se usa exclusivamente dentro del campo de la salud mental, sino en otros ámbitos como el de las relaciones sociales. En todos los casos, se comparte la idea de que la autoestima tiene que ver con lo que pensamos, sentimos y realizamos hacia nosotros mismos; queda implícita la importancia de tener una buena autoestima ya que esto representa tener mayor bienestar y una capacidad para enfrentar los diferentes retos de la vida de una manera más positiva y eficiente (IMA, 2013).

La autoestima juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento del estado de bienestar físico, mental y social; es un factor de protección muy importante a la hora de prevenir un trastorno de la conducta, una autoestima saludable disminuye considerablemente la probabilidad de padecer situaciones de riesgo.

3.4.2. La impulsividad

Entendida como las conductas arriesgadas que ponen en peligro el bienestar propio y/o de los demás, llevadas a cabo por el adolescente, sin evaluar cognitivamente las consecuencias de sus actos (Climent, Aragón y Plutchick, 1989).

En términos más amplios se puede hacer referencia de la impulsividad como un pobre autocontrol de la conducta, caracterizado por una toma inmediata de decisiones que no toman en cuenta el alcance de sus resultados (Celma, 2015). Un acto impulsivo se produce como

respuesta conductual inmediata frente a un estímulo externo o interno; es irreflexivo y no tiene en cuenta experiencias previas ni consecuencias futuras, no es planificado; suele estar teñido de un componente emocional nuclear.

Uno de los factores estrechamente implicados en la conducta suicida es la impulsividad, esta relación comprende no sólo la impulsividad como rasgo de la personalidad, sino también la impulsividad como estado, se considera que determinados actos impulsivos son consecuencia de que determinados estímulos activen rasgos más o menos definidos de la personalidad (Celma, 2015). Por lo tanto el contexto en el que se encuentra el adolescente y los recursos personales con los que cuenta pueden influir en el hecho de que un acto impulsivo se desencadene.

3.4.3. El locus de control

Se entiende como la creencia que una persona tiene respecto de quién o qué factores controlan su vida (La Rosa, 1988).

Los efectos de la recompensa o refuerzo en el locus de control, dependen en parte de si la persona percibe la recompensa como fortuita en su propio comportamiento o independiente de ella. La adquisición y el rendimiento difieren en las situaciones percibidas según el locus de control, determinado por la habilidad frente al azar. Las personas también pueden diferir en las expectativas generalizadas de control interno frente al control de refuerzo externo (Rotter, 1966). El tener un locus de control interno, refuerza la percepción que una persona tiene de sí misma, pues depende de ésta lo que ocurre en su vida diaria, lo que implica una gratificación.

3.4.4. La respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares o sociales

Se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (González-Forteza et al., 1996).

Al respecto cabe agregar que con frecuencia se asume que la causa del suicidio o del intento de suicidio es la presencia de un estresor (una pérdida afectiva, económica) que el individuo es incapaz de afrontar o que superó su capacidad de adaptación, sin embargo, los estresores vitales, requieren de la presencia en mayor o en menor grado de una vulnerabilidad biológica o psicológica (diátesis) para que se desencadene el comportamiento suicida (Téllez-Vargas, 2006).

3.4.5. La Depresión

De acuerdo a la OMS, 2019d, La depresión es un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria; además en su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Este factor de riesgo debe abordarse con cuidado pues aunque la depresión es frecuente, la mayoría de las personas que la sufren no mostrarán comportamientos suicidas, sin embargo, quienes se suicidan o intentan suicidarse pueden tener una comorbilidad psiquiátrica significativa. Se calcula que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida es de un 4% entre los pacientes con trastornos del estado de ánimo (OPS, 2014).

La sintomatología depresiva se define como los síntomas emocionales, somáticos, cognitivos y conductuales referidos a depresión (Radloff, 1977).

3.5. Factores psicosociales

3.5.1. En cuanto a los datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos se refieren a las características sociales de la población que se estudia. Según el tipo de estudio se incluyen los datos correspondientes como edad, sexo, situación familiar, etc. (Sociólogos, 2012).

Parte importante de los datos considerados en este estudio como sociodemográficos es la “Suficiencia económica familiar”, definida como la capacidad económica de la familia para cubrir necesidades básicas y no básicas. De la mano se ha tomado en cuenta también “Discusiones familiares por falta de dinero”, entendido como la violencia familiar por problemas económicos (González-Forteza, 2003).

En el capítulo 5 se describe de manera más precisa los datos que se han incluido en este trabajo, como sociodemográficos.

3.5.2. La relación con madre y padre

Se puede definir como el conjunto de expresiones afectivas y comportamientos de la mamá y el papá hacia su hijo(a) (Dishion & MacMahon, 1998).

Las relaciones inmediatas de una persona con su familia, repercuten sobre los comportamientos suicidas; el cultivo y el mantenimiento de relaciones estrechas sanas pueden aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como un factor protector contra el riesgo de suicidio (OPS, 2014).

La relación con los padres abarca la existencia de una buena supervisión, que implica garantizar que el niño se encuentre en entornos supervisados por adultos, articulación y cumplimiento de las reglas que rastrean el paradero del niño/adolescente (por ejemplo, saber el número de teléfono de los amigos a los que visita el niño/adolescente), la configuración de límites con reglas claras y coherentes, consistente y no abusivas utilizadas con moderación, así como una calidad de la relación padre-hijo que implica la medida en que el padre o la madre y el adolescente son positivos entre sí cuando se discuten los problemas familiares, cómo están involucrados en la vida de uno y otro en términos de actividades compartidas y el sentido de aceptación mutua y falta de rechazo (Dishion & McMahon, 1998).

3.5.3. Los recursos de apoyo

Personas que el estudiante percibe como apoyo cuando se le presentan problemas en su entorno psicosocial cercano: familia, amigas(os), escuela, y de los cuales recibe consejo o consuelo (Barrón & Chacón, 1990).

Lo anterior puede verse permeado por el estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda, según la Organización Panamericana de la Salud (2014) la estigmatización de la búsqueda de ayuda por comportamientos suicidas, problemas de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas o por otros estresantes emocionales, puede actuar como una barrera que impide que los adolescentes reciban la ayuda que necesitan. La estigmatización también puede desanimar a los amigos y familiares de personas vulnerables y desalentarlos de que les ofrezcan el apoyo que quizá necesiten o incluso de que reconozcan su situación. Por lo tanto el estigma desempeña una función clave en la resistencia al cambio y la implementación de las respuestas de prevención del suicidio.

3.5.4. El consumo de alcohol

Consumo de alcohol: se entiende como la acción de ingerir bebidas cuyo ingrediente activo es el etanol (una sustancia psicoactiva que altera el nivel de consciencia, la cognición, la percepción, el juicio y la conducta) y que actúan en forma depresiva sobre el Sistema Nervioso Central, particularmente sobre la corteza y sus funciones inhibitoras. El consumo repetido puede conducir a la dependencia, que es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer a consecuencia de éste (OMS-ICD10, 2007 en González-Forteza, 2003).

3.5.5. El consumo de drogas

Consumo de drogas: Acción de ingerir una droga, que es cualquier sustancia química que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar una o varias funciones físicas o químicas de éste y que es susceptible de crear dependencia (OMS, 1982 en González-Forteza, 2003).

En relación al consumo nocivo de alcohol y drogas, todos los trastornos relacionados al mismo, aumentan el riesgo de suicidio; estos trastornos acompañan entre un 25 y 50% de los suicidios, además el riesgo de suicidio aumenta si, el uso de alcohol u otras sustancias, va acompañado de otros trastornos psiquiátricos. Un 22% de las muertes por suicidio puede atribuirse al uso de alcohol, esto significa que uno de cada cinco suicidios no ocurriría si la

población no consumiera alcohol; la dependencia a drogas como marihuana, heroína o la nicotina, también es un factor de riesgo de suicidio (OPS, 2014).

Tanto el consumo de alcohol, como el de drogas, se han considerado factores psicosociales pues se determinan por aspectos culturales, interpersonales, psicológicos y biológicos, así como por la disponibilidad de las sustancias, cuestiones económicas, comportamiento problemático, bajo rendimiento escolar, inicio precoz de consumo, entre otros (Marques & Cruz, 2000).

3.5.6. El estrés cotidiano social

Se refiere a la presencia, en el contexto social, de situaciones de la vida diaria que significan simbólicamente daño, amenaza o desafío (Calleja, 2011). El estrés cotidiano es relevante porque se refiere a la relación entre el individuo y su entorno, que rebasa los recursos psicosociales personales (González-Forteza & Andrade, 1994).

3.6. Nivel de marginación

La USEBEQ proporciona los niveles de marginación muy bajo, bajo, medio y alto de acuerdo a la ubicación cada escuela secundaria en el municipio de San Juan del Río.

De acuerdo al Consejo Nacional de la población (CONAPO, 2013), la marginación se origina por el modelo de producción económica expresado en la distribución desigual del progreso, en la estructura productiva y en la exclusión de diversos grupos sociales, tanto del proceso como de los beneficios del desarrollo. Se trata de un fenómeno multidimensional asociado a la carencia de oportunidades sociales y a la ausencia de capacidades para adquirirlas o generarlas, así como a privaciones e inaccesibilidad a bienes y servicios fundamentales para el bienestar, por ello las comunidades marginadas son socialmente vulnerables, no tienen las mismas oportunidades por lo que se encuentran en una desventaja que las coloca en una situación muy desfavorable.

Los indicadores socioeconómicos del índice de marginación son: educación, tomando en cuenta el analfabetismo y la población sin primaria completa; vivienda, que toma en cuenta viviendas particulares habitadas sin drenaje ni servicio sanitario y/o sin energía

eléctrica y/o sin agua entubada y/o con algún nivel de hacinamiento y/o con piso de tierra; distribución de la población, con menos de 5000 habitantes; e ingresos, tomando en cuenta hasta dos salarios mínimos (CONAPO, 2013).

3.7. Tipo de escuela

Dentro de las modalidades de tipo de escuela que ofrece la USEBEQ para educación secundaria están la general, la técnica y la telesecundaria.

De acuerdo al Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE, 2005) se definen los tipos de escuela mencionados de la siguiente forma:

La escuela secundaria general se caracteriza por encontrarse en áreas urbanas y rurales, atiende regularmente a alumnos de 13 a 15 años. Cuenta con talleres y laboratorios y las asignaturas son impartidas, cada una, por un profesor especialista en el tema.

La escuela secundaria técnica es similar a la general, sin embargo, se distingue por el énfasis que hace en la educación tecnológica tomando en cuenta la actividad económica de la región en donde se encuentre, incluyendo actividad agropecuaria, pesquera, forestal o de servicios. También se encuentra en áreas urbanas y rurales, teniendo como objetivo que el estudiante pueda incorporarse a alguna actividad productiva al concluir sus estudios.

La escuela telesecundaria está diseñada para atender a jóvenes de localidades urbanas, suburbanas, rurales y marginadas del país, en las que no han podido instalarse escuelas de tipo general o técnica por diversas razones de las que distingue el tener un número reducido de egresados de primaria. Estas escuelas se apoyan con el uso de medios electrónicos y de comunicación como televisión, señal satelital o videos, cuentan con un profesor que facilita y promueve el aprendizaje de las distintas asignaturas y brinda apoyo didáctico a los alumnos.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Identificar la prevalencia de ideación suicida reciente y actual, así como la prevalencia de conducta suicida alguna vez en la vida en estudiantes de escuelas secundarias públicas de San Juan del Río, Querétaro, y su relación con factores psicológicos y psicosociales.

4.2. Objetivos específicos

1. Identificar la prevalencia de ideación suicida reciente.
2. Identificar la prevalencia de ideación suicida reciente por nivel de marginación y tipo de escuela.
3. Describir y analizar las características específicas de ideación suicida reciente por sexo.
4. Identificar la prevalencia de ideación suicida actual.
5. Identificar la prevalencia de ideación suicida actual por nivel de marginación y tipo de escuela.
6. Describir y analizar las características específicas de ideación suicida actual por sexo.
7. Identificar la prevalencia de conducta suicida alguna vez en la vida.
8. Identificar la prevalencia de conducta suicida alguna vez en la vida por nivel de marginación y tipo de escuela.
9. Describir y analizar las características específicas de conducta suicida alguna vez en la vida por sexo.
10. Identificar, describir y analizar la relación entre ideación suicida reciente con la conducta suicida una vez en la vida.
11. Identificar, describir y analizar la relación entre ideación suicida actual con la conducta suicida una vez en la vida.
12. Identificar, describir y analizar la relación existente entre ideación suicida reciente y conducta suicida alguna vez en la vida con factores psicológicos: Autoestima, locus de control, impulsividad, respuestas de enfrentamiento ante estresores familiares y depresión.

13. Identificar, describir y analizar la relación existente entre ideación suicida actual y conducta suicida alguna vez en la vida con factores psicosociales: datos sociodemográficos, relación con la madre, relación con el padre, estrés cotidiano social, recursos de apoyo, consumo de alcohol y consumo de drogas alguna vez en la vida.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

5. METODOLOGÍA

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación dirigido por la Dra. Pamela Garbus “Prevalencia de problemas de salud mental y factores de riesgo en estudiantes de escuelas secundarias de San Juan del Río y Cadereyta de Montes, Querétaro” (FPS-2018-08 FOFI-UAQ/2018).

De la investigación señalada se deriva este estudio que a su vez sirve para la realización de la tesis requerida para obtener el grado de Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, cuyo trabajo de campo sirvió a otros dos estudios dentro de la maestría, titulados: “Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes y su relación con factores psicológicos y psicosociales” de Berenice Viridiana Banda Anaya, y “Prevalencia de sintomatología depresiva y su relación con factores psicológicos y psicosociales en adolescentes estudiantes de secundarias públicas de San Juan del Río” de Ana Lucero Rangel Amado. Por lo tanto, gran parte de la metodología utilizada, el instrumento y los lineamientos éticos son compartidos en los tres trabajos. El desarrollo y resultado de éstos se enmarca en la primera etapa de la investigación señalada.

5.1. Tipo de estudio

El presente es un estudio epidemiológico con enfoque cuantitativo de corte transversal, cuyo diseño y alcance es exploratorio, descriptivo y correlacional.

5.2. Población y muestra

La población de esta investigación se compone los adolescentes que se encuentran cursando el nivel medio en secundarias públicas de San Juan del Río, Qro. El universo consta de 13,371 alumnos.

Para llevar a cabo este estudio se contó con autorización y apoyo de USEBEQ (Anexo 6). Dicho organismo proporcionó los datos para la elaboración de la muestra y los permisos para ingresar a las escuelas con el fin de cumplir con los objetivos de este estudio.

Para obtener una muestra representativa de estudiantes, considerando cada localidad del municipio, la misma fue estratificada y bietápica por conglomerados. En cada localidad la variable de estratificación fue nivel de marginación de la zona en la que se encuentra la escuela y el tipo de escuela. La primera etapa fue para la selección de las escuelas y, la segunda, los grupos de estudiantes dentro de ellas.

La muestra se calculó con un margen de error de 3% y una confiabilidad del 95% a través de STATA. El número de participantes requerido fue de 992 adolescentes hombres y mujeres de 12 a 16 años de edad pertenecientes a escuelas generales, técnicas y telesecundarias de diferentes comunidades de San Juan del Río, Querétaro y cuyo nivel de marginación comprendía bajo, medio, alto y muy alto.

5.3. Técnicas e Instrumento

5.3.1. Instrumento

Para la recolección de datos se administró un cuestionario autoaplicable y anónimo, a una muestra representativa de adolescentes que se encontraban cursando el nivel medio (secundaria) en San Juan del Río, Qro. El instrumento, Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida (CIP-DERS) construido por González-Forteza et al. (2003), está validado y estandarizado para la población mexicana. El mismo se compone de diferentes escalas: la Escala Relación con Mamá (Climent, Aragón & Plutchick, 1989), la Escala Relación con Papá (Climent, Aragón & Plutchick, 1989), la Cédula de Indicadores Parasuicidas (González-Forteza et al., 1998), el CES-D-R Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión revisada (González-Forteza, Wagner, et al., 2008), la Escala de Ideación Suicida (Roberts, 1980), el Reactivo CES-D (Radloff, 1977), la Escala de Impulsividad (Climent, Aragón & Plutchick, 1989), la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), Locus de control atribuido a la Suerte (González-Forteza et al., 1997), Locus de control atribuido a la Afectividad (González-Forteza et al., 1997) y Locus de control atribuido a la Internalidad (González-Forteza et al., 1997). El tipo de preguntas que presenta el instrumento es principalmente de tipo Likert, aunque también se encuentran preguntas a

contestar SÍ o NO e inclusive se incluyen algunas preguntas abiertas que serán categorizadas posteriormente a la aplicación para su análisis.

Para este estudio se tomaron los datos de las escalas señaladas en la tabla 1, mismo que señala la validez y confiabilidad de cada una de ellas. Los datos obtenidos se describieron y analizaron a través de pruebas estadísticas inferenciales de comparación y de correlación.

Tabla 1 Escalas contenidas en CIP-Ders utilizadas en el estudio

Escala	Autores	Validez y Confiabilidad
Relación con mamá y Relación con Papá	Climent, Aragón y Plutchik (1989)	.88
Cédula de Indicadores Parasuicidas	González-Forteza, et al., (1998)	.78.
Escala de Depresión CES-D-R	González-Forteza, et al., (2008)	.84 a .90
Escala de Ideación Suicida	Roberts, (1980). Adaptada y validada por González-Forteza	.78
Cédula de Recursos de Apoyo	González-Forteza (1995)	
Escala de Impulsividad	Climent, Aragón y Plutchik (1989)	.70
Escala de Autoestima	Rosenberg (1965) validación (año)	.68 y .75
Locus de control	La Rosa (1986)	.75
Escala de Respuestas de enfrentamiento ante estresores familiares.	González-Forteza, et al. (1996).	.67
Consumo de alcohol	González-Forteza, et al., (2015)	
Consumo de drogas	González-Forteza, et al., (2015)	
Escala de Estrés Cotidiano Social	González-Forteza (1992) (1996)	.87

Adaptado de (González-Forteza, 2003).

5.3.1.1. Operacionalización de las variables

En la tabla 2 se muestra la operacionalización de las variables ideación y conducta suicida. Para consultar la operacionalización de las variables consideradas como factores psicológicos considerados en este estudio se puede examinar la tabla 3 y 4 y en cuanto a los factores psicosociales la operacionalización se observa en las tablas 5 y 6.

Tabla 2 Definición operacional de ideación y conducta suicida

Escala	Definición operacional
Conducta suicida alguna vez en la vida e ideación suicida actual	Respuestas a los 13 reactivos de la Cédula de Indicadores Parasuicidas (González-Forteza et al, 1998) que parte de la pregunta ¿Alguna vez en te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?, en un formato de respuesta dicotómico: 1=SI, 2=NO, 88=Nunca lo he hecho. Las siguientes preguntas, con sus respectivas opciones de respuestas, se refieren a: Número de veces en la vida, Edad de la única/primera vez, Edad de la última vez, Deseo de morir (letalidad cognitiva), Método, Motivo, Propósito, Posibilidad de morir (letalidad cognitiva), Consecuencia uso de servicios de salud (letalidad), Búsqueda de ayuda, Razones para buscar o no ayuda, Razones de ideación suicida actual (letalidad).
Ideación suicida reciente	Con el mismo formato de la escala de sintomatología depresiva CESD, se indaga sobre la presencia de cinco síntomas de ideación suicida en las últimas dos semanas. Los reactivos fueron diseñados por Roberts (1980) y validados en población adolescente escolar mexicana por Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007). Las respuestas a los cinco reactivos indican el número de días que en las dos últimas semanas se presentaron cada uno de los síntomas: 0=0 días, 2=1-2 días, 3=3-4 días, 4=5-7 días, 5=8-14 días. En este estudio, dado que se contaba con cinco reactivos de ideación suicida, se evaluó como ideación suicida reciente elevada, la presencia de los 5 reactivos en las últimas dos semanas.

Adaptado de (González-Forteza, 2003)

Tabla 3 Operalización de factor psicológico: sintomatología depresiva

Escala	Operacionalización
Malestar depresivo y sintomatología depresiva elevada	DO.20 reactivos forman parte de la versión actualizada de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (Radloff, 1997), y se agregaron 15 en la versión revisada CESD-R para acercarse a los criterios actuales de Episodio Depresivo Mayor del DSM-IV. Esta CESDR ha demostrado su confiabilidad y validez en adolescentes mexicanos (González-Forteza, Ramos, Jiménez y Wagner, 2008; González-Forteza, Solís, Jiménez, Fernández, González, Juárez, Medina-Mora y Fernández-Varela, 2011). Las respuestas a los reactivos indican el número de días que en las dos últimas semanas se presentó o no, cada uno de los síntomas depresivos, en un formato: 0=0 días, 2=1-2 días, 3=3-4 días, 4=5-7 días, 5=8-14 días. El rango teórico es de 0 a 140; donde a más puntaje, mayor nivel de sintomatología depresiva. De acuerdo con Angold (1988), los indicadores de malestar depresivo se refieren al conjunto de síntomas (síndrome) desviados de un estándar de normalidad. Así, para denominar Malestar depresivo (sintomatología depresiva elevada) el punto de corte se define en cada sexo a partir de la media más una desviación estándar: $PC > X + de$.

Adaptado de (González-Forteza, 2003)

Tabla 4 Definición operacional de factores psicológicos

Escala	Definición operacional
Autoestima	Es evaluada con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), la cual consta de 10 reactivos para indicar qué tanto las características enunciadas describen a la/el estudiante, en un formato de respuesta: 1=Totalmente de acuerdo, 2=De acuerdo, 3=En desacuerdo, 4= Totalmente en desacuerdo. Los reactivos 1, 2, 4, 6, y 7 se recodifican para que, a mayor puntaje, mayor autoestima. El rango teórico del puntaje es de 10 a 40.
Impulsividad	Estos 5 reactivos que evalúan la impulsividad forman parte de la escala de riesgo de uso de drogas: drug risk scale que desarrollaron Climent et al 1989 y que han sido satisfactoriamente validadas en población adolescente mexicana (González-Forteza et al 1997). Los reactivos tienen un formato de respuesta para indicar que tan seguido el estudiante hace cosas impulsivamente: 1=nunca, 2=a veces, 3=muchas veces, 4=siempre; donde a más puntaje mayor nivel de impulsividad.
Locus de control	Evalúa la creencia que una persona tiene respecto de quién o qué factores controlan su vida. Ésta escala es una de las más utilizadas para medir el locus de control en México. Van de Completamente en desacuerdo (1) a Completamente de acuerdo (5)
Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares	Evalúa los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Mide las respuestas dadas en relación con los conflictos o estresores en las áreas familiar, social y de la sexualidad. 8 preguntas para el enfrentamiento con la familia y 8, con el mejor amigo De Nunca (1) a Siempre (4)

Adaptado de (González-Forteza, 2003)

5.3.2. Análisis de los datos

Para los datos de prevalencia de ideación suicida reciente y actual, así como los de conducta suicida, se hizo un análisis descriptivo a partir de la información recolectada con el instrumento. A partir de conocer la prevalencia de acuerdo a nivel de marginación y tipo de escuela, se realizó además un análisis estadístico utilizando Chi cuadrada de Pearson, para determinar si las diferencias entre los distintos niveles de marginación y distintos tipos de escuelas eran significativas.

Para la ideación suicida reciente, es decir, en las dos últimas semanas se consideró la escala de ideación suicida contenida en el CES-D-R Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (González-Forteza, Wagner, et al., 2008) tipo Likert que consta de 5 ítems, cada uno considerado como un síntoma de ideación suicida, se consideró como dato para la prevalencia aquellos casos en que contestaron de manera afirmativa a los 5 indicadores contenidos en la escala.

Tabla 5 Definición operacional de factores psicosociales.

