

UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

**Factores Psicosociales Asociados al Comportamiento Suicida en
Adolescentes de 12 a 17 Años**



TESIS
Que para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de la Salud

PRESENTA

Nehemías Cuamba Osorio

Hermosillo, Sonora

Diciembre de 2011

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**“El saber de mis hijos
hará mi grandeza”**



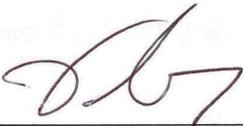
Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

FORMA DE APROBACIÓN

Los miembros del Jurado Calificador designado para revisar el trabajo de Tesis de Nehemías Cuamba Osorio, lo han encontrado satisfactorio y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud.



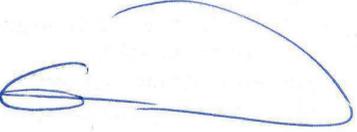
Dra. Blanca Silvia Fraijo Sing
Director Académico



Dr. Víctor Corral Verdugo
Secretario



Dra. María Martha Montiel Carbajal
Vocal



Dr. César Octavio Tapia Fonllem
Suplente

DEDICATORIA

A DIOS Primeramente.

A mi Alma Mater Universidad de Sonora.

A mi Esposa Lesly Berenice

A mis padres Nemias y Cecilia

A mis Hermanos y Amigos

A los Jóvenes

los de ayer, los de hoy y los de mañana.

***En un tema muy difícil y muy actual dejo el pasaje
que en la adolescencia siempre me dio ánimo***

*Aunque la higuera no florezca,
Ni en las vides haya frutos,
Aunque falte el producto del olivo,
Y los labrados
no den mantenimiento,
Y las ovejas sean quitadas de la manada,
Y no haya vacas en los corrales;
Con todo, yo me alegraré en Jehová,
Y me gozaré en el Dios de mi salvación.
Jehová el Señor es mi fortaleza*

AGRADECIMIENTOS

A DIOS primeramente por permitirme comenzar, desarrollar y finalizar este proyecto.

A mi Universidad de Sonora por todo el conocimiento que me ha dado desde hace más de 10 años.

A Dra. Blanca S. Fraijo Sing por todo el apoyo y la paciencia sobretodo

A Dr. Cesar Tapia Fonllen por animarme a volver a tomar el camino de la investigación.

A Dr. Víctor Corral Verdugo por su valiosa aportación a este trabajo.

A Dra. Martha Montiel Carbajal por las valiosas sugerencias para terminar este trabajo.

A la hoy extinta Unidad de Terapia Infantil y todo su personal, por permitirme trabajar en ella y ser el génesis de este proyecto que termina en esta fase.

A todos los Amigos y Compañeros que de alguna u otra forma participaron en este proyecto.

A los jóvenes y sus familias que prestaron disposición a participar en este proyecto, sin ellos no hubiera sido posible.

A mi Hermosa Esposa Lesly, por la paciencia que me tiene, y me tuvo en la realización de este trabajo “TE AMO”.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE TABLAS.....	viii
LISTA DE FIGURAS.....	ix
OBJETIVOS.....	x
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	4
Capítulo 1. Adolescencia.....	4
Búsqueda de identidad.....	4
Etapas de la adolescencia.....	5
Adolescencia temprana.....	5
Adolescencia intermedia.....	6
Adolescencia tardía.....	6
Desarrollo.....	6
Desarrollo físico.....	6
Desarrollo psicológico.....	7
Desarrollo emocional.....	7
Desarrollo social.....	8
Adolescencia normal.....	9
Problemas en la adolescencia.....	10
Capítulo 2. Comportamiento suicida.....	12
Factores de riesgo implícitos.....	14
Factores psicológicos.....	15
Factores sociales.....	16
Factores psicopatológicos.....	17