Escala	Definición operacional
Datos Sociodemográficos:	-Es el registro dado para completar el enunciado: <i>¿Tú eres?</i> Con la respuesta 1= <i>Hombre</i> o 2= <i>Mujer</i> -Registro conforme a la respuesta dada a la pregunta <i>¿Cuántos años cumplidos tienes?</i> Registrar el número de años de vida cumplidos al momento de contestar el instrumento. -Registro de respuestas a la pregunta: En general <i>¿Cómo consideras tu desempeño escolar?</i> Con opciones de respuesta: 1=Muy bueno, 2=Bueno, 3=Regular, 4=Malo
Desempeño escolar	-Respuestas a la pregunta: De las personas que viven contigo (incluyéndote a ti) <i>¿Cuántos son y que edades tienen?</i> Con opciones de respuesta para registrar el número de personas hombres y mujeres según los siguientes rangos de edad: a) 12 años o menos, b) 12 a 17 años, c) 18 a 24 años, d) 25 a 40 años, 41 a 59 años, f) 60 o más años.
Familia	-Respuestas a la pregunta: <i>¿Cuántos hermanos(as) tienes, sin contarte a tí?,</i> registrando el número correspondiente. -Respuestas dada la pregunta: <i>¿Qué lugar de nacimiento ocupas entre tus hermanos(as)?,</i> con opciones de 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° o más. -Respuesta a la pregunta: <i>¿Quiénes viven contigo?</i> Con opciones 1=SI y 2=NO a las categorías: Mamá o madrastra, Papá o padrastro, Hermanos(as), Otros familiares, Amigos(as), Otros(as). -Respuesta a la pregunta: De las personas que viven contigo, <i>¿Quiénes dan dinero para mantener a la familia?</i> Con opciones 1=SI y 2=NO a las categorías: Mamá o madrastra, Papá o padrastro, Hermanos(as), Otros familiares, Amigos(as), Otros(as). Respuesta a: Tu familia tiene dinero suficiente para: a fin de indicar la frecuencia con la que se cubren las necesidades básicas y no básicas de la familia: 1=Siempre, 2=Casi siempre, 3=Algunas veces, 4=Nunca. -Respuesta a la pregunta: <i>¿Qué tan frecuente existen discusiones o peleas en tu familia por falta de dinero?</i> Con opción de respuesta: 1=Siempre, 2=Muchas veces, 3=Algunas veces, 4=Nunca.
Relación con mamá y papá	-Respuesta a la pregunta <i>¿Vives con tu mamá o con alguna mujer que es como si fuera tu mamá?</i> Con opciones de respuesta: uno=vivo con mi papá 2=vivo con un familiar hombre que es como si fuera mi papá. Ejemplo: abuelo, tío, 3=vivo con mi padrastro, 4=no vivo con mi papá ni con un hombre como si fuera mi papá. -Respuesta a la pregunta <i>¿Qué edad tiene tu papá o la persona hombre que es como si fuera tu papá?,</i> registrado el número de años de vida cumplidos. -Respuestas a los 15 reactivos de la escala de relación de papa que en México ha sido validada satisfactoriamente quedando integrada por tres dimensiones: afecto comunicación y monitoreo. Las opciones de respuesta son: 1=casi nunca, 2=a veces, 3=con frecuencia, 4=con mucha frecuencia. El rango teórico va de 15 a 60, donde a mayor puntaje, mejor relación con el papá.
Recursos de apoyo	-Respuesta a los 7 reactivos para indicar qué tan frecuentemente tiene quien le ayude cuando se le presentan problemas en la escuela, problemas familiares, con sus amigos(as), personales y si tiene un confidente: alguien en quien confiar a quién le pueda contar todas sus preocupaciones, hasta sus secretos más íntimos, si tiene quien le acompañe para buscar ayuda si se siente deprimido(a), o si quisiera quitarse la vida. Las opciones de respuesta están en un formato de: 1=nunca 2=a veces, 3=muchas veces 4=siempre. De esta forma, además de obtener un perfil descriptivo por cada recurso de apoyo; se puede obtener un rango teórico que va de 7 a 28, donde a más puntaje mayor nivel de apoyo social.
Escala de Estrés Cotidiano Social	Evalúa la presencia, en el contexto social, de situaciones de la vida diaria que significan simbólicamente daño, amenaza o desafío.

Adaptado de (González-Forteza, 2003)

Para la ideación suicida actual se tomó la pregunta contenida en la Cédula de Indicadores Parasuicidas (González-Forteza et al., 1998) que dice “¿AHORA tienes la idea de hacerte daño a propósito con el fin de quitarte la vida?”, tomando en cuenta todas las respuestas registradas como “sí”.

Tabla 6 Operalización de consumo de alcohol y drogas

Escala	Definición operacional
Consumo de alcohol en la vida	Se evalúa con la pregunta: ¿Cuántas veces en tu vida has probado o consumido: a) Una copa completa de cerveza, vino, ‘coolers’, brandy, ron, ‘piña colada’...? y cuyas opciones de respuesta son: 1=1 vez, 2=2-4 veces, 3=5 ó más veces, 4=Nunca.
Consumo de drogas en la vida	Se evalúa con la pregunta: ¿Cuántas veces en tu vida has probado o consumido?: b) Marihuana; c) Inhalables como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, ‘monas’; d) Cocaína; e) ‘Crack’ o ‘piedra’; f) ‘Tachas’, g) ‘Tabaco’ con opciones de respuesta para cada inciso de: 1=1 vez, 2=2-4 veces, 3=5 ó más veces, 4=Nunca.

Adaptado de (González-Forteza, 2003)

Para conducta suicida se tomó la respuesta ante la pregunta “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?” que se encuentra también en la Cédula de Indicadores Parasuicidas (González-Forteza et al., 1998), cuyas opciones de respuesta son “sí” o “nunca lo he hecho”, las respuestas abarcan intento suicida letal, intento suicida ambiguo y autolesiones infringidas deliberadamente.

En cuanto a los datos sobre las características, tanto de ideación suicida actual como de conducta suicida, las preguntas son abiertas; para su análisis se hizo una categorización posterior a la aplicación del instrumento de esta manera se ha logrado obtener porcentajes de las categorías resultantes que se presentan de forma descriptiva por sexo.

Para la relación de ideación suicida reciente y actual, así como para conducta suicida, con los factores psicológicos y psicosociales señalados, se realizó un análisis estadístico utilizando regresión logística binaria, con el fin de encontrar los factores predictores ya sean protectores o de riesgo en torno a tener idea de quitarse la vida o llevar a cabo conductas suicidas.

5.4. Procedimiento

1. Se diseñó la muestra en dos etapas: en la primera seleccionando al azar las escuelas en las que se aplicó el instrumento; en la segunda, se seleccionaron los grupos dentro de ellas.

2. Se llevó a cabo una reunión informativa con los directores de las secundarias públicas de San Juan del Río que fueron previamente seleccionadas, con el fin de dar a conocer el modo de trabajo y el objetivo de este estudio.

3. Posteriormente se proporcionó a las escuelas seleccionadas para participar, el consentimiento informado para que fuera entregado a los padres de los estudiantes de los grupos seleccionados, el cual se solicitó ser firmado por al menos uno de los padres del estudiante.

4. El día de la aplicación del instrumento se seleccionaron los grupos participantes al azar y contestaron el cuestionario sólo aquellos alumnos que entregaron el consentimiento informado firmado por sus padres y que asintieron su participación. A los alumnos que deseaban participar pero por algún motivo no contaban con el consentimiento de sus padres, no se les aplicó el instrumento. El consentimiento informado no se relaciona de ninguna forma con el instrumento aplicado al estudiante, de esta manera se garantiza el anonimato.

El levantamiento de datos comenzó el día 5 de septiembre y finalizó el 17 de septiembre del 2018. Se visitaron un total de 23 escuelas, 16 de ellas en la primera selección de escuelas y 6 más seleccionadas como escuelas de respaldo o “back up”. Se aplicó el cuestionario a tres salones por escuela lo que da un total de 69 grupos, obteniendo así la cuota de 992 instrumentos aplicados.

5.5. Lineamientos éticos

La realización de este estudio requirió de manera indispensable la participación de los adolescentes que asisten a escuelas secundarias públicas de San Juan del Río. Qro. Usualmente personas no expertas en la temática suponen que hablar de suicidio puede llevar a la persona a tener consideraciones al respecto que anteriormente no tenía, sin embargo, existe evidencia científica que refuta esta idea: “Las preguntas sobre autolesión NO provocan

actos de autolesión” (OMS, 2012:74), por el contrario, éstas contribuyen a reducir la ansiedad asociada con los pensamiento o actos de autolesión y ayudan a la persona a sentirse comprendida (OMS, 2012).

Todas las manifestaciones de ideación y autodestrucción deben ser exploradas. Se cree erróneamente que la comunicación y el diálogo franco sobre el tema incrementa el riesgo de desencadenar el acto, sin embargo, resulta todo lo contrario, hablar de ello, se considera y es, una valiosa oportunidad para su prevención (Pérez, 1999).

Sin embargo, este estudio reconoce la sensibilidad que conlleva abordar esta temática con población adolescente y la necesidad de considerar la forma en la que se hacen preguntas sobre el tema. Por ello se utilizó un instrumento que reúne escalas estandarizadas aplicadas en diferentes estudios llevados a cabo en población similar en el país (Chávez-Hernández, González-Forteza., Juárez, Vázquez & Jiménez, 2015; González-Forteza, Juárez, Montejo, Oseguera, Wagner & Jiménez, 2015; González-Forteza, Hermosillo, Vacio, Peralta & Wagner, 2015; González-Forteza, Romero & Jiménez, 2009; González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008; Jiménez, Mondragón & González-Forteza, 2007).

Considerando que la temática puede despertar interés y movilizar a los estudiantes, al finalizar la aplicación se ha entregado a cada participante una “Guía de Recursos” especialmente elaborada para este estudio con los datos de los lugares donde se ofrece apoyo psicológico en diferentes instituciones de San Juan del Río.

Al tratarse de un estudio de corte epidemiológico, y no de evaluación psicológica, la aplicación se realizó de manera anónima, y, por ende, no se cuenta con la posibilidad de entregar a cada familia o escuela, la situación de un participante en particular respecto de la problemática de estudio. La información obtenida arroja datos que reflejan la situación general en los estudiantes de escuelas secundarias de San Juan del Río, y será oportunamente compartida con las autoridades correspondientes.

La participación fue voluntaria habiendo solicitado el asentimiento de cada alumno una vez que se explicó el propósito de su participación y la naturaleza de la investigación de la que formó parte, de esta manera se ha garantizado su principio de libertad. Así mismo,

antes de la aplicación del instrumento se solicitó a los padres o tutores su autorización para la participación de su hijo/a, a través de un consentimiento informado que señaló a detalle los pormenores del estudio, sus objetivos, alcance y metodología.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

6. RESULTADOS

6.1. Caracterización general de la muestra

La muestra total fue de 992 adolescentes que respondieron la encuesta, de los cuales el 58.9% eran mujeres y el 41.1% hombres, con un rango de edad de entre los 11 y los 16 años, de los cuales 6.8% tiene 11 años, 34.8% tiene 12 años, 30.5% 13 años, 25.5% 14 años, 2.2% 15 años y .2% 16 años de edad. Cabe mencionar que la población tiene una distribución por sexo de 52% de adolescentes mujeres y 48% de adolescentes hombres.

En cuanto al grado escolar el 36% de los alumnos corresponden a primero de secundaria, el 31.1% a segundo y 32.5% a tercero.

El 60.9% de los participantes pertenece a un nivel muy bajo de marginación, 12.1% a un nivel bajo, 15.2% a un nivel medio y el 11.8% a un nivel alto. El 51% de los participantes pertenecen al tipo escuela General, mientras que el 25% corresponden a escuela Técnica y 22.8% a escuela Telesecundaria (Tabla 7). Esta misma distribución es la de la población objeto de este estudio.

Tabla 7 Tabla cruzada de nivel de marginación y tipo de escuela.

Nivel de marginación	Tipo de escuela		
	General	Técnica	Telesecundaria
Muy bajo	85.6%	53.9%	12.8%
Bajo	2.9%	29.3%	13.3%
Medio	5.7%	0	54%
Alto	5.7%	16.8%	19.9%

6.2. Prevalencia de ideación suicida reciente

La prevalencia de ideación suicida reciente, tomando en cuenta aquellos que contestaron de manera positiva a los 5 reactivos de ideación suicida, fue del 10.7%. Las diferencias por sexo fueron las siguientes: del total de hombres incluidos en la muestra (n=405), 4.9% presentaron ideación suicida reciente; mientras que del total de mujeres (n=577) un 14.7% presentó ideación suicida reciente (Figura 1). Se determinó a partir de un

análisis estadístico comparando medias, que la diferencia entre porcentajes por sexo es significativa ($t = -5.35, p \leq .01$). Del total de los adolescentes que participaron en este estudio ($n=992$), 39.3% presentaron al menos un síntoma de ideación suicida.

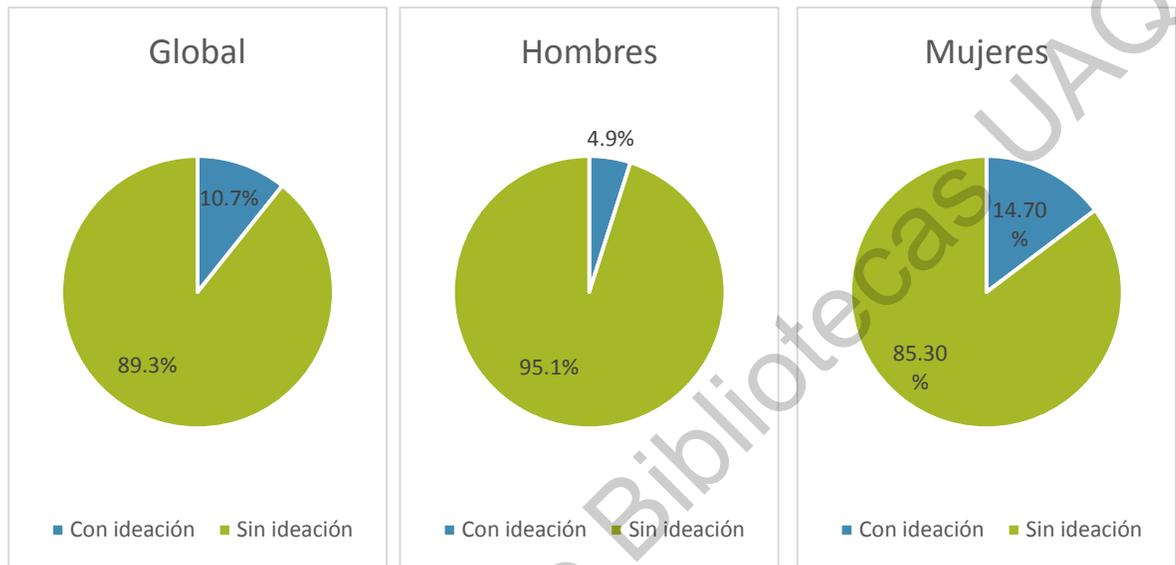


Figura 1 Prevalencia de ideación suicida reciente.

6.3. Ideación suicida reciente con nivel de marginación y tipo de escuela

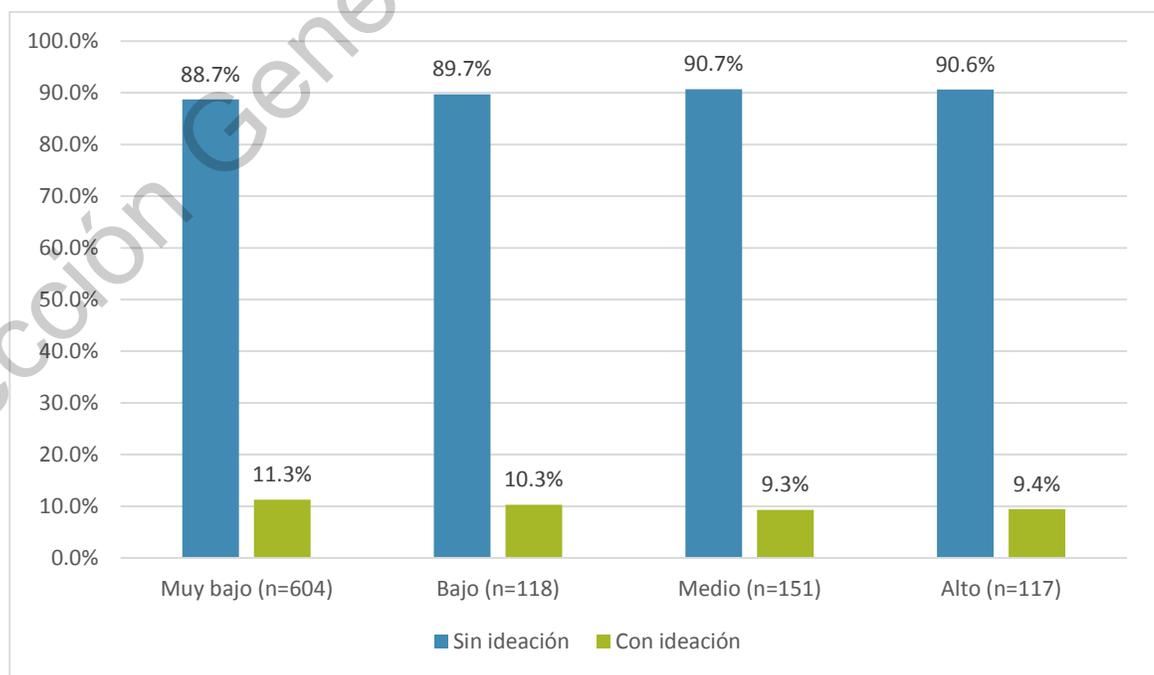


Figura 2 Ideación suicida reciente y nivel de marginación

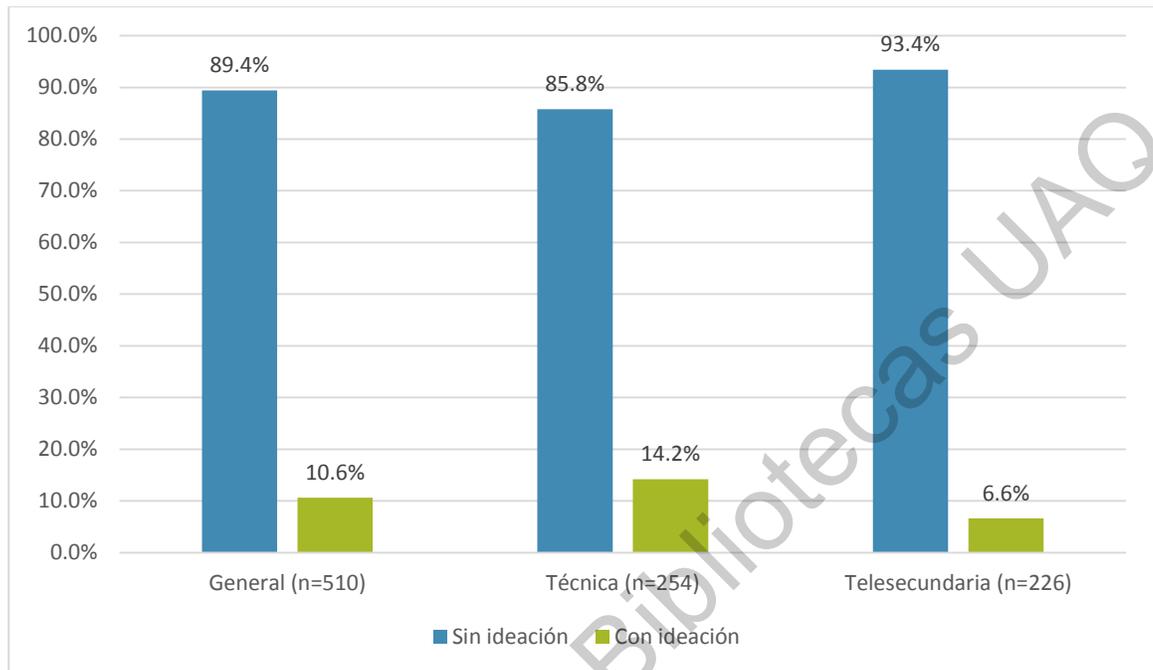


Figura 3 Ideación suicida reciente y tipo de escuela

La prevalencia de ideación suicida reciente de acuerdo al nivel de marginación se puede ver en la Figura 2, la mayor prevalencia fue en el nivel muy bajo, sin embargo, se realizó una prueba ANOVA y se encontró que dichas diferencias no son significativas [$F(.07, 93.78) = .24, p \geq .05$]. Al comparar la prevalencia de ideación suicida reciente entre los tres tipos de escuela (Figura 3) se encontró que hay niveles más altos de prevalencia en la escuela técnica que en la general y telesecundaria, a partir de la ANOVA realizada se encontró diferencia significativa [$F(.68, 93.16) = 3.64, p \leq .05$], al realizar una prueba T de Student se determinó que la diferencia significativa se encuentra entre la escuela técnica y la telesecundaria, siendo mayor la prevalencia de ideación suicida reciente en el tipo de escuela técnica ($t=2.75, p \leq .05$).

6.4. Características específicas de ideación suicida reciente por sexo.

En la Tabla 8 se puede ver que el 15.2% de los adolescentes contestó de manera afirmativa en el ítem “pensé en matarme” durante las dos últimas semanas anteriores al

estudio; del total de hombres 7.9% y del total de mujeres 20.2%. Los porcentajes marcados en rojo son los más significativos.

Tabla 8 Porcentajes de cada uno de los indicativos de ideación suicida, total y por sexo.

Síntoma ideación integrada en escala	Porcentaje total que contestó	Porcentaje hombres que contestó	Porcentaje hombres de 8 a 14 días	Porcentaje mujeres que contestó	Porcentaje mujeres de 8 a 14 días
Sentía que no podía seguir adelante	22.7% (n=977)	14.1% (n=403)	2.2% (n=403)	28.7% (n=574)	6.6% (n=574)
Sentía deseos de estar muerto	20.3% (n=973)	12.2% (n=402)	2.7% (n=402)	26.1% (n=571)	9.5% (n=571)
Tenía pensamientos sobre la muerte	23.8% (n=977)	18.6% (n=402)	4% (n=402)	27.5% (n=575)	9.6% (n=575)
Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto	25.8% (n=982)	17.7% (n=405)	4.7% (n=405)	31.4% (n=577)	11.4% (n=577)
Pensé en matarme	15.2% (n=981)	7.9% (n=404)	2% (n=404)	20.2% (n=577)	8% (n=577)
Contestó en los cinco reactivos anteriores	10.7% (n=982)	4.9% (n=405)		14.7% (n=577)	

Al ítem “sentía que no podía seguir adelante” el 22.7% contestó al menos en una vez en las dos últimas semanas, 14.1% fueron hombres y 28.7% fueron mujeres.

El 20.3% reportó que “Sentía deseos de estar muerto”, 12.2% del total de hombres y 26.1% del total de mujeres. El 23.8% de los adolescentes que dijeron que “Tenían pensamientos sobre la muerte”, 18.6% fueron hombres y 27.5% mujeres. El 25.8% indicaron “Sentí que mi familia estaría mejor sin mí”, 17.7% fueron hombres y 31.4% mujeres (Tabla 8).

6.5. Prevalencia de ideación suicida actual

Para la prevalencia de ideación suicida actual 4.6% de los adolescentes respondieron “sí” a la pregunta ¿Ahora tienes la idea de hacerte daño a propósito con el fin de quitarte la vida? Del total de hombres (n=406) el 3% tenía la idea en ese momento, mientras que del total de mujeres (n=586) el 5.8% tenía ideación suicida al momento de realizar el estudio (Figura 4) a partir de una prueba T de Student se determinó que esta diferencia es significativa ($t= 2.44$, $p \leq .05$). Del total de adolescente que contestaron “sí” a la pregunta mencionada, 22.2% tenía 11 años; 30.4%, 12 años; 28.3%, 13 años; 34.8%, 14 años; y 4.3%, 15 años.



Figura 4 Prevalencia de ideación suicida actual general y por sexo.

6.6. Ideación suicida actual por nivel de marginación y tipo de escuela

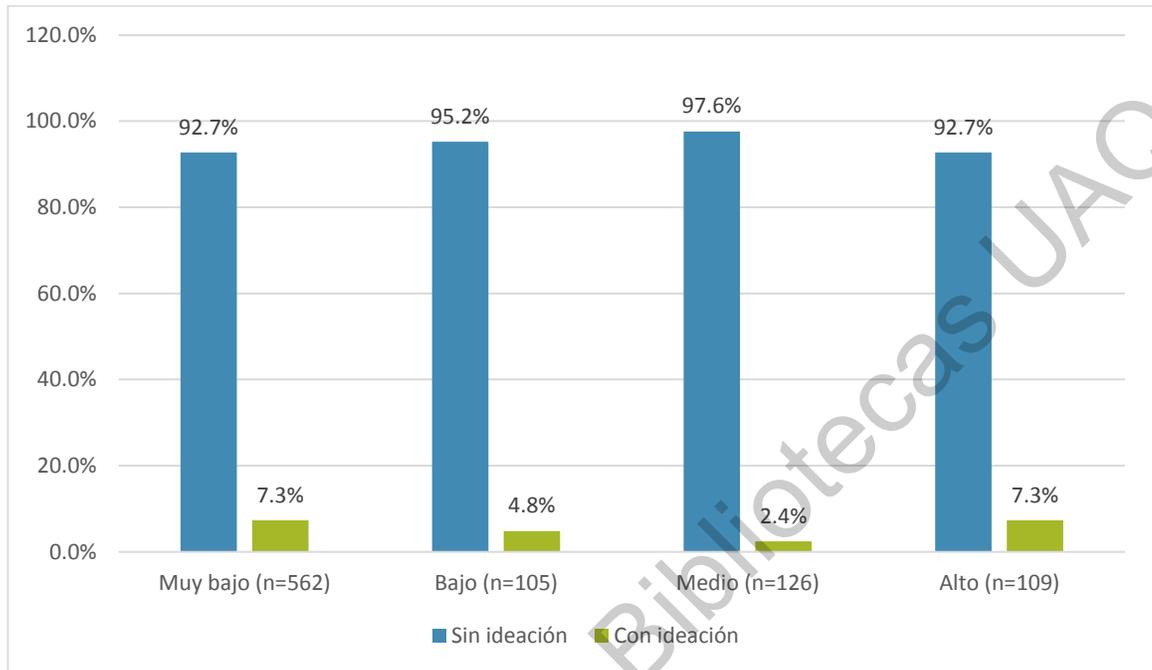


Figura 5 Ideación suicida actual y nivel de marginación.

La prevalencia de ideación suicida actual de acuerdo al nivel de marginación (Figura 5) fue la siguiente: nivel muy bajo 7.3%, nivel bajo 4.8%, nivel medio 2.4% y nivel alto 7.3%. A partir del análisis de estos datos con la prueba ANOVA se encontró que las diferencias no son significativas [$F (.28, 53.11) = 1.61, p \geq .05$].

De acuerdo al tipo de escuela (Figura 6) la prevalencia de ideación suicida actual fue de 6.4% para la escuela secundaria general, 9.4% para la técnica y 2.5% para la telesecundaria, en este caso se hallaron diferencias significativas [$F (.53, 52.86) = 4.50, p \leq .05$], a partir de la prueba T de Student se determinó que existe diferencia significativa entre el tipo de escuela general y telesecundaria ($t = -2.52, p \leq .05$) habiendo mayor prevalencia de ideación suicida actual en la escuela general; a su vez se halló una diferencia significativa entre la escuela técnica y la telesecundaria ($t = -3.16, p \leq .05$) siendo mayor la prevalencia en la escuela técnica, es decir, se encuentra un menor porcentaje de casos de ideación suicida actual en las escuelas telesecundarias.

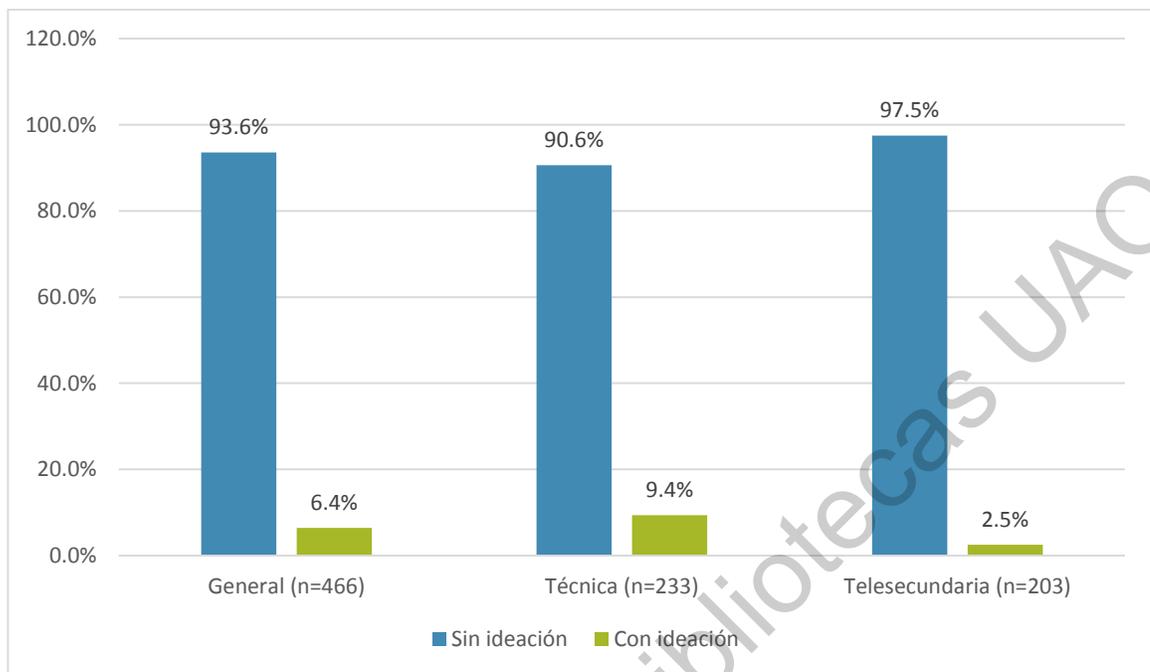


Figura 6 Ideación suicida actual y tipo de escuela

6.7. Características específicas de ideación suicida actual por sexo

6.7.1. Motivos referidos como causantes de la ideación suicida actual

En el instrumento aplicado se incluyó la pregunta ¿Por qué en este momento tienes la idea de hacerte daño a propósito con el fin de quitarte la vida? Las respuestas se categorizaron posteriormente para su análisis. En cuanto a los motivos que los/as adolescentes refirieron de la ideación suicida actual, la respuesta más común fue “por situaciones problemáticas” con un 23.9%, algunos ejemplos son: desagrado a una situación, problemas con mi hermana, en casa se la pasan peleando, mi mamá ocasiona muchos problemas, tengo muchos problemas, me obligan a hacer cosas que no quiero, por algo que no he podido superar, tengo problemas mentales y sociales, no quiero que me hagan daño; en segundo lugar con un 15.2% respondieron “nadie me comprende, a nadie le importo, no me quieren” y un 10.9% de “soy un fracaso, no me gusta quien soy, soy un estorbo”. En cuanto a las diferencias por sexo las situaciones problemáticas se reportaron en un 41.7% en el total de varones con ideación suicida (n=12), mientras que en el total de las mujeres con ideación suicida (n=34) el porcentaje fue de 17.6% ; “nunca voy a ser feliz” tuvo un 8.3% en varones y 0% en las mujeres; “quiero hacerme daño” resultó con un 11.8% en las mujeres y un 0% en varones;

“soy un fracaso, no me gusta quien soy, soy un estorbo” tuvo 14.7% en mujeres y 0% en hombres; “me siento solo(a)” dio 16.7% en varones y 2.9% en mujeres (Figura 7).

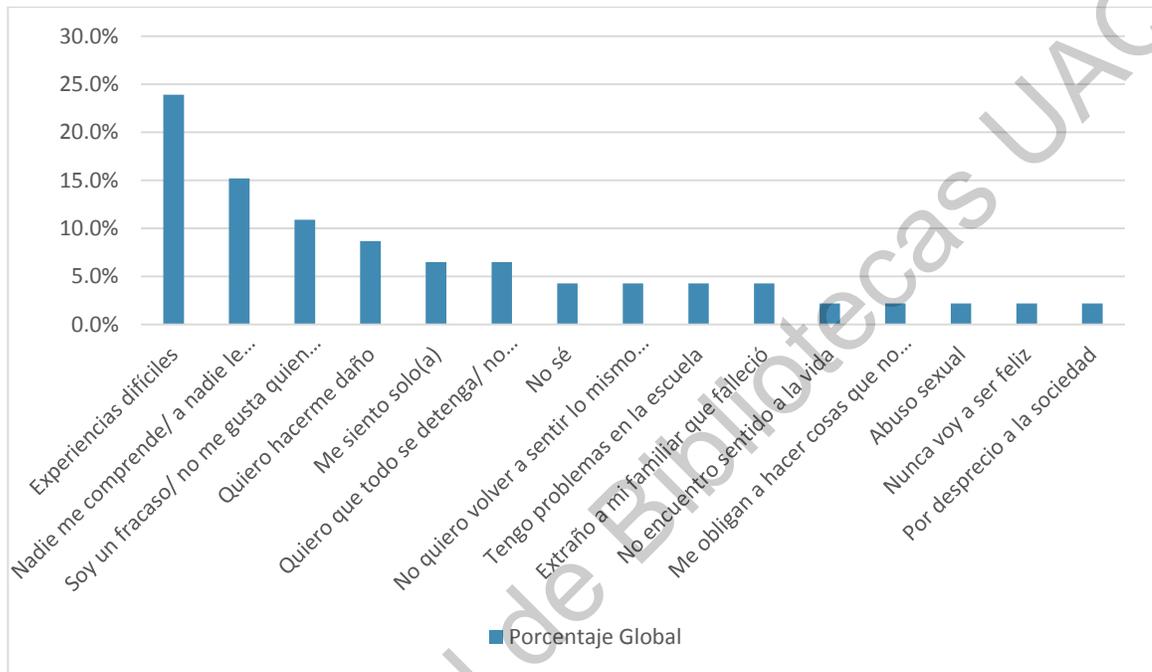


Figura 7 Motivos de ideación suicida actual

6.8. Prevalencia de conducta suicida alguna vez en la vida

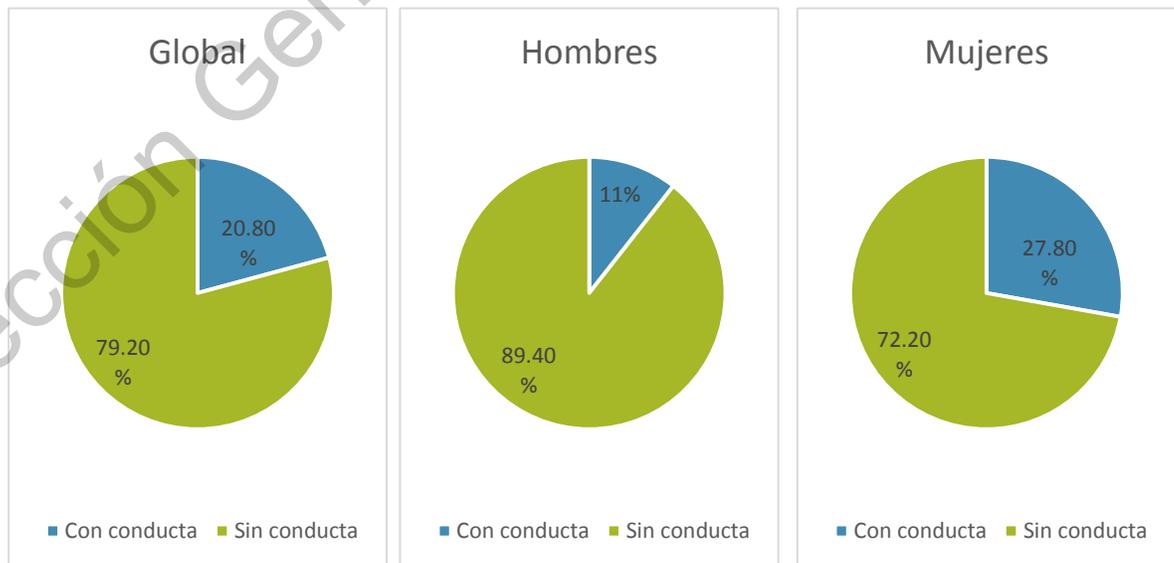


Figura 8 Prevalencia total de conducta suicida global y por sexo.

El 20.8% de los adolescentes refirieron haberse hecho daño a propósito con el fin de quitarse la vida, es decir, que tuvieron alguna conducta suicida.

Del total de varones (n=406) el 10.6% tuvo conducta suicida, mientras que del total de mujeres (n=586) el 27.8% dijeron haber intentado quitarse la vida (Figura 8). La prevalencia en mujeres es casi tres veces mayor que en los hombres, esta diferencia se analizó a través de una T de Student resultando significativa ($t = -7.19, p \leq .01$).

6.9. Prevalencia de conducta suicida por nivel de marginación y tipo de escuela.

La prevalencia de conducta suicida alguna vez en la vida de acuerdo al nivel de marginación se puede observar en la Figura 9 que muestra porcentajes de acuerdo al número de participantes de cada nivel, se observa que se presenta mayor conducta suicida en los niveles de marginación muy bajo y alto, estas diferencias son significativas de acuerdo a la prueba ANOVA realizada [$F(1.67, 161.41) = 3.40, p \leq .05$]. Las diferencias se encontraron entre el nivel muy bajo y bajo de marginación ($t = 3.18, p \leq .05$) y entre el nivel muy bajo y medio de marginación ($t = 2.24, p \leq .05$).

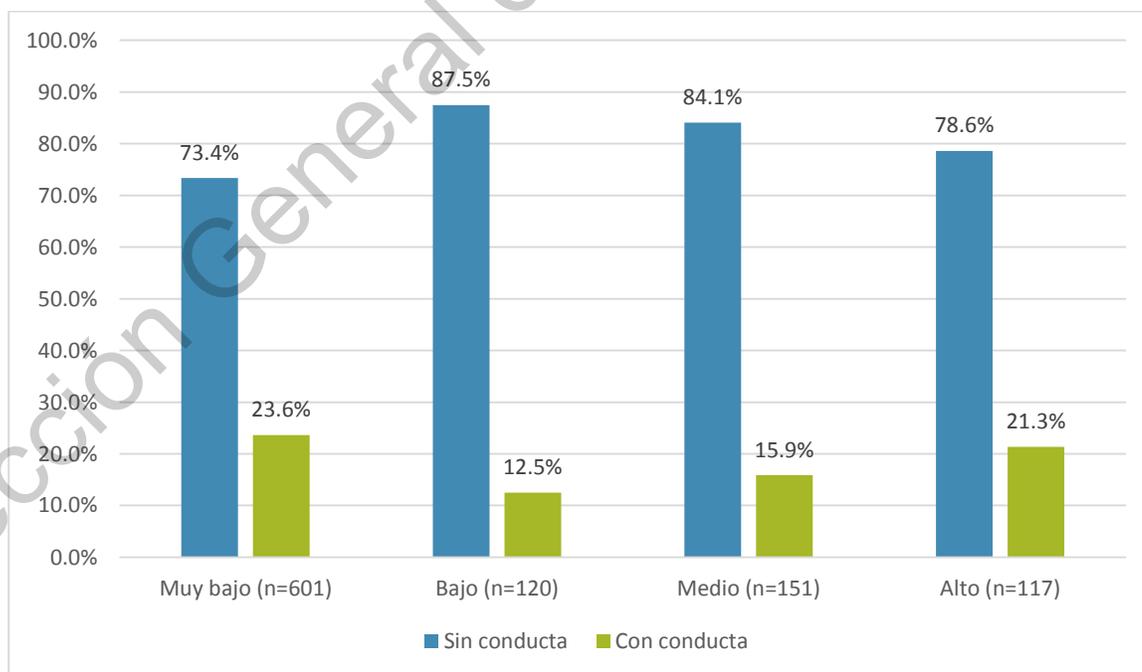


Figura 9 Conducta suicida alguna vez en la vida y nivel de marginación

La prevalencia de conducta suicida alguna vez en la vida en relación al tipo de escuela también obtuvo diferencias significativas [$F(1.36, 161.73) = 4.15, p \leq .05$], los resultados se muestran en la Figura 10 en porcentajes de acuerdo a los participantes de cada tipo de escuela en donde se observa mayor conducta suicida en los tipos de escuelas general y técnica. Estadísticamente las diferencias se encuentran entre el tipo de escuela general y telesecundaria ($t = 3.09, p \leq .05$) y entre la escuela técnica y telesecundaria ($t = 2.13, p \leq .05$).

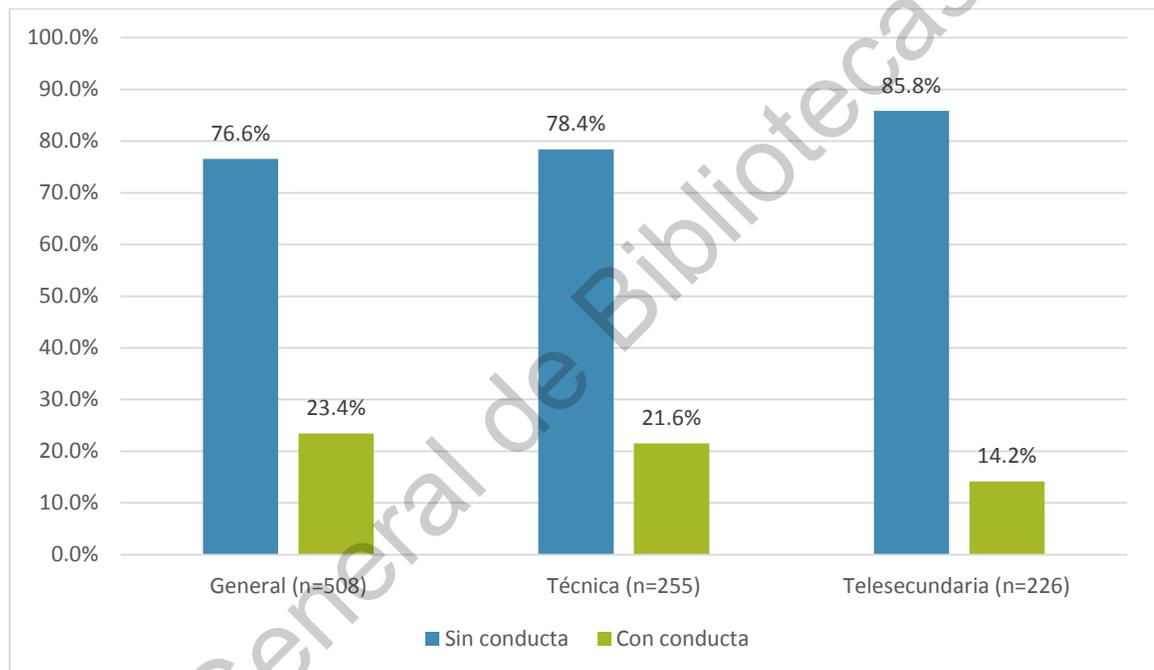


Figura 10 Conducta suicida alguna vez en la vida y tipo de escuela

6.10. Características específicas de conducta suicida por sexo.

6.10.1. Edad

En relación a la edad reportada por los adolescentes en que se hicieron daño con el fin de quitarse la vida por primera vez va desde 1 año hasta los 15 años, siendo el mayor porcentaje en los 12 años de edad, tanto para hombres como para mujeres, seguido de los 11 años de edad en ambos sexos (Tabla 9). En la tabla 9 se puede observar que la edad de última vez que se hicieron daño a propósito con el fin de quitarse la vida, en los varones es más

frecuente a los 11 y 13 años, mientras que en las mujeres la edad más frecuente de última vez que tuvo conducta suicida es a los 13 años.

En cuanto a la cantidad de veces que los adolescentes han reportado haberse hecho daño a propósito con el fin de quitarse la vida, los porcentajes más elevados se observan en 1 vez con 32.45% en los hombres y 22.36% en las mujeres, 2 veces con un 21.62% en hombres y 19.07% en mujeres y 3 veces con un 13.51% en hombres y 19.73%. De cuatro intentos en adelante, considerando que se reportaron hasta 70 intentos, los hombres presentan un porcentaje de 32.44%, mientras que el 38.84% de las mujeres tuvieron la conducta suicida más de tres veces.

Tabla 9 Edad de primera y última vez de conducta suicida según sexo.

Edad primera vez	Hombres (n=39)	Mujeres (n=158)	Edad última vez	Hombres (n=35)	Mujeres (n=152)
1	0%	1.26%	5	2.85%	0%
3	0%	.63%	7	2.85%	1.31%
4	2.56%	1.26%	8	2.85%	.65%
5	0%	.63%	9	0%	1.97%
6	2.56%	1.26%	10	2.85%	3.28%
7	2.56%	.63%	11	28.57%	11.18%
8	5.12%	1.89%	12	22.85%	26.97%
9	2.56%	4.43%	13	28.57%	34.21%
10	12.82%	8.86%	14	8.57%	18.425
11	25.64%	22.78%	15	0%	1.97%
12	35.89%	36.70%			
13	7.69%	17.08%			
14	2.56%	1.89%			
15	0%	.63%			

6.10.2. Método utilizado con el fin de quitarse la vida

El método más empleado para tratar de quitarse la vida fue cortándose, con un 67.4% global de aquellos que reportaron haberse hecho daño a propósito con el fin de quitarse la vida; seguido del 8.8% que consumieron medicamentos o sustancias como cloro o solventes; 5.7% tenían en mente realizar un acto, pero se detuvieron; 2.6% encajaron un objeto punzocortante en estómago o pecho; 2.1% se golpearon o azotaron con fuerza; 1.6% intentaron consumiendo grandes cantidades de alcohol u otras drogas; otro 1.6% lo hicieron

con las manos; 1.6% intentó la asfixia; 0.5% se aventó de un lugar alto; 0.5% dejó de comer; 0.5% utilizó una cuerda; el 7.3% no contestó (Tabla 10).

Tabla 10 Método empleado para quitarse la vida según sexo.

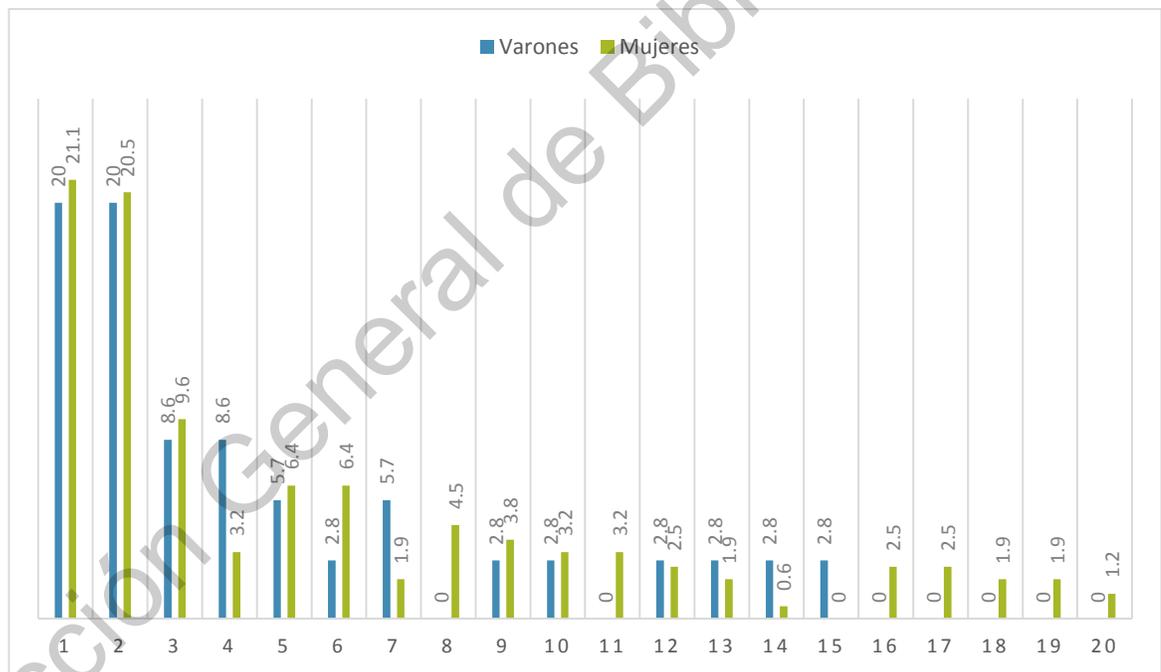
Método empleado para intento suicida	Porcentaje total (n=191)	Porcentaje hombres (n=36)	Porcentaje mujeres (n=155)
Cortándose	67.4%	61.1%	68.4%
Medicamento u otras sustancias como cloro, inhalando tóxicos.	8.8%	2.7%	10.3%
Tenia en mente hacer...	5.7%	2.7%	6.4%
Encajando un objeto punzocortante	2.6%	5.5%	1.9%
Golpeándose/ azotándose	2.1%	2.7%	1.9%
Consumiendo alcohol o drogas	1.6%	2.7%	1.3%
Con las manos	1.6%	2.7%	1.9%
Por asfixia	1.6%	2.7%	1.3%
Aventándose desde un lugar alto	0.5%	2.7%	0%
Dejando de comer	0.5%	0%	0.6%
Con una cuerda	0.5%	2.7%	0%
No contestó	7.3%	11.1%	6.4%

De los datos anteriores los datos encontrados según el sexo para algunos métodos empleados son que el 5.5% de los hombres con conducta suicida (n=36) utilizaron objetos punzocortantes frente a un 1.9% en las mujeres (n=155); en cuanto a intoxicación por medio de medicamentos u otras sustancias, las mujeres lo realizaron en un 10.3%, mientras que los hombres lo hicieron un 2.7%; aventarse de un lugar alto se registró con un 2.7% en hombres y ningún porcentaje en mujeres, lo mismo ocurrió en el caso de la utilización de una cuerda 2.7% en hombres y ninguna mujer; en cuanto a tener en mente un acto que al final no se llevó a cabo las mujeres tienen un 6.4% y los hombres 2.7%; cortarse resulta el método más popular entre los participantes del estudio con porcentajes similares. Todos los porcentajes pueden verse en la Tabla 10.