Factores neurobiológicos.....	18
Factores genéticos.....	19
Modelos, teorías predictivas y explicativas.....	19
Modelo arquitectónico del suicidio de Mack.....	21
Modelo teórico del cubo suicida de Shneidman.....	21
Teoría de la desesperanza aprendida de Seligman.....	23
Teoría de los constructos personales de Kelly.....	23
Teoría cognitiva del suicidio de Beck.....	23
Capítulo 3. Comportamiento suicida y adolescencia.....	24
MATERIALES Y MÉTODOS.....	32
Diseño del estudio.....	32
Área de investigación.....	32
Consideraciones Éticas.....	32
Pautas del Council for International Organizations of Medical Sciences.....	32
Declaración de Helsinki.....	33
Consideraciones éticas de la investigación psicosocial.....	33
Descripción Fase 1.....	33
Selección de la muestra.....	33
Fuente de información.....	34
Métodos de recolección y análisis de información.....	34
Procedimiento.....	35
Variables.....	35
Descripción Fase 2.....	35
Selección de la muestra.....	35
Métodos de recolección de información y análisis.....	41
Procedimiento.....	41

Variables.....	42
Descripción Fase 3.....	42
Selección de la muestra.....	42
Selección de grupo de casos.....	42
Selección de grupo de comparación.....	44
Instrumentos de medición.....	44
Análisis estadístico.....	45
Procedimiento.....	47
Variables.....	47
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	51
Resultados primera fase.....	51
Resultados segunda fase.....	63
Datos generales.....	63
Codificación de la información.....	63
Interpretación de la información.....	63
Perfil psicosocial del adolescente con comportamiento suicida atendido en el centro de atención de adolescentes.....	67
Resultados tercera fase.....	67
Discusión.....	88
BIBLIOGRAFÍA.....	92
APÉNDICES.....	107

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
I Definición operacional de variables sociales en fase 1.....	36
II Definición operacional de variable dependiente en fase 1.....	39
III Definición operacional de variables psicológicas en fase 1.....	40
IV Definición operante de las variables encontradas en fase 2.....	43
V Definición operacional de variables sociales en fase 3.....	48
VI Definición operacional de variables psicológicas en fase 3.....	49
VII Definición operacional de la variable dependiente en fase 3.....	50
VIII Presentación de categorías y códigos del análisis de contenido.....	64
IX Diferencia de actividades de ambos grupos.....	69
X Situación familiar de ambos grupos.....	71
XI Diferencias entre grupos en relación a confianza familiar.....	72
XII Medias e indicadores de confiabilidad de los instrumentos utilizados....	73
XII Diferencias de medias entre grupos.....	79
XIV Riesgo de haber presentado problemas de ansiedad dado que se es caso de comportamiento suicida.....	80
XV Riesgo de haber presentado problemas de depresión dado que se es caso de comportamiento suicida.....	81
XVI Riesgo de haber presentado problemas de impulsividad dado que se es caso de comportamiento suicida.....	82
XVII Riesgo de presentar problemas de autoestima dado que se es caso de comportamiento suicida.....	83
XVIII Riesgo de presentar déficit en habilidades de comportamiento dado que se es caso de comportamiento suicida.....	84
XIX Matriz de correlaciones entre escalas	86

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Prevalencia en relación a conductas suicidas en los adolescentes del CA.....	52
2	Tipo de familia al que pertenece el menor atendido en el CA.....	54
3	Tipos de conflicto familiar de un porcentaje de 88.6% que reportaron esta problemática en la muestra.....	55
4	Presencia de violencia en el hogar de un porcentaje de 62.2% que reportaron esta problemática en la muestra.....	56
5	Diagnóstico del especialista en relación con el paciente en el CA.....	57
6	Porcentaje de baja autoestima.....	58
7	Porcentaje de déficit habilidades de afrontamiento.....	59
8	Tipos de depresión de un porcentaje de 79.5% que reportaron esta problemática en la muestra.....	60
9	Tipos de ansiedad de un porcentaje de 79.9% que reportaron esta problemática en la muestra.....	63
10	Porcentaje de impulsividad.....	62
11	Perfil psicosocial del adolescente atendido por comportamiento suicida en el centro de adolescentes.....	68
12	Modelo estructural explicativo del comportamiento suicida.....	87

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores psicosociales asociados al comportamiento suicida (ideación suicida y parasuicidio) en adolescentes de 12 a 17 años a partir del perfil psicosocial de los pacientes atendidos en un centro de atención psicoterapéutico para adolescentes.