6.10.3. Motivos por los que se realizó la conducta suicida

En cuanto a los motivos que llevaron a los adolescentes a cometer un acto con el fin de quitarse la vida, ellos contestaron de la siguiente manera: 20.7% dijo haberlo hecho por problemas familiares, algunos ejemplos son: mi abuela y mi mamá son muy duras conmigo, en mi casa no me prestan atención, problemas entre mamá y papá, mi mamá me hizo algo que no puedo perdonar, problemas familiares graves, mis hermanos siempre me hacían sentir

menos, mi hermana es drogadicta; de igual manera el 20.7% reportó haberse sentido muy triste, enojado(a), solo(a) o desesperado(a); 9.8% dijo sentir que no le importaba a nadie, no se sentía amado o se sentía un estorbo; 6.2% mencionó que ya no podía más, no podía seguir adelante; 5.7% lo hizo por moda o curiosidad; 4.1% contestó que quería morir; 3.6% sentía que no valía, que era un fracaso; otro 3.6% vivió el fallecimiento de alguien cercano; 3.1% dijo que no sabía lo que hacía; 2.6% lo hizo por sufrir *bullying*; 2.6% más quería sentir alivio o desahogarse; otro 2.6% sentía que no le comprendían; 2.1% dijo que no le encontraba sentido a la vida; también un 2.1% reportó sentir que su familia estaría mejor sin ellos(as); 2.1% lo hizo por una pareja, mientras que el 1.6% fue por un amigo(a); 1.6% lo hizo por un evento en particular que ocurrió en sus vidas; 1% no iba bien en la escuela; 0.5% reportó haber sufrido de abuso sexual.



1. Por problemas familiares. 2. Me sentía muy triste/ enojado(a)/ solo(a)/ desesperado(a). 3. Sentía que no le importaba a nadie/ no me prestan atención/ no me aman/ soy un estorbo. 4. Porque quería morir. 5. Ya no podía más con los problemas/ no podía seguir adelante. 6. Por moda/ curiosidad. 7. Sentía que no me comprendían. 8. Sentía que no valía/ soy un fracaso/ no me gusta mi cuerpo. 9. Fallecimiento de alguien cercano. 10. No sabía lo que hacía. 11. Bullying. 12. Sentir alivio/ desahogarme. 13. Por un novio(a). 14. No iba bien en la escuela. 15. Abuso sexual. 16. No encontraba sentido a la vida. 17. Sentí que mi familia estaría mejor sin mí. 18. Por un evento particular que ocurrió. 19. Por un(a) amigo(a). 20. Por olvidar.

Figura 11 Motivos de conducta suicida por sexo

En cuanto a los porcentajes por sexo, considerando el dato a partir del total de varones (n=35) y el total de mujeres (n=156) con conducta suicida respectivamente se encontró que los porcentajes más altos como motivos que los han llevado a cometer el acto son por “problemas familiares” y por sentirse “muy triste, enojado(a), solo(a) o desesperado(a)”; el 4.5% de mujeres que dijo sentir que no valía, que era un fracaso o le disgustaba su cuerpo frente a un 0% de los hombres; en cuanto a no sentirse comprendidos(as) el 5.7% de los hombres lo refirió de esa manera mientras que para las mujeres sólo fue un 1.9%; también se encontró que un 6.4% de mujeres dijo haber intentado quitarse la vida por moda o por curiosidad, frente a un 2.8% en los hombres (Figura 11).

6.10.4. Propósito de la conducta suicida

Tabla 11 Categorías de ¿Para qué te hiciste daño con el propósito de quitarte la vida?

Para qué	Porcentaje total (n=179)	Porcentaje varones (n=31)	Porcentaje Mujeres (n=148)
Para ya no vivir	13.4%	25.8%	10.8%
Para olvidar	6.7%	6.5%	6.8%
Liberarme de problemas	0.6%	3.2%	6%
Dejar de sufrir/ dejar de sentir odio	18.4%	19.4%	18.2%
Para que ya no me humillaran, maltrataran	3.4%	6.5%	2.7%
Por tonto/ por error	1.1%	3.2%	0.7%
Sentir alivio/ desahogo	6.7%	3.2%	7.4%
No lo sé	6.1%	3.2%	6.8%
Para juntarme con alguien que ya murió	1.1%	3.2%	0.7%
Para ya no saber nada/ no seguir pensando	3.9%	3.2%	4%
Me sentía una basura/ desquitarme conmigo	1.1%	0%	1.4%
Para que me hicieran caso/ llamar la atención	10.6%	6.5%	11.5%
Para ser valorado	3.4%	0%	4%
Para quedar bien con/ tener amigas	1.7%	0%	2%
Para que mi mamá/familia estuviera mejor s/mi	7.3%	3.2%	8.1%
Para sentir dolor	1.1%	0%	1.4%
Para saber qué me iba a pasar/ ver qué se sentía	3.4%	0%	4%
Para sentirme feliz	1.1%	0%	1.4%
No le vi sentido a la vida	0.5%	0%	0.7%
No contestó	13.4%	12.9%	1.4%

Cuando se les preguntó a los adolescentes que intentaron hacerse daño con el fin de quitarse la vida, para qué lo habían hecho, la respuesta más común fue para “dejar de sufrir o dejar de sentir odio”, seguido de “para ya no vivir” y posteriormente “para que me hicieran caso o llamar la atención”. Las diferencias por sexo pueden verse en la tabla 11.

6.10.5. Letalidad de la conducta suicida

De los participantes que presentaron conducta suicida, el 23.3% quería dejar de vivir/quería morir; 47.6% contestó que no le importaba si vivía o moría y el 29.1% quería seguir viviendo.

En cuanto a las veces que han intentado quitarse la vida el 32.43% de los hombres (n=37) y 22.36% de las mujeres (n=152) respondieron haberlo hecho una vez. 21.63% de los hombres y 19.07% de las mujeres respondieron haberlo hecho dos veces, 45.95% de los hombres y 58.57% de las mujeres respondieron haberlo hecho tres veces o más, incluso reportaron hasta 70 veces.

Para la pregunta “Pensaste que tu muerte era: 1. Segura, sabía que moriría; 2. Posible, no sabía si moriría o viviría; 3. Imposible: Sabía que no moriría” los porcentajes generales fueron 4.1%, 57.4% y 38.5% respectivamente. En cuanto al porcentaje por sexo, de los varones que contestaron esta pregunta (n=36) 2.8% creyó que su muerte era segura, 58.3% que era posible y el 38.9% que era imposible, mientras que en las mujeres que contestaron (n=159), 4.4% creyó que su muerte era segura, 57.2% que era posible y 37.7%, imposible.

Cuando se les preguntó qué había ocurrido en consecuencia al intento, en el general de los/las adolescentes el 7% respondió que lo/a llevaron a urgencias, 22.5% recibió apoyo emocional profesional, el 54.4% recibió apoyo emocional de un ser querido y el 61.8% respondió no haber recibido apoyo. Cabe señalar que los participantes podían responder en más de una opción. En relación al sexo, 7.9% de los varones y 6.8% de las mujeres fue llevado/a a urgencias; un 2.6% de varones contra 21.6% de mujeres recibieron apoyo emocional profesional; en cuanto a apoyo emocional de un ser querido, el 63.2% de los

varones respondió de manera positiva mientras que en las mujeres fue el 52.2%; por último 75.8% de los varones reportó no haber recibido ayuda, frente a un 58.6% en mujeres.

6.10.6. Búsqueda de ayuda tras conducta suicida

Otro ítem que forma parte del instrumento era saber a quién habían buscado para recibir ayuda después del acto de intento suicida, de manera general el 55.5% de los/las adolescentes acudió con un/a amigo/a, seguido del 39.7% que acudió a un familiar; el resto acudió con un psicólogo, sacerdote, maestro, curandero o doctor.

En cuanto a las diferencias por sexo en la Figura 10, puede observarse que en el caso de los varones, es mayor el porcentaje en cuanto a buscar ayuda de un familiar, 48.7% frente a un 37.3% en las mujeres; de manera opuesta, en el caso de haber buscado a un/a amigo las mujeres tuvieron un porcentaje de 60.3%, mucho mayor al de los varones que fue de 36.8%; también se observa un mayor porcentaje en las mujeres cuando se trató de buscar ayuda de un maestro/a, sacerdote o doctor/a.

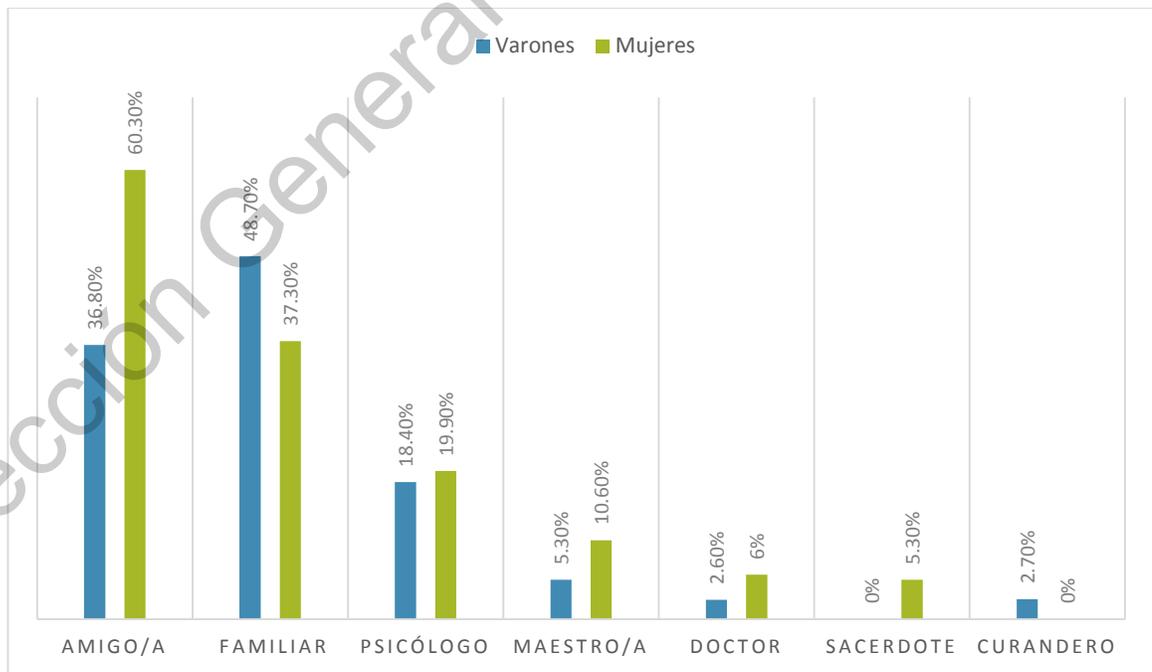


Figura 12 “Busqué ayuda/consuelo/consejo de un...”

Al respecto también se indagó sobre las razones por las que los y las adolescentes con conducta suicida buscaron o no ayuda, las respuestas a esta pregunta fueron abiertas, es decir, los participantes contestaron de manera espontánea. Se encontró que el 28.6% de quienes sí buscaron ayuda, lo hicieron porque sabían que estaban mal o que lo que habían hecho no estaba bien, no se observa diferencia notoria en cuanto a sexo. El 11.6% quería pensar mejor las cosas y/o ya no vivir con conflictos. 9.8% de los/las adolescentes dijeron haber buscado ayuda para sentirse mejor, en este caso 15% del total de varones con conducta suicida (n=20) respondieron de esta forma, mientras que del total de mujeres (n=92) fue el 8.7%. Las mujeres reportaron en un 10.9% haber pedido ayuda a sus amigos/as, frente a un 5% en los varones (Tabla 12). Del total de adolescentes que dijeron haberse hecho daño a propósito con el fin de quitarse la vida el 56.4% de las mujeres y el 46.5% de los varones buscaron ayuda.

Tabla 12 Por qué si busqué ayuda.

Por qué sí busqué ayuda	Porcentaje total (n=112)	Porcentaje varones (n=20)	Porcentaje mujeres (n=92)
Pedí ayuda a mis amigos	9.8%	5%	10.9%
Sabía que estaba mal/ lo que hice no estuvo bien	28.6%	25%	29.3%
Necesitaba platicar/ apoyo de alguien	7.1%	5%	7.6%
Mis papás se preocuparon/ quiero a mi familia	2.7%	5%	2.2%
Mi mamá/ familia se dio cuenta	2.7%	0%	3.3%
No quería volver a intentarlo	8%	15%	6.5%
Busqué a mis papás para consejo	5.4%	10%	4.3%
Quería pensar mejor las cosas/ no vivir con conflictos	11.6%	10%	12%
Necesitaba afecto	0.9%	0%	1.1%
Fui con un psicólogo	1.8%	0%	2.2%
Me di cuenta que mi familia me quiere	1.8%	0%	2.2%
Quería sentirme mejor	9.8%	15%	8.7%
Mis amigos y familiares me ayudaron a salir adelante	5.4%	5%	5.4%
Porque mi mamá me necesitaba	0.9%	0%	1.1%
Porque me dio miedo	1.8%	5%	1.1%
Lo quería dejar de hacer	1.8%	0%	2.2%

En cuanto a por qué no buscaron ayuda se encontró lo siguiente, el 30.2% de los varones que reportaron intento de suicidio no buscó ayuda, mientras que 39.9% del total de mujeres que intentó quitarse la vida tampoco buscó ayuda. En la Tabla 13 se observa que el mayor porcentaje en general es de 25.6% que no buscó ayuda para no sentirse juzgado/a o para no ser regañado/a; otra respuesta relevante fue el haber creído que no era grave, es decir, que no era necesario pedir ayuda, el 15.4% del total de varones (n=13) respondió de esta forma, mientras que en las mujeres (n=65) fue el 10.8%; “porque nadie sabía o no quería que supieran” contestó el 7.7% de los varones y el 12.3% de las mujeres; “no creí que pudieran ayudarme/ tengo miedo de que no me entiendan” tuvo un 7.7% en varones y un 9.2% en mujeres; “no tenía con quien contar” contestó el 6.1% de mujeres, ningún adolescente varón; “no quería vivir” tuvo un porcentaje en varones de 7.7% frente a un 1.5% en mujeres; “no sabía cómo (pedir ayuda)” tuvo un 15.4% en varones, ninguna adolescente.

Tabla 13 Por qué no busqué ayuda.

Por qué no busqué ayuda	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	total (n=78)	varones (n=13)	mujeres (n=65)
Para que no me juzgaran/ regañaran	25.6%	23%	26.1%
No sabía cómo	2.6%	15.4%	0%
No me interesaba	1.3%	0%	1.5%
Para no hacerle daño a mi familia/ tener problemas con	6.4%	0%	7.7%
Quería estar solo(a)	1.3%	0%	1.5%
Ya no lo seguía haciendo/ ya no lo volveré a hacer	5.1%	7.7%	4.6%
No creí que fuera grave/ necesario	11.5%	15.4%	10.8%
No quería vivir	2.6%	7.7%	1.5%
Porque nadie sabía/ no quería que supieran	11.5%	7.7%	12.3%
Porque no quise	5.1%	7.7%	4.6%
Me sentía mal conmigo mismo(a)	5.1%	7.7%	4.6%
No creí que pudieran ayudarme/miedo no entiendan	9%	7.7%	9.2%
No tenía con quien contar	5.1%	0%	6.1%
Yo solo(a) reflexioné	2.6%	0%	3.1%
Me daba pena decir lo que había sucedido	2.6%	0%	3.1%
Sabía que me llevarían a un hospital	1.3%	0%	1.5%
No busqué pero mis amigos me ayudaron	1.3%	0%	1.5%

6.11. Relación entre ideación suicida reciente con conducta suicida

En la Figura 13 se puede observar que existe una relación significativa entre la ideación suicida reciente con la conducta suicida alguna vez en la vida el 96.1% (n=780) no presentó ideación suicida reciente ni conducta suicida alguna vez en la vida, el 3.9% sí presentó ideación suicida reciente pero no conducta suicida; en el caso de quienes sí presentaron conducta suicida (n=206) 64.1% no tuvieron ideación suicida reciente y el 35.9% sí presentó ideación suicida reciente. Es decir, los adolescentes con conducta suicida presentan más ideación en comparación con un grupo sin conducta suicida. A partir de realizar una regresión logística binaria, se encontró que la ideación suicida reciente es un factor de riesgo para la conducta suicida, aumentando la posibilidad de que ésta se presente hasta 14 veces más (OR=14.015, $p \leq .001$).

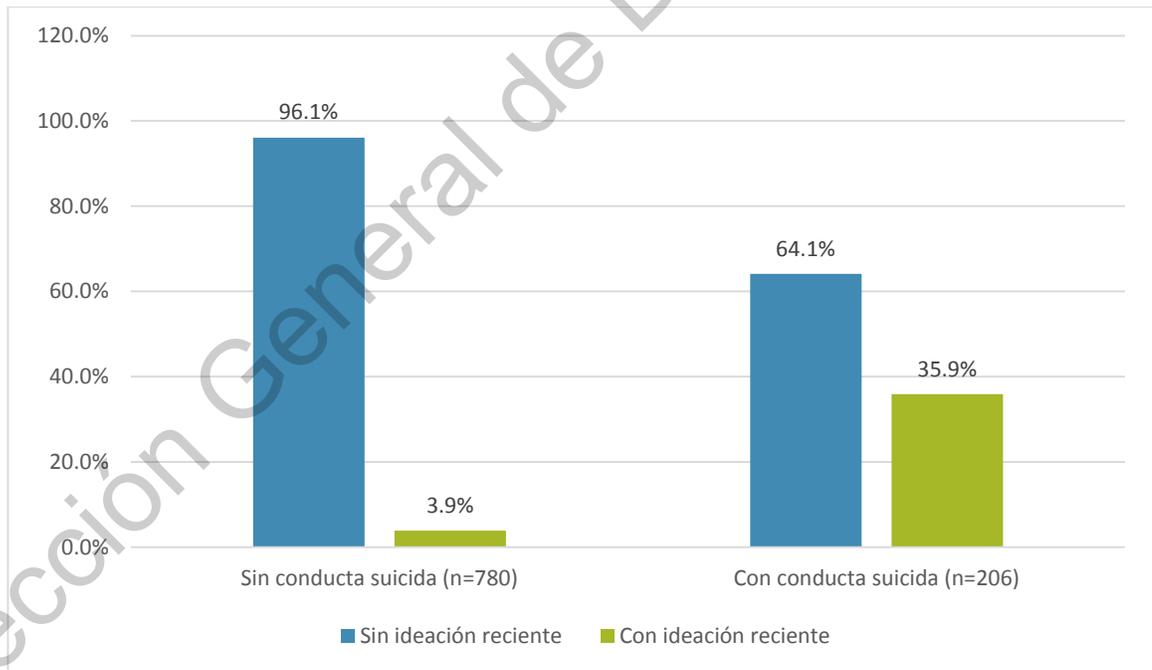


Figura 13 Relación de ideación suicida reciente con conducta suicida

Para los participantes que resultaron sin conducta suicida alguna vez en la vida (n=701) el 1.6% tuvo ideación suicida actual y 98.4% no presentó ideación suicida actual; para aquellos con conducta suicida alguna vez en la vida (n=198) el 77.3% no presentó ideación suicida actual mientras que el 22.7% sí lo hizo. Se realizó una regresión logística binaria para determinar si había una relación predictiva como entre la conducta suicida y la ideación suicida actual, se encontró que esta última es un factor de riesgo para la conducta suicida aumentando la posibilidad de que esta se presente hasta 18 veces (OR=18,449, $p \leq .001$).

6.12. Relación entre ideación suicida actual con la conducta suicida

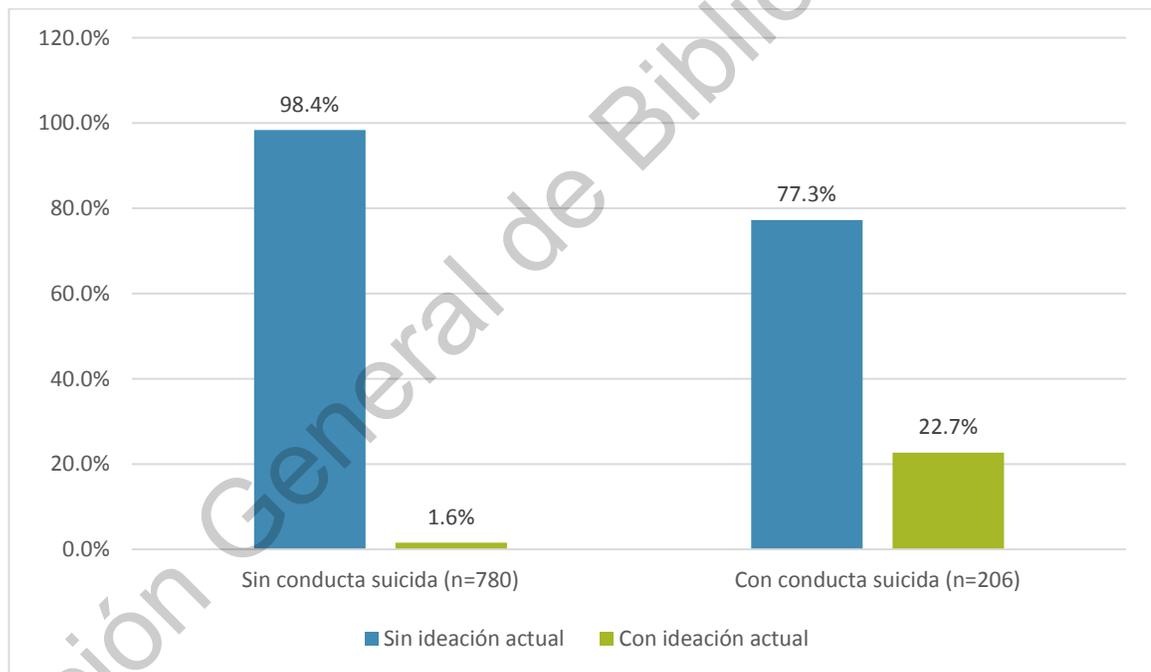


Figura 14 Relación de ideación suicida actual y conducta suicida

6.13. Relación de ideación y conducta suicida con factores psicológicos

6.13.1. Ideación suicida reciente y factores psicológicos

De acuerdo al análisis estadístico de regresión logística binaria los factores psicológicos que se asocian significativamente con la ideación suicida reciente aumentando la probabilidad de que se presente son: “Locus de control interno” (OR= 1.944; $p \leq .05$) y

“Síntomatología depresiva” (OR= 1.144; $p \leq .001$); es decir, son factores predictores de riesgo (Tabla 14).

El factor psicológico “Autoestima” (OR= .782; $p \leq .05$) se asocia significativamente con la ideación suicida como factor predictor protector, disminuyendo la probabilidad de que esta se presente (Tabla 14).

Los factores “Locus de control de suerte”, “Locus de control afectivo”, “Impulsividad” y “Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares y sociales” no mostraron relacionarse significativamente con la ideación suicida (Tabla 14).

Tabla 14 Regresión logística con factores psicológicos.

Factores psicológicos	Ideación suicida		Conducta suicida	
	Sig.(p)	OR	Sig.(p)	OR
Autoestima	.046	.782	.352	.976
Locus de control suerte	.831	.957	.055	.909
Locus de control afectivo	.093	1.392	.571	1.028
Locus de control interno	.016	1.944	.765	.984
Impulsividad	.432	.904	.020	1.080
Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares	.351	.899	.023	1.061
Síntomatología depresiva	.000	1.144	.000	1.037

El análisis de regresión logística binaria no arrojó datos que relacionaron significativamente la ideación suicida actual con los factores psicológicos, ya sea como factores predictores de riesgo o como factores predictores protectores.

6.13.2. Conducta suicida alguna vez en la vida y factores psicológicos

Los factores psicológicos que se asocian significativamente con la conducta suicida aumentando la probabilidad de que se lleve a cabo son: “Impulsividad” (OR= 1.080; $p \leq .050$), “Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares o sociales” (OR= 1.061; $p \leq .050$) y “Síntomatología depresiva” (OR= 1.037; $p \leq .001$). Por lo tanto estos se consideran factores predictores de riesgo (Tabla 14).

A partir de la regresión logística binaria, no se encontraron factores psicológicos protectores relacionados a la conducta suicida (Tabla 14).

Los factores “Autoestima”, “Locus de control de suerte”, “Locus de control afectivo” y “Locus de control interno” no mostraron ninguna relación significativa con la conducta suicida (Tabla 14).

6.14. Relación de ideación y conducta suicida con factores psicosociales

6.14.1. Datos sociodemográficos e ideación suicida reciente

De acuerdo con el análisis estadístico de regresión logística binaria (Tablas 15, 16 y 17) los datos sociodemográficos que se asocian significativamente con la ideación suicida reciente aumentando la probabilidad de que se presente son: “Tener hermanos (dos)” (OR= 185.067; $p \leq .050$), “Tener hermanos (tres)” (OR= 12734.377; $p \leq .050$), “Tener hermanos (cuatro)” (OR= 3739.501; $p \leq .050$), “Tener hermanos (seis)” (OR= 5119.221; $p \leq .050$), todos los anteriores aumentando el riesgo portentosamente, “Discusiones por falta de dinero (a veces)” (OR= 2.258; $p \leq .001$) aumentando el riesgo 2 veces, “Discusiones por falta de dinero (casi siempre)” (OR= 7.269; $p \leq .001$) aumentando la posibilidad de presentar ideación suicida hasta 7 veces y “Discusiones por falta de dinero (siempre)” (OR= 12.940; $p \leq .001$) esta última aumentando el riesgo 13 veces, “Tipo de escuela (técnica)” (OR= 16.120; $p \leq .050$), aumentando la posibilidad de tener ideación suicida reciente 16 veces. Por lo tanto las variables mencionadas son factores sociodemográficos predictores de riesgo.

Los factores “Sexo”, “Edad”, “Desempeño escolar”, “Cuántos hermanos tienes vivos”, “Lugar que ocupas entre tus hermanos”, “Vives con mamá o madrastra”, “Vives con papá o padrastro”, “Vives con hermanos”, “Vives con familiares”, “Vives con amigos”, “Vives con otros”, “Aporta dinero mamá o madrastra”, “Aporta dinero papá o padrastro”, “Aporta dinero hermanos”, “Aporta dinero familiares”, “Aporta dinero amigos”, “Aporta dinero otros”, “Discusiones por falta de dinero siempre”, “Vives con mamá o mujer que es como mamá”, “Madrastra”, “No vivo con mamá”, “Vives con papá u hombre que es como papá”, “Padrastro” y “No vivo con papá” no mostraron relacionarse significativamente con la ideación suicida (Tablas 15, 16 y 17).

El análisis de regresión logística binaria no arrojó datos que relacionaran significativamente la ideación suicida actual con los datos sociodemográficos, ni como factores protectores, ni como factores de riesgo.

Tabla 15 Regresión logística con datos sociodemográficos 1.

Datos sociodemográficos	Ideación suicida		Conducta suicida	
	Sig.(p)	OR	Sig.(p)	OR
Sexo (hombre)	.267	3.938	.000	.229
Edad (13)	.093	2.420	.019	5.161
<i>Cuántos hermanos tienes vivos</i>				
Uno	.674	1.260	.020	8.653
Dos	.045	185.067	.024	8.163
Tres	.004	12734.377	.019	9.393
Cuatro	.011	3739.501	.031	9.222
Cinco	.125	224.834	.003	25.886
Seis	.005	5119.221	.009	42.246
Siete	1.000	.000	.999	.000
Ocho	1.000	.000	.999	4.304E10
Nueve	1.000	963.164	.999	.000
Diez	1.000	4.077	1.000	.000
<i>Tipo de escuela</i>				
Técnica	.009	16.120	.625	1.872

6.14.2. Datos sociodemográficos y conducta suicida

Los factores sociodemográficos que se asocian significativamente con la conducta suicida alguna vez en la vida (Tablas 15, 16 y 17) aumentando la probabilidad de que se lleve a cabo son: “Edad (13 años)”, aumentando 5 veces el riesgo (OR= 5.161; $p \leq .050$); “Cuántos hermanos tienes vivos (uno)”, aumentando casi 9 veces el riesgo (OR= 8.653; $p \leq .050$); “Cuántos hermanos tienes vivos (dos)”, aumentando 8 veces el riesgo (OR= 8.163; $p \leq .050$); “Cuántos hermanos tienes vivos (tres)”, aumentando el riesgo 9 veces (OR= 9.393; $p \leq .050$); “Cuántos hermanos tienes vivos (cuatro)”, aumentando el riesgo 9 veces (OR= 9.222; $p \leq .050$); “Cuántos hermanos tienes vivos (cinco)”, aumentando el riesgo 26 veces (OR= 25.886; $p \leq .050$); “Cuántos hermanos tienes vivos (seis)”, aumentando el riesgo 42 veces

(OR= 42.246; $p \leq .050$); “Discusiones por falta de dinero (casi siempre)”, aumentando el riesgo 4 veces (OR= 3.880; $p \leq .050$); y “Discusiones por falta de dinero (siempre)”, aumentando el riesgo 5 veces (OR= 4.818; $p \leq .050$).

Tabla 16 Regresión logística con datos sociodemográficos 2.

Datos sociodemográficos	Ideación suicida		Conducta suicida	
	Sig.(p)	OR	Sig.(p)	OR
<i>Lugar que ocupas entre tus hermanos</i>				
Segundo	.150	.722	.012	.507
Tercero	.530	1.193	.105	.588
Cuarto	.948	1.031	.715	1.206
Quinto	.816	.867	.116	.270
Sexto	.868	1.133	.432	1.950
Vives con mamá o madrastra	.365	1.796	.393	1.890
Vives con papá o padrastro	.549	1.276	.657	.816
Vives con hermanos	.429	.801	.573	.831
Vives con familiares	.443	1.220	.675	1.139
Vives con amigos	.094	3.505	.058	.051
Vives con otros	.998	2.829E8	.996	1.004

Los factores sociodemográficos que se asocian significativamente con la conducta suicida (Tablas 15, 16 y 17) actuando como factores protectores son: “Sexo (ser hombre)” disminuyendo el riesgo 3 veces (OR= .229; $p \leq .001$); “Lugar que ocupas entre tus hermanos (segundo)” disminuyendo el riesgo a la mitad (OR= .507; $p \leq .050$); y “Aporta dinero papá o padrastro”, disminuyendo el riesgo más de la mitad (OR= .428; $p \leq .050$).

Los factores “Desempeño escolar”, “Vives con mamá o madrastra”, “Vives con papá o padrastro”, “Vives con hermanos”, “Vives con familiares”, “Vives con amigos”, “Vives con otros”, “Aporta dinero mamá o madrastra”, “Aporta dinero hermanos”, “Aporta dinero familiares”, “Aporta dinero amigos”, “Aporta dinero otros”, “Discusiones por falta de dinero a veces”, “Vives con mamá o mujer que es como mamá”, “Madrastra”, “No vivo con mamá”, “Vives con papá u hombre que es como papá”, “Padrastro” y “No vivo con papá” no mostraron relacionarse significativamente con el intento suicida (Tablas 15, 16 y 17).

Tabla 17 Regresión logística con datos sociodemográficos 3.

Datos sociodemográficos	Ideación suicida		Intento suicida	
	Sig.(p)	OR	Sig.(p)	OR
Aporta dinero mamá o madrastra	.131	.743	.237	1.338
Aporta dinero papá o padrastro	.405	.729	.049	.428
Aporta dinero hermanos	.871	1.043	.705	.883
Aporta dinero familiares	.949	.978	.121	.512
Aporta dinero amigos	.339	5.457	.153	12.011
Aporta dinero otros	.750	.706	.859	.819
<i>Discusiones por falta de dinero</i>				
A veces	.001	2.258	.183	1.363
Casi siempre	.000	7.269	.005	3.880
Siempre	.000	12.940	.043	4.818
<i>Vives con mamá/mujer como mamá</i>				
Mujer que es como mamá	.318	1.931	.283	2.223
Madrastra	1.000	.000	1.000	.000
No vivo con mamá	.331	3.182	.999	.000
<i>Vives con papá/hombre como papá</i>				
Hombre que es como papá	.806	.886	.352	.588
Padrastro	.256	.670	.852	1.077
No vivo con papá	.575	.753	.420	.633

6.14.3. Otros factores psicosociales e ideación suicida

De acuerdo con la regresión logística binaria (Tabla 18) un factor psicosocial que se asocian significativamente con la ideación suicida reciente aumentando la probabilidad de que se presente hasta 35 veces es el “Consumo de alcohol” (OR= 34.798; $p \leq .050$), por lo que resulta un importante factor de riesgo.

Los factores “Recursos de apoyo” “Relación mamá”, “Relación papá”, “Situación económica familiar”, “Estrés cotidiano social”, “Consumo de marihuana”, “Consumo de inhalables”, “Consumo de cocaína”, “Consumo de crack o piedra”, “Consumo de tachas o éxtasis” y “Consumo de tabaco” no mostraron relacionarse significativamente con la ideación suicida reciente (Tabla 18).

Tabla 18 Regresión logística con otros factores psicosociales.

Factores psicosociales	Ideación suicida		Intento suicida	
	Sig. (p)	OR	Sig.(p)	OR
Relación mamá	.241	.984	.465	.989
Relación papá	.383	.991	.768	.997
Recursos de apoyo	.991	.999	.001	.921
Situación económica familiar	.134	1.107	.824	1.004
Consumo de alcohol	.014	34.798	.000	2.363
Consumo de marihuana	.396	.308	.043	1.765
Consumo de inhalables	.209	3.403	.000	2.926
Consumo de cocaína	.635	2.811	.624	.802
Consumo de crack o piedra	.495	.314	.072	2.361
Consumo de tachas o éxtasis	.557	.242	.335	.600
Consumo de tabaco	.724	.695	.316	1.259
Estrés cotidiano social	.527	.955	.000	1.091

Para la ideación suicida actual con los factores psicosociales, ya sea como factores predictores de riesgo o protectores, no se encontró relación significativa a partir del análisis con regresión logística binaria.

6.14.4. Otros factores psicosociales y conducta suicida

Los factores psicosociales que se asocian significativamente con la conducta suicida alguna vez en la vida (Tabla 12) aumentando la probabilidad de que se lleve a cabo y actuando como factores predictores de riesgo son: “Consumo de alcohol”, aumentando más de 2 veces el riesgo (OR= 2.363; $p \leq .001$); “Consumo de marihuana”, aumentando casi 2 veces el riesgo (OR= 1.765; $p \leq .050$); “Consumo de inhalables”, aumentando 3 veces el riesgo (OR= 2.926; $p \leq .001$); y “Estrés cotidiano social” (OR= 1.091; $p \leq .001$).

El factor psicosocial “Recursos de apoyo” (OR= .921; $p \leq .001$) se asocia significativamente con el intento suicida actuando como factor predictor protector (Tabla 18).

Los factores “Relación mamá”, “Relación papá”, “Situación económica familiar”, “Consumo de cocaína”, “Consumo de crack o piedra”, “Consumo de tachas o éxtasis” y “Consumo de tabaco” no mostraron relacionarse significativamente con el intento suicida (Tabla 18).

Dirección General de Bibliotecas UAQ

7. DISCUSIÓN

7.1. Prevalencia de ideación suicida reciente, actual y conducta suicida

El objetivo principal de esta investigación fue conocer la prevalencia de ideación suicida reciente y actual, así como de la conducta suicida alguna vez en la vida y su relación con factores psicológicos y psicosociales en los estudiantes de secundaria en San Juan del Río. Al respecto se encontró que para ideación suicida reciente el 10.7% de los adolescentes presentaron ideación suicida elevada en las dos últimas semanas y el 4.6% tenían la idea de quitarse la vida en el momento de aplicarse el instrumento. En estudios similares se encontró que un 13.1% (González-Forteza, et al., 2015) y 10% (González-Forteza & Jiménez-Tapia, 1995) de los adolescentes tenía ideación suicida en las últimas semanas.

Para la conducta suicida el resultado fue del 20.8%, superior a estudios realizados en la Ciudad de México en donde la prevalencia fue del 10.1% (González-Forteza, 1996), dato similar a los obtenidos en 1997 con un 8.3% de prevalencia de conducta suicida y en 2000 con un 9.5% (González-Forteza et al., 2002). En comparación con esos estudios la prevalencia de conducta suicida en este estudio es dos veces mayor.

En ambas problemáticas el índice es muy alto, lo que coincide con lo reportado por la OMS (2017a) en relación al aumento de problemática suicida que en los últimos años se ha dado más entre la población más joven.

Se debe tomar en cuenta, que dado que el proceso de la problemática suicida comienza teniendo pensamientos sobre la propia muerte y va evolucionando hasta desencadenar la conducta suicida (Maris, 2019), el hecho de que 1 de cada 10 adolescentes sanjuanenses presente ideación suicida es un indicativo de una situación por demás delicada. Por su lado, la prevalencia de conducta suicida supera lo encontrado en estudios similares y como se ha mencionado antes, el intento suicida es el factor de riesgo individual más importante para el suicidio consumado (OMS, 2019), tal como afirman diversos estudios (Pérez-Amezcuca et al., 2010; Bella et al., 2010; Cortés et al., 2001; Larraguibel et al., 2000; González-Forteza et al., 1998; González-Forteza et al., 1998a).

En cuanto a la prevalencia de ideación suicida por sexo los resultados concuerdan con estudios (Jiménez-Tapia, Mondragón & González-Forteza, 2007) que plantean una proporción mayor en las mujeres que en los hombres. Para prevalencia de ideación reciente (en las últimas dos semanas) la relación mujer-hombre es 3:1 y para la prevalencia de ideación actual, es 3:2.

La relación de mujeres y hombres con conducta suicida fue de 3:1, tal como se ha mencionado en distintas fuentes (Maris et al, 2000; González-Forteza et al., 2002; Chávez-Hernández et al., 2015), en donde las mujeres son quienes tienen mayor frecuencia en conducta suicida, mientras que en los hombres es mayor la prevalencia de suicidio consumado (OMS, 2019).

El hecho de que las mujeres son más propensas a presentar conducta suicida se corroboró mediante el análisis de los datos sociodemográficos a partir de la regresión logística, en donde se encontró que los hombres tienen menor riesgo, la relación es 1:3 con respecto de las mujeres.

Es de considerarse que tanto para la ideación como para la conducta suicida las mujeres tengan mayor prevalencia. Una de las explicaciones ante este fenómeno podría relacionarse a que las adolescentes están más expuestas a estresores interpersonales, además de que las mujeres reaccionan con mayor sintomatología depresiva que los hombres cuando son expuestos a los mismos estresores, lo que puede deberse a aspectos biológicos debido a la etapa adolescente (Benjet, et al., 2009).

Otra perspectiva nos puede llevar a pensar que la mujer en esta entidad y aún más siendo menor de edad, se encuentra sujeta a ciertos límites para salvaguardar su integridad en diversos sentidos, física, social, emocional, moral, etc. Lo que implica que puede encontrar coartada su libertad. Al respecto, Macías, et al. (2010) encontraron que en comunidades como Amealco la violencia hacia las mujeres representa un factor para la depresión y con ello la decisión de atentar contra la propia vida. Queda mucho por investigar a este respecto; indagar

por este sentido sería muy oportuno para poder combatir la problemática suicida en las mujeres.

La prevalencia de ideación suicida reciente y actual de acuerdo al nivel de marginación no tuvo diferencias significativas, sin embargo, hay una mayor frecuencia de ideación reciente y actual en el nivel muy bajo de marginación y para ideación actual, también en nivel alto de marginación. En cuanto a la conducta suicida la mayor prevalencia se dio tanto en nivel muy bajo como en nivel alto, con diferencias significativas con los otros niveles (bajo y medio) es decir, que aquellos sectores con mayores oportunidades de servicios y de desarrollo económico y aquellos que en contraste viven en situación de vulnerabilidad, son quienes se encuentran en mayor riesgo de presentar problemáticas suicidas.

Al respecto, en un estudio sobre financiamiento de la salud mental en Chile (Errázuriz, et al., 2015) se menciona que la depresión es hasta dos veces más frecuente en las personas que tienen un nivel socioeconómico bajo y que la pobreza es un factor que contribuye significativamente al desarrollo de enfermedades mentales en general. Un nivel alto de marginación limita la población en cuanto a los servicios con los que cuenta (CONAPO, 2013), por lo que podría pensarse que al tener menos recursos su problemática tendería al aumento, sin embargo, también la prevalencia es alta en el nivel bajo de marginación lo que podría atribuirse a la manera en que los adolescentes perciben su realidad. En un estudio que indaga sobre sucesos de la vida en adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos (Lucio, 2001) se deduce que el nivel socioeconómico influye de acuerdo a la exposición que tienen los adolescentes a sucesos que causan estrés, de manera que aunque el nivel bajo de marginación se trata de un grupo social poco vulnerable, los adolescentes pueden evaluar como negativos los sucesos que ocurren en su entorno, que al vivirlos con un alto nivel de estrés se conviertan en factor de riesgo de presentar problemas de salud mental.

Sería altamente recomendable indagar a mayor profundidad sobre el nivel de marginación y la problemática suicida en los adolescentes y poder determinar cuáles son los factores estresantes a los que se enfrentan en cada nivel.

En cuanto al tipo de escuela la prevalencia es mayor en la escuela técnica y menor en la telesecundaria en el caso de la ideación suicida reciente y actual, para la conducta suicida una vez en la vida existe una mayor prevalencia en escuela general, seguido por una alta prevalencia también en escuela técnica.

Al respecto en un estudio sobre abandono de la escuela secundaria (Tapia, et al., 2010) se encontró mayor deserción en las escuelas técnicas, los adolescentes refirieron que además de que hay un escaso interés por lo que se enseña, los maestros podrían evitar el maltrato, poner apodos, hablar con malas palabras, golpear y gritar, y debería respetar y apoyar; se encontró que las prácticas utilizadas para establecer y hacer cumplir las normas, así como el comportamiento afectivo que rodea las prácticas de enseñanza y las interacciones en el salón de clases, son determinantes para que el alumno tenga una mejor adaptabilidad en la escuela lo que favorece aspectos psicológicos en el alumno.

Tomando en cuenta que las escuelas de tipo telesecundarias cuentan con un solo maestro a cargo de los alumnos a diferencia de las escuelas general y técnica (INEE, 2005) y que los grupos regularmente son de menor número de alumnos, se podría pensar que la relación docente alumno es más estrecha y sólida, fomentando en el estudiante mayores fortalezas personales y escolares. Al respecto aún faltaría mucho por indagar en relación al tipo de escuela y la relación que tiene con la problemática suicida.

7.2. Características de ideación suicida

El 10.7% de los adolescentes contestaron de manera afirmativa a los 5 ítems relacionados a la ideación suicida reciente, de forma similar a lo hallado por González-Forteza y Jiménez-Tapia (1995) en donde el 10% contestó a todos los reactivos relacionados a ideación suicida en las dos últimas semanas.

Los porcentajes de cada ítem son bastante altos, el 15.2% de los participantes expresó haber pensado en matarse, mientras que el mayor porcentaje (25.8%) dijo “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto” en donde el 11.4% del total de las mujeres contestó haberse sentido de esta manera de 8 a 14 días durante las dos últimas semanas antes de la aplicación del instrumento.

Lo anterior invita a considerar que es de vital importancia lo que ocurre al interior de la familia. Dishion & McMahon (1998) mencionan que la calidad de la relación padre-hijo en cuanto a la medida en que las discusiones sean positivas frente a los problemas, cómo están involucrados y la aceptación entre ellos y falta de rechazo, son determinantes en la salud mental de los adolescentes, por ello es fundamental ahondar en el asunto de la familia ya que a partir de la misma se pueden presentar o prevenir problemas en los hijos como depresión, baja autoestima, problemas de conducta y otras problemáticas (Rosenberg, 1965).

La OPS (2014) menciona que las relaciones inmediatas de una persona con su familia, repercuten sobre los comportamientos suicidas, afirma que el cultivo y el mantenimiento de relaciones sanas pueden aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como un factor protector contra el riesgo de suicidio.

Los datos obtenidos en este trabajo son alarmantes en el sentido de que los problemas familiares resultan ser uno de los factores de riesgo más impactantes para la problemática suicida. En contraste, una relación familiar adecuada, constituye la mejor oportunidad de prevención para los adolescentes que puede proveerlos de los recursos de apoyo necesarios, ayudar a desarrollar una buena autoestima, evitar problemas de abuso de sustancias, etc.

Por otro lado, decir “mi familia estaría mejor sin mí” implica una perspectiva de sacrificio, dejar de existir para que los demás estén mejor (Maris, 2019). Lo que invita a indagar con mayor precisión lo que ocurre simbólicamente en los adolescentes que los lleva a pensar de esta manera.

En cuanto al motivo más mencionado para la ideación suicida actual es “por vivir experiencias difíciles/situaciones problemáticas”, seguido de “nadie me comprende/a nadie le importo/no me quieren” con porcentajes similares entre hombres y mujeres.

En cuanto a las diferencias por sexo las mujeres con ideación suicida actual sentían que nunca serían felices, se querían hacer daño o sentían ser un fracaso, mientras que los hombres tenían situaciones problemáticas y se sentían solos. Otros estudios muestran diferencias por sexo en la ideación suicida, para las mujeres en relación a la esfera de estrés social y en los hombres en relación a la esfera del estrés familiar (González-Forteza, Jiménez-

Tapia & Gómez, 1995; González-Forteza, Berenzon & Jiménez-Tapia, 1999; González-Forteza, 1992). Lo cierto es que a partir de la pregunta abierta en relación al motivo por el que tenían pensamientos suicidas, hombres y mujeres adolescentes manifestaron tener dificultades a partir de experimentar problemas familiares y sociales, y no sentirse comprendidos en ninguna de estas áreas. Para ambos sexos el contexto familiar y el contexto social resultan determinantes en torno al bienestar emocional.

7.3. Características en torno a la conducta suicida

Hablando sobre la letalidad del intento suicida, uno de los datos importantes al respecto, era el saber cuál era la intención del adolescente que manifestó haber tenido intento suicida y si creía que su muerte era segura. De acuerdo a los resultados, en promedio el 66.2% de los participantes buscaban la muerte o no les importaba si vivían o morían, además de creer que su muerte era, ya sea segura o posible. El 29.5% recibió ayuda profesional después del intento. Tres cuartas partes de los que intentaron quitarse la vida, habían tenido al menos un intento previo, lo que coincide con los datos reportados en el estudio sobre ideación y tentativa suicida en Guanajuato (Chávez-Hernández et al., 2015) que menciona una cifra significativamente mayor de quienes tenían un intento previo (65.4%) a los que reportaron una única ocasión. Maris (2019) hace hincapié en que la diferencia entre el intento suicida y el suicidio consumado puede estar en la letalidad con que se comete el intento. Podría decirse que dadas las cifras tan altas recién mencionadas, la intención de quitarse la vida en muchos de los casos fue explícita, lo que una vez más invita a tomar acción con la urgencia, brevedad y determinación requerida.