Objetivos Específicos

- Describir el comportamiento suicida de los pacientes de 12 a 17 años atendidos en un centro de adolescentes (CA) en el periodo de 2005 a 2009.
- Identificar los factores psicosociales presentados en la población de adolescentes atendidos en el CA.
- Determinar el perfil psicosocial de los pacientes adolescentes atendidos por comportamiento suicida en CA.
- Analizar a través de grupos de comparación cuales de estos factores psicosociales, están asociados al comportamiento suicida en adolescentes.
- Poner a prueba un modelo explicativo de los factores psicosociales en estudio.

RESUMEN

El comportamiento suicida es un fenómeno de salud mental que afecta el ámbito de la salud pública, impacta en las políticas relacionadas a la salud y genera costos financieros, humanos y principalmente sociales, su estudio es complicado debido a que no existen métodos estandarizados para su detección, prevención e investigación, el grupo de edad de 12 a 17 años representa uno de los grupos más vulnerables ante este fenómeno debido al crecimiento demográfico y a los cambios dentro de la sociedad y familia. La presente investigación tiene como objetivo “Determinar los factores psicosociales asociados al comportamiento suicida (ideación suicida y parasuicidio) en adolescentes de 12 a 17 años a partir del perfil psicosocial de los pacientes atendidos en un centro de atención psicoterapéutico para adolescentes”. Dividiendo la investigación en tres fases, las primeras de tipo exploratorio y descriptivo que permitió definir un perfil psicosocial, que se confirmó en una segunda fase cualitativa a través de entrevistas y grupos de enfoque, con ambos resultados en la tercera fase (correlacional) se integró una batería de instrumentos, aplicada a dos grupos (uno de casos y otro control) correlacionando el nivel de asociación de las variables y elaborando un modelo de ecuaciones estructurales que explica la asociación de las variables en estudio. Los resultados de las dos primeras fases presentan un perfil del adolescente el cual se estructura de 9 variables, 4 sociales (rechazo parental, apoyo familiar, comunicación familiar y maltrato infantil) y 5 psicológicas (ansiedad, depresión, déficit en habilidades de afrontamiento, impulsividad y baja autoestima); el análisis de medias presentó una diferencia significativa en las variables -depresión, ansiedad y autoestima-, siendo las primeras mayor en casos y -la autoestima- mayor en el grupo control, en las variables sociales -el maltrato infantil y el rechazo parental- presentaron una diferencia significativa en relación a la media, siendo mayor en el grupo de casos en relación al grupo control; respecto a la razón de momios realizada a las variables psicológicas se presentó un mayor riesgo en los grupos de casos en comparación con los grupos controles, por último, el modelo de ecuaciones estructurales identificó 7 factores, 3 de

ellos -el maltrato infantil, la comunicación familiar y el rechazo parental- afectaron de forma indirecta a la variable dependiente, a través de un agregado de variables psicológicas individuales que incluía la depresión, la ansiedad, una baja autoestima y un déficit en habilidades de afrontamiento. Este agregado afectó directamente a la variable dependiente sólo en su faceta de ideación suicida, la cual influyó directamente en las conductas parasuicidas. Se discuten las posibles implicaciones para el trabajo preventivo de este fenómeno en adolescentes.

Palabras Clave: Ideación suicida, Conductas autolesivas, Intento suicida, Adolescencia.

INTRODUCCIÓN

Dentro del marco de la Salud Pública, la atención y prevención en salud mental es tan importante que las políticas que se utilizan en la primera deben considerarse en la segunda. La salud mental se incluye dentro de las tres ideas medulares de lo que se concibe como *salud* en la definición dada por la OMS (1949 cit. en 2004). De acuerdo con la OMS (2009), los problemas relacionados con la Salud Mental van en aumento; en 1990 representaban un 11% de las enfermedades a nivel mundial y se estima que para 2020 aumentarán a 15%. Estas enfermedades y los problemas considerados propios de la edad adulta han suscitado un aumento en la comunidad infantil y juvenil, probablemente por el cambio y el incremento en las actividades en los niños y jóvenes. Estadísticas tomadas de la base de datos de la Unidad de Terapia Infantil (UTI) del Centro de Higiene Mental Carlos Nava Muñoz hacen referencia a lo anterior, y registran un aumento considerable año tras año en la atención a niños y adolescentes con este tipo de problemas (Cohira, A., 2009).