En cuanto a la edad en la que ocurrió la última o única conducta suicida para las mujeres lo más reportado fue 13 años, mientras que en los varones, 11 y 13 años. La edad promedio entre estudiantes de nivel secundaria en otros estudios es similar (Chávez-Hernández et al., 2015; González-Forteza, 1996). En el análisis de datos sociodemográficos mediante regresión logística se encontró que tener 13 años aumenta la probabilidad de conductas suicidas hasta 5 veces. Los talleres o intervenciones aplicados para la prevención de esta problemática deberían aplicarse antes de alcanzar esta edad, es decir, en los últimos años de primaria o de ser posible antes y primer año de secundaria.

Es relevante mencionar que se reportaron edades, de primer o única conducta suicida, desde los 5 años; esto invita a una indagación más profunda acerca del suicidio infantil y las causas que lo originan. En un estudio realizado en Guanajuato sobre maltrato y suicidio infantil se habla de una mecánica del maltrato en donde interviene una dinámica basada en la desigualdad de condiciones físicas, morales e intelectuales, que impide el cese de la situación de otra manera que no sea mediante otro acto violento como el suicidio (Páramo & Chávez-Hernández, 2007). Cabe señalar que cuando se les preguntó a los adolescentes que intentaron hacerse daño con el fin de quitarse la vida los motivos que habían tenido, una respuesta muy popular fue “porque ya no podía más con los problemas”, desde la perspectiva de un niño en muchos casos la muerte puede ser la única forma de librarse del maltrato o abuso en cualquier sentido. Esto coincide con lo referido por Maris (2019) que, desde una perspectiva epidemiológica, habla del suicidio como escape hasta en un 75% de los casos.

El método con el que se realizó el intento o conducta suicida se ha destacado como un dato primordial para la prevención de suicidio (OPS, 2014), lo hallado en este estudio fue que más de la mitad de las conductas suicidas fueron a través de cortarse, este dato coincide con lo reportado en el estudio de prevalencia de intento suicida de Catalina González-Forteza y colaboradores del 2002. Sin embargo, contrasta con otro estudio similar en el que se encontró que el método más común para las mujeres fue usando medicamentos y sólo en segundo lugar utilizando objetos punzocortantes como el *cutter*, método que fue el mayor usado por los varones (González-Forteza, et al., 2001).

El segundo método más empleado, por casi una décima parte de los adolescentes, fue por medio de la autointoxicación consumiendo medicamentos u otras sustancias, dato que concuerda con lo mencionado por la OMS (2019) que habla de alrededor de un 20% de los suicidios en el mundo son por autointoxicación, la OPS (2014) ubica este método como el mayor utilizado a nivel mundial y remarca la importancia de saber los métodos más utilizados con el fin de planificar de manera adecuada la prevención, una manera es evitando que medicamentos o sustancias como solventes o venenos sean restringidos, pues muchos suicidios se llevan a cabo de manera impulsiva por lo que tener a la mano el método puede terminar en suicidio.

En cuanto al intento a través de cortarse, muchos de los adolescentes se referían al mismo como si hablaran de *cutting*, que es más una conducta suicida de autolesión deliberadamente infringida que un intento como tal. Sin embargo, es importante resaltar que desde su perspectiva y de acuerdo a sus intenciones, trataban de quitarse la vida. González-Forteza (2003) habla de una distinción entre intento de suicidio y las lesiones autoinfringidas deliberadamente, las cuales se definen por tener un deseo por seguir viviendo o tener una ambivalencia por vivir o morir, en este sentido el fin último no es necesariamente la muerte, pero en muchos casos resultan letales.

Por otro lado, Maris (2019) menciona el intento de suicidio no letal como una de las características del intento suicida o, en este caso, de la conducta suicida; refiere que es tentador suponer que la mayoría de los intentos realmente no buscan la muerte y por lo tanto el método elegido no es letal, también señala los motivos principales por los que se lleva a cabo un intento de suicidio no letal, como lo son escapar de una situación de vida intolerable, para castigarse a sí mismos o a otros, para reducir la tensión o aliviar la presión, para clamar por ayuda o para ceder ante impulsos. Estos motivos se asemejan a las respuestas obtenidas para este estudio en donde los adolescentes refirieron en mayor medida que habían intentado quitarse la vida por “problemas familiares”, “porque se sentían muy tristes”, “por sentir que no les importaba a nadie o ya no podían más con los problemas”; por otro lado, cuando se indagó sobre ¿para qué habían cometido el intento?, las categorías más mencionadas fueron: “para dejar de sufrir”, “para que me hicieran caso y/o llamar la atención”, “para sentir alivio”, “para que ya no me humillaran y/o maltrataran”.

Con lo anterior se puede dilucidar que a pesar de que algunos adolescentes no tienen una intención letal en la conducta suicida, esto no los excluye de estar pasando por situaciones de vida por demás difíciles y/o dolorosas que merecen la atención adecuada, tanto para prevenir problemáticas desde las esferas familiar y social, como para atender situaciones que estén trayendo a los adolescentes un malestar insufrible.

Las respuestas mencionadas en cuánto al por qué y para qué se realizó la conducta suicida fueron categorizadas para su análisis, resulta importante añadir que dentro de los “problemas familiares” señalados se encontraron diversas dificultades con los hermanos,

dato que coincide con los resultados del análisis de datos sociodemográficos en donde a partir de la regresión logística se encontró que tener hermanos aumenta la posibilidad de la conducta suicida desde 8 veces, si se tiene un hermano, hasta 42 veces si se tienen 6 hermanos, también para la ideación suicida reciente un factor de riesgo importante fue tener 2, 3, 5 y 6 hermanos.

Arranz, et al. (2001) hablan de las variables “orden de nacimiento”, “tamaño de la familia” y “diferencia de edad entre hermanos” como factores que afectan al tipo de interacción que cada hermano experimenta en el contexto familiar. Mencionan varios trabajos que relacionan el comportamiento agresivo de escolares con los iguales, con el hecho de haber recibido agresión por parte de los hermanos, además como parte de sus hallazgos encuentran que a mayor número de hermanos y posición más baja que ocupa entre ellos se observan puntuaciones inferiores en pruebas de adaptación, autoconcepto e inteligencia.

Lo anterior puede explicar el hecho de que a mayor cantidad de hermanos mayor es el riesgo de ideación y conducta suicida, sin embargo, queda mucho por indagar al respecto, estudios sobre la problemática suicida y la estructura familiar serían muy valiosos para entender una mejor manera de prevención y atención de dicha problemática.

En contraste se encontró que ser el segundo hermano disminuye a la mitad la conducta suicida, sin duda esto abre muchas preguntas pues se puede especular que tener un hermano mayor y hermanos menores, no pone a los adolescentes en una situación de vulnerabilidad, lo que puede atribuirse a no ser el primogénito que muchas veces enfrenta la carga más pesada de los padres, sin embargo, tener varios hermanos mayores podría resultar en dejar al adolescente en una posición vulnerable.

Diversos autores han abordado cómo la interacción entre hermanos, incluyendo el lugar que ocupan, la diferencia de edades y el número de hermanos, influye en el proceso de desarrollo psicológico (Arranz et al., 2001), desde una perspectiva del desarrollo cognitivo se ha mostrado que la interacción con un hermano mayor facilita en el hermano pequeño el desarrollo precoz de una capacidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, que es una habilidad muy útil en el proceso adaptativo de manera que no esté en desventaja

con su hermano. En este sentido ser el segundo hermano podría proveer a éste de habilidades que lo lleven a desarrollar una mejor autoestima, un locus de control interno o ambos.

Lo claro es que los adolescentes manifiestan que tanto para la ideación suicida reciente y actual, como para la conducta suicida alguna vez en la vida, los problemas familiares tienen un peso muy fuerte, lo que resulta congruente con los resultados de otras investigaciones en donde se relaciona la ideación e intento suicida con la falta de calidez familiar (Florenzano et al., 2011), con un ambiente familiar carente de unión y apoyo (Rivera et al., 2006) y con una cohesión familiar pobre (Muñoz et al., 2006). El hecho de que haya más hijos en una familia implica que los padres tengan menos tiempo para dedicar a cada hijo, que haya más gastos y más estrés familiar, además de que la desintegración familiar podría estar fomentando que entre los hermanos exista una situación de lucha y competencia, lejos de fraternidad y apoyo. Macías, et al. (2010) también mencionan la desarticulación de la familia como un factor de riesgo en los casos de suicidio.

Cuando se indagó con respecto a si buscaron ayuda después del acto de intento suicida, los hombres recurrieron en mayor medida a la familia, las mujeres recurrieron a un amigo(a) y en algunos casos a maestros u otros. Se podría interpretar que las diferencias por sexo de acuerdo al periodo de vida en la que se encuentran los adolescentes los llevan a enfrentar y vivir su realidad de distintas maneras que pueden estar en parte bajo control genético y/o a una sensibilidad a las influencias ambientales que pueden derivar en lo que el adolescente percibe o piensa como realidad y a tener determinado comportamiento hacia la misma (Van Heeringen, Hawton y Williams, 2000) puesto que como se ha mencionado ya, el suicidio es un problema complejo en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales (OMS, 2017a).

Por otro lado, los adolescentes refirieron haber buscado ayuda principalmente porque “sabían que no estaban bien”, por “dejar de vivir con conflictos y pensar mejor las cosas”, “para sentirse mejor” y “para no volver a intentarlo”. Esto habla de un deseo por los adolescentes de estar mejor, de sentirse bien y estar libres de problemas.

Quienes no buscaron ayuda principalmente no lo hicieron porque “no querían sentirse juzgados o regañados”, porque “no lo creyeron necesario”, porque “no querían que nadie supiera”, porque “no creyeron que fueran a entenderlos”, “no contaban con nadie” o “no sabían cómo pedir ayuda”. Esto es relevante pues se puede decir que los adolescentes que no pidieron ayuda no perciben la misma como una opción a la que puedan acceder realmente, lo que puede tomarse en cuenta, junto con lo mencionado en el párrafo anterior, para el diseño de programas de apoyo y prevención del suicidio y otras problemáticas en los adolescentes.

Al respecto se encontró, a partir del análisis estadístico de regresión logística para la relación de conducta suicida con factores psicosociales, que los recursos de apoyo tienen un alto valor predictivo como factor protector tanto para la conducta suicida. La OMS (2019) refiere que el estigma en torno a los trastornos mentales y el suicidio, disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida. Por lo tanto, hablar con más naturalidad sobre salud mental, incluida la problemática suicida, puede ayudar a los adolescentes a sentirse más seguros de pedir ayuda sin creer que serán juzgados.

7.4. Relación de ideación y conducta suicida con los factores psicológicos

Para la ideación suicida reciente la autoestima resultó un factor protector, de manera que es primordial trabajar con los adolescentes y población en general en el concepto que tienen sobre sí mismos, fortalecer el autoconcepto con el fin de prevenir no sólo la ideación suicida sino de fortalecer la salud mental en general. La OMS (2001) reporta que una autoestima positiva protege a los niños y adolescentes frente a la aflicción mental y el pesimismo y los habilita para manejar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes de la vida. Un estudio ya mencionado (Jiménez-Tapia, Mondragón & González-Forteza, 2007) revela que la autoestima alta es un factor protector para los adolescentes en relación a un amplio rango de problemas sociales tales como el fracaso y abandono escolar, el abuso de sustancias y situaciones relacionadas con la sintomatología depresiva e ideación suicida.

La autoestima representa un factor por demás valioso en torno a la promoción de la salud mental y la prevención de la problemática suicida, por tanto, merece la pena hacer hincapié en la importancia de fomentarla a través de la familia, la escuela, las instituciones,

proveedores de servicios y la comunidad en general, quienes de acuerdo a la OMS (2019) tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes.

Se encontró que el locus de control interno es un factor de riesgo para la ideación suicida reciente, lo que puede implicar que cuando los adolescentes atribuyen lo que ocurre en sus vidas a sí mismos, es decir, a factores internos, la probabilidad de pensar en quitarse la vida es alta. El locus de control interno va más allá de tener el control sobre su propio destino, sino que la persona considere que todo lo que le pasa en la vida depende de ella, de manera que todo lo malo que ocurre o todo lo que no puede cambiar podría atribuirse a no ser capaz de hacer el cambio. La responsabilidad y las presiones en los diferentes escenarios que vive la persona con locus de control interno podrían llegar a ser abrumadores.

Por lo anterior, es importante empoderar a los adolescentes en cuanto a la toma de decisiones que afectan sus vidas, que conozcan sus derechos y obligaciones, que se auto-identifiquen como sujetos de derecho, lo que va ligado a una buena autoestima, pues pueden reconocer quiénes son y qué son capaces de hacer, pero también es de vital importancia que sepan a quién y a dónde acudir cuando requieran algún tipo de apoyo, que cuenten con el soporte debido por parte de la comunidad, familia, instituciones, pares, etc.

La depresión se reconoce como uno de los factores de riesgo más estrechamente relacionado con el suicidio (OMS, 2017a). No sorprende que la sintomatología depresiva se haya detectado como factor de riesgo predictor tanto de la ideación como para la conducta suicida. En numerosos estudios se ha detectado esta relación (González-Forteza, 1995, Sánchez-Sosa et al, 2010; Sánchez & Gómez, 2002; Pérez-Amezcuca et al., 2010; González-Forteza, Ramos, et al, 2001; Peña et al, 2002; Larraguibel, et al, 2000; Bella et al, 2010). De manera que una forma efectiva de prevenir la ideación y conducta suicida es mediante una adecuada identificación de los signos más representativos de la depresión, así como el correcto diagnóstico de trastornos depresivos y/o mentales, un tratamiento efectivo, medidas de prevención. De manera que, atacando el problema de depresión, la problemática suicida tendería a una disminución.

La OMS (2001) refiere que a menudo los estudiantes que sufren de depresión presentan síntomas físicos como dolor de cabeza, dolor de estómago y dolores punzantes en las piernas o en el pecho, además las adolescentes tienden a ensimismarse volverse silenciosas, pesimistas e inactivas; mientras que los adolescentes varones presentan a comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención por parte de sus padres y maestros, esta agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida. Una manera de identificar esta problemática es en caso de falta de interés en las actividades cotidianas, descenso general en las calificaciones, disminución del esfuerzo, comportamiento inadecuado en clase, ausencias inexplicadas, fumar excesivamente, beber o usar drogas y la presencia de incidentes que conduzcan a la violencia. Esta información puede ser de gran utilidad en el diseño de talleres o de intervenciones que busquen combatir la depresión y la ideación e intento suicida.

Otro factor de riesgo que tiene una relación de predicción significativa con la conducta suicida es la impulsividad, mencionada en la OMS (2017a) como uno de los factores de riesgo asociados al suicidio. Lo relevante sobre la impulsividad es que es un factor que predice la conducta suicida, más no la ideación o pensamiento suicida, por definición una persona impulsiva no evalúa cognitivamente las consecuencias de sus actos (Climent, Aragón y Plutchick, 1989). Por esta razón, los suicidios o intentos de suicidio realizados de manera impulsiva, pueden prevenirse si se tienen datos sobre los métodos más utilizados; pues se trata de quitar del alcance de las personas con intención suicida los medios para realizar el acto (OPS, 2014); también se previenen si se indaga sobre las situaciones que vuelven más reactivos a los adolescentes, cuestión que queda sugerida para un estudio más adelante.

La respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares o sociales también se halló como un factor de riesgo predictor de la conducta suicida, lo que habla de la capacidad del adolescente para lidiar con las situaciones problemáticas que se viven cotidianamente en la esfera familiar. Tal como se mencionó anteriormente, muchos de los adolescentes que tuvieron alguna conducta suicida como autolesiones o intento de suicidio, atravesaban problemas familiares. Diseñar diferentes tácticas para que los adolescentes puedan encontrar

mejores estrategias de relación con su familia, podría convertirse en un factor protector del intento suicida y por ende del suicidio mismo.

Para alcanzar un entendimiento más profundo en torno a la ideación suicida, futuras investigaciones deberían incluir en los instrumentos de indagación empleados, características específicas de acuerdo a los tipos de ideación suicida que se ha visto en la fundamentación teórica (Maris, 2019), es decir, no sólo saber con qué frecuencia se tuvieron pensamientos relacionados a la propia muerte sino saber si tienen un plan específico, si el plan tiene características letales, si cuenta con los medios para realizar dicho plan, si tiene determinada la fecha, el lugar, donde ocurrirá, etc. y saber cómo se siente, si está atravesando por algún tipo de problemática específica o si puede tener algún trastorno que agrave la interpretación de la realidad que está viviendo. Todo esto con el fin de identificar qué tanto riesgo corren los adolescentes o algún otro grupo etario específico, para la adecuada implementación de programas de prevención.

7.5. Relación de ideación y conducta suicida con factores psicosociales

Parte de los datos sociodemográficos que se analizaron ya han sido mencionados en los párrafos anteriores, como el mayor riesgo en las mujeres, la edad de 13 años como factor de riesgo, tener hermanos y el número que ocupa entre hermanos.

Otro dato sociodemográfico con una relación significativa predictora para la conducta suicida como factor protector es el que papá o la persona que es como papá aporte dinero a la familia, especular sobre porqué esto influye de manera positiva abre muchas posibilidades, sin embargo, la interpretación más pronta es que la figura paterna está presente y con ello probablemente también una figura de autoridad bien definida. Además, lo anterior puede influir en que existan menos discusiones por falta de dinero, ya que éstas, según el análisis de regresión logística realizado, resultan factores predictores de riesgo tanto para la ideación suicida reciente como para la conducta suicida alguna vez en la vida. Situación que nuevamente se vincula con una relación familiar desintegrada, violenta, que como se ha visto, se convierte probablemente en el factor de riesgo más importante para la problemática suicida.

El cuanto al consumo de alcohol, éste aparece en los resultados como un factor significativo de riesgo para la ideación suicida reciente aumentando 35 veces la posibilidad de presentarla, para la conducta suicida el riesgo aumenta 2 veces, lo que puede vincularse a que el consumo de alcohol dispara la conducta impulsiva. En estudios previos se ha encontrado relación con el consumo de alcohol y conducta suicida (González-Forteza, 1995), incluso se encontró que el 40% de las personas con intento suicida habían consumido alcohol 6 horas antes del acto y que para el suicidio consumado el 68% se encontraba en estado de ebriedad, mientras que el 43% eran alcohólicos (Terroba, Saltijeral & Del Corral, 1987).

El consumo de marihuana resultó predictivo como factor de riesgo para la conducta suicida, al respecto el hecho de que la marihuana sea actualmente de fácil acceso al estar en proceso de ser legalizada para distintos usos en diferentes países incluyendo el nuestro, deriva en un mayor consumo, existe evidencia de que el uso de marihuana en etapas tempranas de desarrollo influye de manera significativa en la salud mental provocando depresión y otros trastornos (Orozco, 2019) y es importante destacar que dependiendo de la frecuencia y la cantidad con que se consume, existe una asociación entre el consumo de marihuana y el suicidio, aumentando las posibilidades de que éste ocurra.

El consumo de inhalables resultó un factor de riesgo predictivo aumentando 3 veces la posibilidad de presentar conducta suicida, esta información es congruente con lo hallado en diversos estudios (Pérez-Amezcuca et al., 2010; González-Forteza et al., 1998^a; Larraguibel et al., 2000) que relacionan la problemática suicida con el consumo nocivo de sustancias.

En el periodo de la adolescencia el riesgo de consumir alcohol y otras drogas es considerable y pueden convertirse en patrones de conducta que a menudo tienen efectos duraderos en la salud futura (OMS, 2019).

La OPS (2014) menciona que existe una relación importante entre el consumo nocivo de alcohol y drogas, y todos los trastornos relacionados al mismo con el riesgo de cometer suicidio, además el riesgo de suicidio aumenta si, el uso de alcohol u otras sustancias, va acompañado de otros trastornos psiquiátricos. Hasta un 22% de las muertes por suicidio se atribuyen al uso de alcohol, esto significa que uno de cada cinco suicidios no ocurriría si la

población no consumiera alcohol. Menciona además otras drogas como marihuana, heroína o la nicotina como factores de riesgo de suicidio.

Es indispensable lograr formas más efectivas de disminuir el consumo de sustancias que lleven a los adolescentes a circunstancias que no puedan controlar.

Para conducta suicida se encontró una relación muy significativa con el estrés cotidiano social, se trata de un factor de riesgo importante, esto coincide con otros estudios que encuentran la misma relación (González-Forteza, Jiménez-Tapia & Gómez, 1995; González-Forteza et al., 1998a; Larraguibel et al., 2000; Fernández et al., 2001; Pérez-Amezcuca et al., 2010; Florenzano et al., 2011). En este sentido habría que ahondar más en las situaciones específicas que producen estrés de manera cotidiana en los adolescentes y además sería necesario indagar en los recursos personales con los que cuentan para el adecuado enfrentamiento ante estos estresores.

Trabajando en los factores que se han encontrado como protectores a lo largo de este trabajo, como la autoestima, una buena relación con los padres, contar con recursos de apoyo, se puede suponer que los adolescentes contarían con mejores recursos para combatir el estrés.

8. CONCLUSIÓN

La prevalencia detectada de ideación suicida reciente y actual y de conducta suicida en los adolescentes de San Juan del Río es considerablemente elevada, lo que confirma la importancia y la urgencia de llevar a cabo planes específicos en torno a la promoción, prevención y atención hacia estas problemáticas.

Con los datos obtenidos en esta investigación, se cuenta con la información básica necesaria para tomar en cuenta los factores de riesgo y los factores de protección que se vinculan a la problemática suicida, lo que implica poder hacer diseño de intervención o de talleres trabajando con adolescentes con dimensiones que tienen que ver con su percepción y la manera cómo viven su realidad, es decir, factores psicológicos, como autoestima, detección de sintomatología relacionada a la impulsividad, la depresión, la respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares y locus de control.

Así mismo existe mucho trabajo en relación a los factores de riesgo o de protección que se observan desde la esfera psicosocial, que podrían trabajarse de manera simultánea con padres de familia, maestros y directores, servidores públicos comunidad en general y adolescentes en torno a las relaciones familiares, el estrés cotidiano social, los recursos de apoyo, consumo de alcohol otras drogas.

Para la realización de talleres o algún otro tipo de intervención que se realice para la promoción de la salud mental y prevención de la problemática suicida, deberían tomarse en cuenta los resultados expuestos en este estudio.

Si el adolescente presenta sintomatología depresiva, impulsividad y respuesta impositiva de enfrentamiento ante estresores familiares, se trata de una población especialmente vulnerable que se encuentra en riesgo de presentar ideación o conducta suicida. Habría que trabajar en estos puntos y fomentar un desarrollo de buena autoestima y locus de control interno, que permita al adolescente sentirse y estar en control de su propia realidad y/o destino y pedir ayuda cuando lo necesite.

También deben tomarse en cuenta los factores psicosociales que ponen en cierta predisposición a los adolescentes, como:

El hecho de ser mujer, pues se sabe que el sexo femenino presenta mayor ideación o conducta suicida; si hay discusiones en casa por falta de dinero; si consume alcohol u otras drogas, especialmente inhalables o marihuana; que la intervención sea antes de los 13 años, posiblemente lo mejor sería al inicio de la secundaria o finalizando la primaria; tener muchos hermanos.

Es fundamental tomar las medidas necesarias para brindar a los adolescentes los recursos de apoyo necesarios pues tanto en la ideación como para la conducta suicida, resulta un factor protector que reduce la posibilidad de tener una problemática en relación al suicidio. Los recursos de apoyo pueden encontrarse en casa, en la escuela, en instituciones, con los pares, etc. Es responsabilidad de la comunidad entera fomentar este recurso para los adolescentes y la población en general.

8.1. Alcances y limitaciones del estudio

Este estudio logró medir la prevalencia de ideación suicida reciente y actual, así como de conducta suicida en los adolescentes de San Juan del Río, Querétaro. Además se identificaron las características más importantes de los mismos y se consiguieron detectar factores psicológicos y psicosociales que se relacionan con la problemática suicida, con el fin de tener los datos necesarios para trabajar en la atención y prevención tomando en cuenta cuáles de las variables que se midieron en este estudio, resultaron como factores protectores o de riesgo.

En cuanto a las limitaciones, debido a que el instrumento es autoaplicable y mide las variables desde el punto de vista del adolescente, no se pudo saber con certeza cuando los jóvenes se referían a intento suicida como tal, a pesar de que la pregunta fue muy precisa: “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?” Muchos de ellos se referían a intentos ambiguos, es decir, poco letales, o a lesiones autoinflingidas deliberadamente como el *cutting*. Sería recomendable hacer un cambio en el instrumento como quitar los conceptos “cortar”, “intoxicar”, etc. y dejar sólo

¿Alguna vez te has hecho daño a propósito con el fin de quitarte la vida? Otra sugerencia es que las preguntas en la sección de problemática suicida, sean cerradas, como lo son en el resto del cuestionario, de manera que el participante que esté escribiendo no quede en evidencia de que ha contestado de manera afirmativa en esta sección.

Por otro lado en cuanto a la ideación suicida actual y reciente, sería recomendable agregar preguntas que tengan que ver con la severidad con la que se han tenido estos pensamientos, una forma sería saber si tiene un plan para hacerlo, si ha pensado en qué momento lo haría, si tiene al alcance un método para llevarlo a cabo y si ha realizado alguna nota suicida.

8.2.Recomendaciones para futuros estudios

Es recomendable hacer un estudio poniendo énfasis en por qué la ideación y conducta suicida se presenta más en las mujeres e indagar en cuáles son las características que las hacen más vulnerables.

Por otro lado este estudio revela que existe una relación de la problemática suicida con el nivel de marginación muy bajo y alto, principalmente; y con el tipo de escuela, específicamente con la escuela general y técnica. Por ello sería importante indagar más afondo en estas relaciones pues las implicaciones económicas y sociales resultan de gran relevancia.

También se ha hablado en este trabajo sobre los motivos por los que los adolescentes han tenido ideación o conducta suicida, ellos refieren tener situaciones problemáticas en torno a la familia, lo que invita a investigar sobre las relaciones familiares específicamente en San Juan del Río, tomando en cuenta que es un municipio cuya economía se basa principalmente en la industria que además está en constante crecimiento.

Otra situación por demás alarmante fue descubrir que tener más de dos hermanos resulte como un factor de riesgo para conducta suicida, por ello es de suma importancia indagar en las situaciones que podrían estar generando esta situación.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Gaxiola, S. & Deeb-Sossa, N. (2009). La investigación en epidemiología psiquiátrica y la encuesta mundial de salud mental de la organización mundial de la salud en américa latina y el caribe. En Rodríguez, J., Khon, R., Aguilar-Gaxiola, S. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=1>
- Arranz, E., Yenes, F., Olabarrieta, F. & Martín, J.L. (2001). Relaciones entre hermanos/as y desarrollo psicológico en escolares. *Infancia y aprendizaje*. 24(3), 361-377 <https://doi.org/10.1174/021037001316949275>
- Avendaño Barajas, M.L. (25 de septiembre de 2017). *La salud mental de la infancia y la adolescencia del Estado de Querétaro desde la perspectiva de las Instituciones de salud mental*. Seminario llevado a cabo en el Auditorio de la Facultad de Psicología, Campus San Juan del Río. UAQ
- Barrios-Vanegas, M. (2016). Factores psicológicos que influyen en la conducta agresiva de niños y niñas de 8 años de edad. *Revista Iberoamericana de Bioeconomía y Cambio climático*. 2(1), 204-217.
- Barrón, A. & Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones psicológicas*. Madrid. Ed. Univ. Complutense, 8,197-206
- Bella, M.E., Fernández, R.A. & Willington, J.M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivo Argentino de Pediatría*. 108 (2), 124-129. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n2/v108n2a06.pdf>
- Cano, P., Gutierrez, C. & Nizama, M. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la amazonia peruana. *Revista peruana Med Exp Salud Publica*. 26(2), 175-81. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a07v26n2>
- Calleja, N. (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México. 1984-2005*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/repositorio/InventarioEscalasPsicosocialesNaziraCalleja.pdf>
- Celma, J. (2015). *Bases teóricas y clínica del comportamiento impulsivo*. Colección Digital Profesionalidad, Número 5. Publicado por Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent. Barcelona. Recuperado de https://bibliosjd.files.wordpress.com/2015/02/bases_teoricas_y_clinica_comportamiento_impulsivo.pdf
- Climent, C., Aragón, L. & Plutchick, R. (1989). Predicción del riesgo de drogas por parte de estudiantes de secundaria. *Bol. Of Sanit. Panam. International Journal of Addictions*. 24 (11), 568-576.
- CONAPO (2013), Índice absoluto de marginación 2000-2010- Consejo Nacional de la Población. México. Recuperado de

www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1755/1/images/IAM_00-04.pdf

- Cortés Alfaro, A., Aguilar Valdés, J., Suárez Medina, R., Rodríguez Dávila, E. & Durán Rivero, J.S. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Integral*. 27 (1), 33-41. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v27n1/mgi04111.pdf>
- Chávez-Hernández, A.M., González-Forteza, C., Juárez, A., Vázquez, D., Jiménez, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes de nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Universitaria*. 25(6), 43-50. doi:10.15174/au2015.786
- Díaz-Atienza, F., Prados Cuesta, M. & Ruiz-Veguilla, M. (2004). Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil*. 4 (1), 10-19. Recuperado de https://psiquiatria.com/tr_afectivos/relacion-entre-las-conductas-de-intimidacion-depresion-e-ideacion-suicida-en-adolescentes-resultados-preliminares/
- Dishion, T. & McMahon, R.(1998). Parental Monitoring and the Prevention of Child and Adolescent Problem Behavior: A Conceptual and Empirical Formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 1, (1). <https://doi.org/10.1023/A:1021800432380>
- Donas Burak, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. 489-499. En: Donas Burak, S. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Cattago: Libro Universitario Renional.
- Durkheim E. (1974). *El suicidio*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. De la versión original (1897): Durkheim, E. *Le suicide*. Etude de sociologie. XII-462, París: Alcan.
- Errázuriz, P., Valdés, C. & Vóhringer, E.(2015). Financiamiento de la salud mental en Chile:Una deuda pendiente. *Rev. Med Chile*. 143, 1179-1186. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n9/art11.pdf>
- Espinosa Feregrino, L.F., Almeida Montes, L.G., Cortés S, F. & Amador, G.E.L. (2003). Análisis de muertes por suicidio en el Estado de Querétaro. *Salud Mental*. 26 (6), 47-54. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/977/975
- Farrington, D. (2005). Childhood Origins of Antisocial Behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 12, 177-190. <https://doi.org/10.1002/cpp.448>
- Fernández, N. & Hipólito, M. (2001). Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 6 (2), 121-127. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2001-9882BDA7-2677-E13F-460B-758FBB82F935/PDF>
- Florenzano U. R., Valdés C, M., Cáceres C, E., Santander R, S., Aspillaga H, C. & Musalem A, C. (2011) Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica Chilena*. 139, 1529-1533 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001200001
- Garbus, P, Morales, A & Cabello, L. (2016). Problemáticas de salud mental en adolescentes y prácticas de atención: el caso de San Juan del Río, Qro. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de

- Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-044/270.pdf>
- Genjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Blanco, J., Rojas, E. et al. La encuesta de salud mental en adolescentes de México. En Rodríguez, J., Khon, R., Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=1>
- González-Forteza, C. & Andrade Palos, P. (1994). Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta psiquiátr. Psicol. Am. Lat.* 40(2): 156-63
- González-Forteza, C. & Andrade Palos, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y de la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental.* 18 (4), 41-48. Recuperado de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm1804/sm180441.pdf?PHPSESSID=9ad0f44d89d279a4fa45ba3ddd1ba79d>
- González-Forteza, C., Andrade, P., Jiménez, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental.* 20(1), 27-35.
- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A.M., Facio-Flores, D. & Medina-Mora, M.E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México.* 40 (5), 430-437. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10640507.pdf>
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M.E. & 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., Hermosillo, A. E., Vacio, M. A., Peralta, R. & Wagner, A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México.* 2(72), 149-155. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- González-Forteza C., Jiménez-Tapia J.A., Ramos-Lira L, Wagner, F.A. (2008). Aplicación de la escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública Mex.* 50(4) 292-299. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000400007
- González-Forteza, C., Juárez, C. E., Montejo, L. A., Oseguera, G., Wagner, F. A. & Jiménez, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria Multidisciplinary Scientific Journal.* 25(2), 29-34. doi:10.15174/au.2015.862
- González-Forteza, C., Juárez-López, E., Jiménez, A., Montejo-León, L., Rodríguez-Santibón, U., Wagner, F. (2017). Suicide behavior and associated psychosocial factors among adolescents in Campeche, México. *Preventive Medicine.* 105, 206-211.
- González-Forteza, C., Mariño, M.C., Rojas, E., Mondragón, L. & Medina-Mora, M.E. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. Y su relación

- con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*. 15 (2), 165-175.
- González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Caballero Gutierrez, M.A. & Wagner Echeagaray, F. A. (2003) Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*. 15 (4), 524-532. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/1102.pdf>
- González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Jiménez, A. & Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 50 (4), 292-299.
- González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Vignau Brambila, L.E. & Ramírez Villarreal, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*. 24 (6), 16-25. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam016c.pdf>
- González-Forteza, C., Romero, L. & Jiménez, A. (2009). Lesiones autoinflingidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. (47), 41-46. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/ims091h.pdf>
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S., & Collado, M. E. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21(2), 37-45. Recuperado de: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/700/699
- González-Forteza, C., Villatoro-Velázquez, J., Alcántar-Escalar, I; Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista, C., Bermúdez-Lozano, P., Amador-Buenabab, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*. 25 (6). 1-12. Recuperado de: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/publica_articulos/salud_mental_27.pdf
- IMA. (2013). *Fundación Imagen y Autoestima*. Recuperado de <http://www.f-ima.org/es/factores-de-proteccion-para-la-prevencion/autoestima>
- INEE, Gobierno del Estado de Veracruz. (2005). La secundaria: principal reto del Sistema Educativo Mexicano. *Para la docencia*. Veracruz, México. Recuperado de www.sev.gob.mx/servicios/publicaciones/serie.paradocencia/folleto03.pdf
- INEGI. (2016). *Estadística a propósito del... Día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf
- Jiménez Tapia, A. & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*. 26 (6), 35-46. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam036e.pdf>
- Jiménez, J. A., Mondragón, L. & González-Forteza, C. (2007). Autoestima, sintomatología depresiva e ideación suicida: resultado de tres estudios. *Salud Mental*. 30(5), 1-8. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/28230009>
- Kohn, R. & Friedmann, H. (2009). La epidemiología del suicidio, los intentos y las ideaciones suicidas en América Latina y el Caribe. En Rodríguez, J., Khon, R., Aguilar-

- Gaxiola, S. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=1>
- La Rosa, J. (1988). Locus de control: Una escala multidimensional. *Revista de Psicología social y personalidad*. 4 (2), 43-64.
- Larraguibel Q, M., González M, P., Martínez N, V. & Valenzuela G, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*. 71 (3). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002>
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E. & Velasco, E. (2001). Los sucesos de la vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*. 24 (5), 17-24. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam015d.pdf>
- Macías, M., Colín, A., Juárez, K. & Rivera, A. (2010). *Vidas Breves. Suicidio y accidentes de niños*. UAQ, Querétaro, México. Fontamara.
- Marques, AC. & Cruz, M. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Rev Bras Psiquiatr*. 22(supl II): 32-6. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3794.pdf>
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360 (9329), 319-326. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)09556-9
- Maris, R. W. (2019). *Suicidology. A Comprehensive Biopsychosocial Perspective*. Guilford Press. New York.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, M., Rojas, E. et al. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: Resultados de la encuesta mundial de salud mental. En Rodríguez, J., Khon, R., Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=1>
- Muñoz M, J., Pinto M, V., Callata C, H., Napa D, N. & Perales C, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años. Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*. 23 (4), 239-246. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323402>
- Noa López, J. & Miranda Vázquez, M. (2010). Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. *Medisan*. 14 (3), 353. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_3_10/san11310.pdf
- OMS. (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- OMS. (2012). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicas y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Organización Mundial de la Salud, 2ª edición. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf
- OMS. (2014a). *La salud de los adolescentes del mundo*. Recuperado de http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf
- OMS. (2014b). *Prevención del suicidio, un imperativo global. Resumen ejecutivo*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

- OMS. (2016). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- OMS. (2017a). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- OMS. (2017b). *Prevención del suicidio: recursos*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/
- OMS. (2017c). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (2017d). *Salud Mental: Un estado de bienestar*. OMS. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS. (2017e). *Trastornos mentales*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- OMS (2019). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>
- OMS. (2019b). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS (2019c). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- OMS (2019d). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- OPS. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. Organización mundial de la salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1
- Orozco, R. (2017). Impact of the study of marijuana and suicide in Mexico. *Salud Mental*. 40 (3), 91-92. doi:10.17711/SM.0185-3325.2017.011
- Páramo, C. & Chávez-Hernández, AM. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el Estado de Guanajuato. *Salud Mental*. 30(3):59-67. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252007000300059
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. & Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile*. 137 (2), 226-233. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n2/art06.pdf>
- Peña Galbán, L.Y., Casas Rodríguez, L., Padilla de la Cruz, M., Gómez Arencibia, T. & Gallardo Álvarez, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana Médica Militar*. 31 (3), 182-187. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v31n3/mil05302.pdf>
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E.E., de Castro, F., Leyva-López, A. et al. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*. 52 (4), 324-333. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a08.pdf>
- Pérez Barrero, S.A. (1999). Suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integ*. 15 (2), 196-217. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>

- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl. Psychol. Meas.* 1, 385-401.
- Rivera Heredia, M.E. & Andrade Palos, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* 8 (2), 23-40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80280203.pdf>
- Roberts, E. (1980). Reliability of the CES-D Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research.* 2, 125-134.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent self-image.* USA. Princeton University Press.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs.* 80 (1), 1-28.
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M.E., Musitu, G. & Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación suicida en Adolescentes: Un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention.* 19 (3), 279-287. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817507008>
- Sánchez Pedraza, R., Guzmán, Y. & Cáceres Rubio, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 34 (1), 12-25 recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80628403003.pdf>
- Sánchez, R; Cáceres, H & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica.* 22 (2), 407-416 recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/843/84309609.pdf>
- Sandoval, J. (2005). *La Salud Mental en México.* La Obra Legislativa de la LIX Legislatura. División de Política Social. Servicio de Investigación y Análisis, Dirección General de Bibliotecas. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. DGS-SIID-SIA) Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Ssociólogos. (2012). ¿Qué es la demografía?. *CA DIGITAL ANÁLISIS S.L.* Recuperado de <https://ssociologos.com/2012/09/27/que-es-la-demografia/>
- Tapia, G., Pantoja, J. & Fierro, C. (2010). ¿La escuela hace la diferencia? El abandono de la escuela secundaria en Guanajuato, México. *RMIE.* 15 (44), 197-225. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam015d.pdf>
- Téllez-Vargas, J. (2006). Impulsividad y suicidio. *SUICIDIO - Neurobiología, factores de riesgo y prevención.* 62-80. Recuperado de https://waps.es/wp-content/uploads/sites/2/2018/09/IMPULSIVIDAD_Y_SUICIDIO.pdf
- USEBEQ, (2017). *Cantidad de alumnos nivel secundarias Mpio. De San Juan del Río.* Subjefatura de Planeación Educativa. Departamento de servicios regionales III San Juan del Río.
- Valadez-Figueroa, I., Amezcua-Fernández, R., Quintanilla-Montoya, R. & González-Gallegos, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos en Medicina Familiar.* 7 (3), 69-78. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf053b.pdf>
- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry,* 48(5):292-300. DOI: 10.1177/070674370304800504
- Van Heeringen, K., Hawton, K. & Williams, J. M. G. (2000). Pathways to Suicide: An Integrative Approach. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International*

Handbook of Suicide and Attempted Suicide (pp. 223-234). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470698976.ch14>

WFMH. (2003). *Día mundial de la salud mental 2003. Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. Programa de educación en salud mental de la Federación Mundial de Salud Mental*. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO10431/trastornosemocionales.pdf>

Dirección General de Bibliotecas UAQ

10. ANEXOS

Anexo 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES Y CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Soy la Dra. Pamela Garbus, Coordinadora de la Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Querétaro.

Estamos realizando un estudio que busca conocer los problemas de Salud Mental que presentan los estudiantes de escuelas Secundarias Públicas de San Juan del Río, Querétaro, en el marco de un estudio que abalado por la maestría, la universidad y USEBEQ.

Si bien este estudio no resultaría directamente beneficioso para su hijo/a su participación favorece el conocimiento de las problemáticas prevalentes en salud mental de los adolescentes y nos permitirá diseñar talleres para maestros y directores de escuelas, en los que ofreceremos herramientas para detectar y abordar dichas problemáticas.

Si decide autorizar la participación de su hijo/a es importante que sepa que la misma consiste en responder un cuestionario en que le llevará no más de 50 minutos de su tiempo, el mismo será respondido en la escuela y será anónimo.

Al tratarse de un estudio de corte epidemiológico, y no de una evaluación psicológica no se contará con la posibilidad de entregar a cada familia o escuela, la situación de ninguno de los participantes en particular, tampoco la de su hijo. La información obtenida arrojará datos que reflejen la situación general en los estudiantes de escuelas secundarias de San Juan del Río, y será oportunamente compartida con las autoridades correspondientes.

La participación será voluntaria y se solicitará el asentimiento de cada estudiante una vez que se haya explicado el propósito de su participación y la naturaleza de la investigación de la que será parte, garantizando su principio de libertad. Cabe mencionar que los participantes se seleccionarán al azar entre todos aquellos que cuentan con autorización de sus padres de participar de este estudio.

De dar autorización para que su hijo pueda participar del estudio, le pedimos lea y firme el consentimiento informado:

Consentimiento de participación en la investigación

En este documento se solicita su consentimiento para que su hijo/a participe en un proyecto de investigación de la Maestría en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de la Facultad de Psicología de la UAQ, Campus San Juan del Río. Dicha participación consistirá en contestar un cuestionario en un tiempo no mayor de 50 minutos, mismo que será respondido en la escuela.

El propósito del estudio es conocer los problemas de Salud Mental que presentan los estudiantes de escuelas Secundarias Públicas de San Juan del Río, Querétaro, en el marco de un estudio abalado por la maestría, la universidad y USEBEQ.

El participante no recibirá un beneficio directo de su participación, sin embargo, la misma contribuirá al conocimiento de las problemáticas prevalentes en salud mental de los adolescentes y nos permitirá diseñar talleres para maestros y directores de escuelas, en los que ofreceremos herramientas para detectar y abordar dichas problemáticas.

La participación de los alumnos será voluntaria, pidiendo el asentimiento de cada uno de ellos y será anónima, es decir, que no se les solicitará ningún dato de identificación que se relacione al cuestionario que responderá.

Si está de acuerdo en que su hijo/a sea participante, firme a continuación.

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a

_____ de _____ año,
salón _____ participe en este estudio.

Nombre del padre/madre o tutor,

Firma

Fecha _____

Nombre y firma de la investigadora responsable:

Dra. Pamela Garbus _____

Contacto: msmia.uaq@gmail.com

Anexo 2 GUIÓN DE APLICACIÓN CIP-DERS

Buen día jóvenes. El día de hoy vamos a realizar la aplicación del cuestionario. Cómo saben solo aquellos que trajeron la autorización de sus padres podrán participar. Vamos a ir diciendo sus nombres que aparecen en los consentimientos y pasan a recogerlo.

Por favor, no comiencen a responder hasta que les avisemos. Se contestará con pluma o lápiz que pinte muy bien.

Tienen 50 minutos para contestar, por lo tanto no se apresuren demasiado y sobre todo lean con cuidado las instrucciones. Cuando terminen vamos a pedirles que permanezcan en su lugar en silencio por respeto a los que aún no hayan acabado.

(Se le entrega a cada uno el cuestionario)

Atención. El cuestionario es anónimo. Eso quiere decir que no hay forma alguna que de sepamos quien es cada uno, pues no se puede relacionar con su consentimiento que acaban de entregar. Por lo tanto se les agradece que contesten solo con la verdad, recuerden que su colaboración es sumamente importante para conocer y ayudar en las problemáticas que puedan aparecer. No tengan miedo o pena de responder, nadie sabrá qué han puesto.

Ok vamos a comenzar con la explicación sobre cómo responder el cuestionario:

- Escriban el nombre de la escuela y su grado.
- Leemos los ejemplos de la primera hoja del cuestionario.
- Van a encontrar en las páginas 4 y 5 unas tablas que preguntan sobre su relación con papá y mamá o las personas que cumplen esa función en casa. Completen las dos tablas, aunque no vivan con papá o mamá, siempre que tengan un vínculo con ellos. Si no tienen relación con uno u otro, pero hay alguien que cumple su función (abuela, abuelo, pareja de papá o mamá, etc.) completen pensando en esa persona, sino no hay nadie, entonces sí dejen en blanco la tabla.
- En la página 7, van a encontrar una pregunta que podría causar un poco de confusión al responder, la pregunta es: ¿Por esa última o única vez que te hiciste daño para tratar de quitarte la vida, en consecuencia: a) me llevaron a un hospital; b) recibí apoyo emocional profesional; c) recibí un apoyo emocional de un ser querido y d) no recibí apoyo. La confusión es en la opción d) ya que en caso de que si hayas recibido ayuda tu respuesta será 2=NO y en caso de que no la hayas recibido tu respuesta será 1=SÍ.
- Ahora nos vamos a la página 12. En este cuadro podemos encontrar diferencias con los anteriores ya que si nos fijamos en la tabla de arriba se pide que se conteste con una numeración que va de menos a más y esta (señalándola) está al revés. Por favor, lean muy bien cada tabla y cada consigna. RECUERDEN: Es muy importante que lean muy bien

cada encabezado de tabla. Pues son pequeñas diferencias que pueden hacer que haya errores al contestar.

□ Les pedimos que respondan TODAS las preguntas. Si tienen dudas nos llaman y vamos a su banca para ayudarlos. Pero es importante que no dejen preguntas sin responder.

Estamos a disposición para responder dudas. En su lugar levantan la mano y nos acercamos a ustedes.

Anexo 3 GUIÓN ENTREGA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola, buen día chicas y chicos, somos _____ y _____, venimos de la Universidad Autónoma de Querétaro de la Facultad de Psicología y formamos parte de un proyecto de investigación que se está llevando ahora con la participación de estudiantes de las secundarias de San Juan del Río. El objetivo es conocer los problemas de Salud Mental que tienen los y las estudiantes como ustedes y para eso les pediremos que respondan un cuestionario que es anónimo. El cuestionario que responderán muy sencillo, las preguntas son sobre su vida y no lleva más de 50 minutos en responderlo.

Para poder llevar a cabo el estudio necesitamos que tanto ustedes como sus padres estén informados acerca del mismo y que sus papás les den autorización para responder el cuestionario, también es importante que ustedes estén de acuerdo en hacerlo.

Por eso, el primero paso es entregarles a ustedes dos hojitas el día de hoy: en una explicamos a sus papás y a ustedes el estudio, y en la otra, es donde ellos notifican si los autorizan o no a completar el cuestionario (Muestran las hojas).

Sus papás deberán leer la primera hoja contiene la información de la investigación, la cual se la van a quedar. La segunda hoja es para que sea llenada con los datos de ustedes, en ella van a firmar sus papás con la opción de (sí) estoy de acuerdo en que mi hijo participe o (no) estoy de acuerdo en que mi hijo participe. Esta segunda hoja es la que la van a traer a la escuela y la van a entregar a su director.

Es importante hacer hincapié en que sus papás tienen que estar de acuerdo en su participación para responder el cuestionario, pero ustedes tienen también que aceptar participar en el estudio. Para participar sí o sí tienen que traer firmada la segunda hoja llamada CONSENTIMIENTO INFORMADO solo con la entrega de la misma el próximo día (lunes/miércoles/jueves/viernes) _____ que regresemos a aplicar el cuestionario, van a poder responder el mismo.

Ahora les vamos a pasar las hojas.

¿Tienen alguna duda?

HOLA

Este cuestionario forma parte de una investigación que se está llevando a cabo en algunas secundarias públicas del Estado de Querétaro.

ESTE NO ES UN EXAMEN; por lo tanto, NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. Por favor, en cada pregunta responde honesta y sinceramente. Es muy importante que contestes todas las preguntas.

En cada pregunta marca la respuesta que resulte más adecuada para ti: tacha con una cruz el número que indique tu respuesta. En algunas preguntas podrás escribir tu respuesta completa.

En caso de que tengas alguna duda, por favor levanta la mano y un encuestador irá a tu lugar a resolver tus dudas.

VEAMOS ALGUNOS EJEMPLOS

Recuerda que puedes tachar con una cruz (X) para indicar tu respuesta.

Durante cuántos días de las dos últimas semanas:	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días	8-14 días
1. Viste algún programa de televisión.	0	1	2	3	4

Como puedes ver, el número que está tachado es el 4 para indicar que vio algún programa de televisión entre 8 y 14 días de las dos últimas semanas.

En otras preguntas podrás escribir el número para indicar tus respuestas:

DM4. De las personas que viven contigo (Incuýndote a tí)	EDAD	HOMBRES	MUJERES
	12 años ó menos	3	
13 a 17 años		2	
¿Cuántos son hombres y qué edades tienen?	18 a 24 años		
¿Cuántas mujeres y qué edades tienen?	25 a 40 años	1	
(Contesta las opciones que te corresponden)	41 a 59 años	1	1
	60 ó más años		1

Aquí podemos ver que las respuestas indican que viven juntos: 3 hombres de 12 años ó menos, 2 mujeres entre 13 y 17 años de edad, 1 mujer entre 25 a 40 años, 1 hombre entre 41 a 59 años y 1 mujer de 60 ó más años de edad.

Veamos la siguiente pregunta:

¿Cuántas veces en tu vida has ido a un Zoológico?	_____ veces
	Nunca he ido 88

Como está tachado el 88, la respuesta indica que nunca ha ido al Zoológico.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Vamos a iniciar con información sobre ti y tu familia.

DM1. ¿Tú eres?:	Hombre.....1 Mujer2	DM2. ¿Cuántos años cumplidos tienes?	_____ años cumplidos.
-----------------	------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

DM3. En general ¿Cómo consideras tu <u>desempeño académico</u> en la escuela?	Muy Bueno	1	
	Bueno	2	
	Regular	3	
	Malo	4	
DM4. De las <u>personas que viven contigo</u> (incluyéndote a ti) ¿cuántos son y qué edades tienen? (Contesta sólo las opciones que te corresponden)	EDAD	HOMBRES	MUJERES
	a) 12 años o menos	h)	m)
	b) 13 a 17 años	h)	m)
	c) 18 a 24 años	h)	m)
	d) 25 a 40 años	h)	m)
	e) 41 a 59 años	h)	m)
	f) 60 o más años	h)	m)
DM5. ¿Cuántos hermanos(as) vivos tienes, (<u>sin contarte a ti</u>)?	_____hermanos(as).		
DM6. ¿Qué lugar de nacimiento ocupas entre tus hermanos(as)?	1°	2°	3°
		4°	5°
		6° o más	
DM7. ¿Quiénes viven contigo? (Contesta <u>cada opción</u> con SI o NO, según corresponda)	SI		NO
	a) Mamá o madrastra	1	2
	b) Papá o padrastro	1	2
	c) Hermanos(as)	1	2
	d) Otros familiares	1	2
	e) Amigos(as)	1	2
	f) Otros(os)	1	2
DM8. De las personas que viven contigo, ¿Quiénes dan dinero para mantener a la familia? (Contesta <u>cada opción</u> con SI o NO, según corresponda)	SI		NO
	a) Mamá o madrastra	1	2
	b) Papá o padrastro	1	2
	c) Hermanos(as)	1	2
	d) Otros familiares	1	2
	e) Amigos(as)	1	2
	f) Otros(os)	1	2

DM9. TU FAMILIA TIENE DINERO SUFICIENTE PARA:	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
a) Comprar comida	1	2	3	4
b) Para pagar los pasajes o la gasolina	1	2	3	4
c) Pagar las cuentas: luz, gas, agua, etc.	1	2	3	4
d) Mantener la casa limpia y arreglada	1	2	3	4
e) Comprar útiles escolares, uniformes, cuotas, etc.	1	2	3	4
f) Comprar la ropa que necesitas	1	2	3	4
g) Comprar la ropa que quieres y que te gusta	1	2	3	4
h) Ir a divertirse, al cine, a un restaurante, etc.	1	2	3	4
i) Comprar regalos para cumpleaños, festejos, etc.	1	2	3	4
j) Para hacer fiestas	1	2	3	4
k) Para ir de vacaciones	1	2	3	4
l) Comprar videojuegos, CD's, películas, revistas, etc.	1	2	3	4
DM10. ¿Qué tan frecuentemente existen	Nunca			1
	Algunas veces			2
	Muchas veces			3

MA1. ¿Vives con tu mamá o con alguna mujer que es como si fuera tu mamá? (Tacha sólo una opción)	Vivo con mi mamá	1
	Vivo con una familiar mujer que es como si fuera mi mamá (abuela, tía...)	2
	Vivo con mi madrastra	3
	No vivo con mi mamá ni ninguna mujer como si fuera mi mamá	4
MA2. ¿Qué edad tiene tu mamá o la mujer que es como si fuera tu mamá?	_____ años cumplidos	

Ahora te pedimos que nos contestes las siguientes preguntas para conocer cómo es la **relación que tu mamá (o la MUJER que es como si fuera tu mamá) tiene contigo:**

QUÉ TAN SEGUIDO TU MAMÁ (O LA MUJER QUE ES COMO SI FUERA TU MAMÁ)...	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA
RM1. ¿Te demuestra afecto?	1	2	3	4
RM2. ¿Realiza alguna actividad agradable contigo?	1	2	3	4
RM3. ¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos (as) juegos. etc.?)	1	2	3	4
RM4. ¿Habla contigo de tus problemas?	1	2	3	4
RM5. ¿Se muestra interesada en ayudarte?	1	2	3	4
RM6. ¿Muestra que se preocupa por ti?	1	2	3	4
RM7. ¿Trata de darte lo que necesitas?	1	2	3	4
RM8. ¿Es justa contigo?	1	2	3	4
RM9. ¿Te expresa el amor que siente por ti?	1	2	3	4
RM10. ¿Sabe a dónde vas cuando sales?	1	2	3	4
RM11. ¿Sabe con quién estás cuando sales?	1	2	3	4
RM12. ¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?	1	2	3	4
RM13. ¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?	1	2	3	4
RM14. ¿Habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?	1	2	3	4

PA1. ¿Vives con tu papá o con algún hombre que es como si fuera tu papá? (Tacha sólo una opción)	Vivo con mi papá	1
	Vivo con una familiar hombre que es como si fuera mi papá (abuelo, tío...)	2
	Vivo con mi padrastro	3
	No vivo con mi papá ni ningún hombre como si fuera mi papá	4
PA2. ¿Qué edad tiene tu papá o el hombre que es como si fuera tu papá?	_____ años cumplidos	

Ahora contesta las siguientes preguntas para indicar **la relación que tu papá (o el HOMBRE que es como si fuera tu papá) tiene contigo:**

QUÉ TAN SEGUIDO TU PAPÁ (O EL HOMBRE QUE ES COMO SI FUERA TU PAPÁ)...	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA
RP1. ¿Te demuestra afecto?	1	2	3	4
RP2. ¿Realiza alguna actividad agradable contigo?	1	2	3	4
RP3. ¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos(as) juegos. etc.?)	1	2	3	4
RP4. ¿Habla contigo de tus problemas?	1	2	3	4
RP5. ¿Se muestra interesado en ayudarte?	1	2	3	4
RP6. ¿Muestra que se preocupa por ti?	1	2	3	4
RP7. ¿Trata de darte lo que necesitas?	1	2	3	4
RP8. ¿Es justo contigo?	1	2	3	4
RP9. ¿Te expresa el amor que siente por ti?	1	2	3	4
RP10. ¿Sabe a dónde vas cuando sales?	1	2	3	4
RP11. ¿Sabe con quién estás cuando sales?	1	2	3	4
RP12. ¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?	1	2	3	4
RP13. ¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?	1	2	3	4
RP14. ¿Habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?	1	2	3	4

EXPERIENCIAS

A continuación hay unas preguntas sobre algunas experiencias que pudiste haber pasado en algún momento de tu vida.	
PS1. ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Si..... 1 Nunca lo he hecho 88
PS2. <u>Esa última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito, ¿Qué querías?	Quería dejar de vivir, quería morir 1 No me importaba si vivía o moría 2 Quería seguir viviendo 3 Nunca lo he hecho..... 88
PS3. ¿ <u>Cuántas veces</u> te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	_____ veces Nunca lo he hecho..... 88
PS4. ¿ <u>Qué edad tenías la primera o la única vez</u> que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	Tenía _____ años Nunca lo he hecho..... 88
PS5. ¿ <u>Qué edad tenías la última vez</u> que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	Tenía _____ años Nunca lo he hecho..... 88
PS6. <u>Esa última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, ¿Cómo lo hiciste? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ Nunca lo he hecho 88

PS8. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida,

¿Para qué lo hiciste?

(Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)

Nunca lo he hecho 88

PS9. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, pensaste que tu muerte era:

Segura: sabía que moriría 1

Posible: no sabía si viviría o moriría 2

Imposible: sabía que no moriría 3

Nunca lo he hecho 88

PS10. Por esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida,

En consecuencia:

(Tacha cada opción con SI o NO, según corresponda)

En consecuencia:	SI	NO
a) Me llevaron a un hospital (Urgencias)	1	2
b) Recibí apoyo emocional profesional como: psicoterapia, talleres, etc.	1	2
c) Recibí apoyo emocional de un ser querido : familiar, amigo(a), etc.	1	2
d) No recibí apoyo	1	2

Otro: _____

Nunca lo he hecho 88

PS11. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida,

Después buscaste ayuda, consejo o consuelo de:

(Tacha cada opción con SI o NO, según corresponda)

	SI	NO
a) Un familiar: papá, mamá, hermano(a), etc.	1	2
b) Un sacerdote, pastor, etc.	1	2
c) Un amigo(a) de la escuela	1	2
d) Un maestro(a) , orientadora, etc.	1	2
e) Un curandero, chamán, etc.	1	2
f) Un psicólogo(a), psiquiatra, etc.	1	2
g) Un doctor, enfermera, etc.	1	2
h) NO BUSQUÉ AYUDA	3	

No lo he hecho..... 88

EMOCIONES Y ESTADO DE ÁNIMO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

A continuación hay una lista de emociones y sentimientos que probablemente hayas experimentado. Por favor tacha la respuesta para indicar durante cuántos días de las dos últimas semanas te sentiste así o si te ocurrió casi a diario durante las ÚLTIMAS DOS

Durante cuántos días de las <u>DOS ÚLTIMAS SEMANAS</u> :	0 días	1 - 2 días	3 - 4 días	5 - 7 días	8 - 14 días
CD1. No tenía ganas de comer	0	1	2	3	4
CD2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
CD3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que hacía	0	1	2	3	4
CD4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
CD5. Dormía pero sin descansar	0	1	2	3	4
CD6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
CD7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
CD8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
CD9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
CD10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
CD11. Dormía más de lo acostumbrado	0	1	2	3	4
CD12. Sentía que me movía muy lento(a)	0	1	2	3	4
CD13. Me sentía inquieto(a)	0	1	2	3	4
CD14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
CD15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
CD16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
CD17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
CD18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
CD19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
CD20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4

Durante cuántos días de las DOS ÚLTIMAS SEMANAS :	0 días	1 - 2 días	3 - 4 días	5 - 7 días	8 - 14 días
CD23. Sentía que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
CD24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro®	0	1	2	3	4
CD25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
CD26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
CD27. Me sentía feliz®	0	1	2	3	4
CD28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
CD29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
CD30. Sentía que las personas eran poco amigables conmigo	0	1	2	3	4
CD31. Disfruté de la vida®	0	1	2	3	4
CD32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
CD33. Me divertí mucho®	0	1	2	3	4
CD34. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
CD35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4
CD36. Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1	2	3	4
CD37. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	0	1	2	3	4
CD38. Pensé en matarme	0	1	2	3	4
CD39. Sentía que me costaba mucho trabajo hacer las cosas	0	1	2	3	4

AYUDA, CONSEJO O CONSUELO

	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
AP1. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas en la escuela?	1	2	3	4
AP2. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas con tu familia?	1	2	3	4
AP3. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas con tus amigos(as)?	1	2	3	4

	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
AP5. ¿Tienes un confidente; es decir, <u>alguien a quien le puedes contar todos tus secretos, hasta tus preocupaciones más íntimas?</u>	1	2	3	4
AP6. Si te llegaras a sentir deprimido(a) ¿Tienes quién te acompañe para buscar información y ayuda?	1	2	3	4
AP7. Si te llegaras a sentir con ganas de hacerte daño a propósito para tratar de quitarte la vida ¿Tienes quién te oriente y te acompañe para buscar ayuda?	1	2	3	4

¿QUÉ TAN SEGUIDO...	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
IM1. ... haces cosas arriesgadas, sólo porque son excitantes?	1	2	3	4
IM2. ... haces cosas impulsivamente?	1	2	3	4
IM3. ... corres riesgos?	1	2	3	4
IM4. ... haces lo que te gusta, sin pensar en las consecuencias?	1	2	3	4
IM5. ... te impacientas fácilmente con los demás?	1	2	3	4

Ahora contesta las siguientes preguntas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas.

PC1. CUÁNTAS VECES EN TU VIDA has probado o consumido:	1 VEZ	2-4 VECES	5 o más VECES	NUNCA	PC2 Edad en que la probé por 1ª vez
a) Una copa completa de cerveza, vino, 'coolers', brandy, ron, 'piña colada'	1	2	3	4	_____años
b) Marihuana	1	2	3	4	_____años
c) Inhalables como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, 'monas'	1	2	3	4	_____años
d) Cocaína	1	2	3	4	_____años
e) 'Crack' o 'piedra'	1	2	3	4	_____años
f) 'Tachas'	1	2	3	4	

PC3. EN EL ÚLTIMO MES ¿cuántas veces consumiste:	NUNCA	POCAS VECES	BASTANTES VECES	CASI TODOS LOS DÍAS
a) Marihuana	1	2	3	4
b) Inhalables	1	2	3	4
c) Cocaína	1	2	3	4
d) 'Crack' o 'piedra'	1	2	3	4
e) 'Tachas'	1	2	3	4
f) Te emborrachaste	1	2	3	4
g) Fumaste tabaco	1	2	3	4

Ahora, por favor contesta las siguientes preguntas para indicar ¿Qué tan de acuerdo...?				
QUÉ TAN DE ACUERDO...	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
AE1. Siento que soy una persona que vale, al menos como los demás ®	1	2	3	4
AE2. Siento que tengo buenas cualidades ®	1	2	3	4
AE3. En general me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
AE4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás ®	1	2	3	4
AE5. Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso(a) de mí	1	2	3	4
AE6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a) ®	1	2	3	4
AE7. En general estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a) ®	1	2	3	4
AE8. Desearía poder tener más respeto para mí mismo(a)	1	2	3	4
AE9. A veces me siento inútil	1	2	3	4
AE10. A veces pienso que soy un(a) bueno(a) para nada	1	2	3	4

Sigue contestando para indicar ¿Qué tan de acuerdo...?

QUÉ TAN DE ACUERDO...	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
LC1s. La suerte vale más que la inteligencia	1	2	3	4
LC2a. Tengo éxito en mi vida si soy simpático(a)	1	2	3	4
LC3i. Mejoro mis calificaciones si me esfuerzo	1	2	3	4
LC4s. Los mejores estudiantes son los que tienen suerte	1	2	3	4
LC5a. Mi éxito depende de lo agradable yo que sea	1	2	3	4
LC6i. Obtener lo que quiero depende de mí	1	2	3	4
LC7s. Todo lo que hago me sale bien gracias a la suerte	1	2	3	4
LC8a. Es importante caerle bien a la gente	1	2	3	4
LC9i. Mis calificaciones dependen de mí	1	2	3	4
LC10s. Es mejor tener suerte que ser inteligente	1	2	3	4
LC11a. Mi éxito en la escuela depende de lo agradable que sea yo	1	2	3	4
LC12i. El éxito depende de mí	1	2	3	4

<u>EN LOS ULTIMOS 3 MESES:</u>	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
1. Me he sentido presionado(a) para pelear con mis compañeros(as) de la escuela	0	1	2	3
2. He discutido con alguno(a) de mis maestros(as).	0	1	2	3
3. Me han suspendido por unos días en la escuela.	0	1	2	3
4. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) se ha burlado de mí o se ha querido pasar de listo(a).	0	1	2	3
5. He discutido o peleado con alguno(a) de mis mejores amigos(as).	0	1	2	3
6. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) me ha pedido que haga cosas que no quiero hacer (fumar, drogas, alcohol, etc.).	0	1	2	3
7. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) me ha dejado de hablar o me ha ignorado.	0	1	2	3
8. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) ha hecho un chisme de mí o ha contado mis secretos.	0	1	2	3
9. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) ha rechazado mis ideas.	0	1	2	3
10. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) ha querido abusar sexualmente de mí	0	1	2	3
11. Me he sentido mal porque me siento demasiado alto(a) o demasiado chaparro(a).	0	1	2	3
12. He sentido que soy feo(a) o poco atractivo(a)	0	1	2	3
13. He sentido que los demás se han aprovechado de mí	0	1	2	3
14. He sido criticado por mi forma de ser.	0	1	2	3
15. He sentido que le desagrado a la gente.	0	1	2	3
16. Me he sentido ofendido(a) cuando alguien me ha dicho que me he portado mal o que estoy equivocado(a).	0	1	2	3
17. He sentido que las personas que quiero, hieren mis sentimientos.	0	1	2	3

Cuando en los últimos 3 meses tuviste algún problema con tu papá/mamá/hermano(a), que haya afectado mucho tu vida ¿qué tan seguido...?	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
1. Le dejaste de hablar	1	2	3	4
2. Te enojaste, te peleaste	1	2	3	4
3. Te conformaste, no hiciste nada	1	2	3	4
4. Trataste de convencer, platicar	1	2	3	4
5. No le hiciste caso, lo(a) ignoraste	1	2	3	4
6. Te adaptaste, comprendiste	1	2	3	4
7. Le gritaste, expresaste tu coraje	1	2	3	4
8. Te sentiste triste, lloraste	1	2	3	4

Muchos estudiantes como tú tienen diversas formas de pasar el **TIEMPO LIBRE**. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que te pueden gustar para pasar el rato. Por favor indica ¿Qué tan seguido durante la **ÚLTIMA SEMANA...?**:

EN LA ÚLTIMA SEMANA:	NUNCA	POCAS VECES	BASTANTES VECES	CASI TODOS LOS DÍAS
E1. Salí con mis amigos(as)	1	2	3	4
E2. Jugué algún videojuego	1	2	3	4
E3. Jugué algún juego de mesa, como baraja, dominó, etc.	1	2	3	4
E4. Escuché música	1	2	3	4
E5. Vi la televisión	1	2	3	4
E6. Estuve en 'facebook', 'twitter, etc	1	2	3	4
E7. Estuve enviando mensajes con el celular	1	2	3	4
E8. Fui al cine, a tomar un café	1	2	3	4
E9. Leí alguna revista, libro, 'comic', etc.	1	2	3	4
E10. Fui a un concierto, 'tocada', etc.	1	2	3	4
E11. Jugué fútbol, básquet, etc.	1	2	3	4
E12. Fui a una fiesta, baile, convivio o tardeada.	1	2	3	4
E13. Me reí a carcajadas	1	2	3	4

¿Cuál es el mejor chiste que te han contado?

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Si después de haber contestado este cuestionario tienes algunas inquietudes sobre tus sentimientos y conductas puedes llamar a alguna de las instituciones que te proporcionamos en la *GUÍA DE RECURSOS DE APOYO* que te entregamos en el día de hoy.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Anexo 5 GUÍA DE RECURSOS DE APOYO

LUGARES EN LOS QUE PUEDES ACUDIR A RECIBIR AYUDA

INSTITUCIÓN	TELÉFONO	DIRECCIÓN	Horario
Centro de Salud Urbano	272 3206	Av. Juárez Poniente 101 centro	7:00am a 6:00pm de L-V Tienen que ir para hacer cita. Servicio sin costo
Central de Servicios a la Comunidad UAQ	264 0243	Río Sonora #40, Col san Cayetano	10:00am a 2:00pm y de 3:00pm pm a 7:00pm L-V sábado 10:00 a 1:00 pm Se dejan datos y regresan la llamada. Cuota de \$80 a \$100
DIF Municipal	129 04 61 al 64	Avenida 5 poniente No 26, Fraccionamiento Valle de Oro	8:00am a 4:00 pm de L-V Hay que ir para hacer cita. Cuota \$50
Colegio de Psicólogos de San Juan del Río	427 128 6964	Boulevard Luis Donaldo Colosio #172, Jacarandas Banthi	9 am a 7 pm de L-V Se puede hacer cita por teléfono. Cuota de \$80 a \$100
UNEME CAPA Centros de Atención Primaria de Adicciones	274 8791	Prol. Agustín Melgar s/n Fracc. Los Arrayanes	8:00 am a 3:30 pm de L-V Se hace previa cita por teléfono Servicio sin costo
Instituto Municipal de la Mujer	27 4 8500 / 26 4 0190	Av. De las Garzas S/N Colonia Indeco	9:00am a 3:00pm Solicitar la cita por medio de un adulto, de forma telefónica. Servicio sin costo
Consejo Municipal Contra las Adicciones	272 1560	Av. Juárez No. 30 Pte. Col. Centro (Antigua Biblioteca municipal)	De 8:00am a 4:00pm de L-V Se puede hacer cita por teléfono. Servicio sin costo
Línea de vida	01800 822 37 37	Atención telefónica	Las 24 horas servicio a toda la población
Línea de joven a joven	01 800 716 65 75	Atención telefónica	De 10:00am a 8:00pm Servicio a toda la población

Anexo 6 CARTA DE AUTORIZACIÓN USEBEQ



UNIDAD DE SERVICIOS PARA
LA EDUCACIÓN BÁSICA EN
EL ESTADO DE QUERÉTARO
(USEBEQ)

COORDINACIÓN GENERAL
COORDINACIÓN OPERATIVA

OFICIO No. C.O. /102/2018

Santiago de Querétaro, 3 de septiembre de 2018.

DRA. PAMELA GARBUS

**Coordinadora de la Maestría en Salud Mental de la Infancia la Adolescencia
Facultad de Psicología UAQ
Responsable del proyecto
Presente**

Por este medio la saludo atentamente a la vez que le hago expresa la autorización para llevar a cabo el estudio Prevalencia de problemas de salud mental y factores de riesgo en estudiantes de escuelas secundarias públicas de Cadereyta y de San Juan del Río, Querétaro (octubre de 2018 a abril de 2020) el cual está bajo su dirección y cuenta con la colaboración de profesoras y estudiantes de la Maestría de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, la Maestría en Educación para la Ciudadanía y de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la UAQ.

Doy conocimiento de que el objetivo del proyecto es describir la prevalencia de síntomas y problemas de salud mental en estudiantes de escuelas secundarias públicas, y que puntualmente se busca describir la sintomatología depresiva, ideación e intento suicida, consumo de alcohol, tabaco y drogas así como de factores psicológicos tales como autoestima, locus de control, impulsividad, respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares y el estrés cotidiano social y factores psicosociales tales como datos sociodemográficos, relación del adolescente con su padre y madre y recursos de apoyo en estudiantes de escuelas secundarias públicas de Cadereyta y de San Juan del Río, Querétaro.

Así mismo, agradecemos que, con estos datos obtenidos, posteriormente se trabajará en el diseño y aplicación de talleres para maestros y directivos de escuelas sobre la detección y abordaje escolar de las problemáticas prevalentes detectadas.

No omito comentarle y solicitarle de la manera más atenta, que las actividades del proyecto deberán coordinarse con los directores encargados de cada una de las escuelas que participan en el proyecto, así como generar una estrategia para contar con el previo consentimiento y autorización formal de los padres de familia y/o tutores.

Quedo a su entera disposición para mayor información,

ATENTAMENTE
"Querétaro está en nosotros"

Lic. Ernesto Mejía Botello
Coordinador Operativo de la USEBEQ

C.c.p. Archivo
*crg

Domicilio:
Av. Magisterio No. 1000,
Col. Colinas del Cometa,
Santiago de Querétaro, Qro.
C.P. 76090

Tel: 238 6000

QUERÉTARO
GOBIERNO DEL ESTADO