El comportamiento suicida es un referente de estos problemas, un fenómeno multifactorial con tendencia epidemiológica mundial ascendente, y considerado como un problema relevante de salud pública (Gunnell, 2000). La OMS (2009), estimó que en el año 2000, cerca de 1 millón de personas murieron por esta causa, de los cuales, 100,000 fueron adolescentes. Esa organización, considera que, de continuar esta tendencia, más de 1.5 millones de personas al año morirán por este problema (Bertolote y Fleischmann, 2002). Destrjarlais y col. (1995), plantean que el suicidio se encuentra entre las primeras causas de muerte en los países que mantienen su registro estadístico. Es necesario considerar el sub-registro, debido a las dificultades legales y morales que conlleva el registro oficial y que éste sólo se enfoca en el suicidio consumado, dejando de lado otros tipos de comportamiento suicida (González-Forteza y col., 1998). En niños y adolescentes existe una tendencia a desvalorizar su ocurrencia, lo cual, se traduce en registros estadísticos que no reflejan la magnitud real del problema (Mardomingo, 1998; Montenegro y Guajardo, 2000; Marquet, 2008). Aun con lo anterior, se ha observado un

incremento del fenómeno en esta etapa de la vida (OPS, 1998; Larraguibe y col., 2001), y se puede considerar como un problema de salud pública debido a la alta demanda de recursos profesionales y financieros que representa para los sistemas de salud (Huey y col., 2004; Palacios X. y col., 2007).

Las características de este fenómeno, varían de acuerdo a los países, culturas, condiciones socio-económica y circunstancias particulares en que se producen los casos (Bergstrand y Otto, 1962), además, se modifican con el paso del tiempo (Kreitman y Foster, 1991) y la ausencia de criterios estandarizados para recolectar la información y de programas de vigilancia epidemiológica sobre él, hacen más difícil su conocimiento y registro, lo cual incide de forma negativa en su investigación, prevención y tratamiento, limitando la capacidad para medir su impacto en la sociedad (González-Forteza y col., 1998).

Se han realizado distintos estudios en el país para conocer su prevalencia, factores de riesgo y variables asociadas; sin embargo, se requiere de investigación sistemática en todos los ámbitos para mejorar el conocimiento del fenómeno y para instrumentar estrategias eficaces de prevención (Ruíz y col., 2005). Por otra parte, los datos epidemiológicos frecuentemente derivan de encuestas retrospectivas, que consisten en preguntar al sujeto si ha cometido determinado comportamiento suicida, lo cual contiene un sesgo de memoria y el factor disposición del encuestado a proveer la información. Aun así, las investigaciones realizadas permiten contar con un perfil del adolescente con este tipo de comportamientos (González-Forteza y col., 2002).

Lo anterior hace necesario dar un paso adicional para determinar el perfil psicosocial del adolescente con este tipo de comportamientos, partiendo de la identificación y evaluación en una población que ya cuenta con antecedentes de este tipo de comportamientos, la cual fue o es atendida en su problemática, determinar cuáles de estos factores asociados son de riesgo para la presencia de comportamiento suicida y también, para generar un modelo explicativo psicosocial del comportamiento suicida en adolescentes. De tal forma, que se podrían generar estrategias preventivas y de

intervención, no sólo considerando a los adolescentes, sino también a los niños.

El objetivo del presente estudio fue determinar los factores psicosociales asociados al comportamiento suicida (ideación suicida y parasuicidio) en adolescentes de 12 a 17 años a partir del perfil psicosocial de los pacientes atendidos en un centro de atención psicoterapéutico para adolescentes. Por lo cual se propone para este estudio 2 preguntas principales de Investigación: ¿Cuál será el perfil psicosocial de los pacientes adolescentes atendidos por comportamiento suicida en un centro de adolescentes (CA)? y ¿De qué forma están asociados estos factores psicosociales con la variable en estudio?

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Capítulo 1: Adolescencia

La adolescencia, como etapa del desarrollo del ser humano abarca, por lo general, el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual, él sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia y col., 2001); a su vez, la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury y Knobel, 1997), por lo anterior, cuando se habla del concepto, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural (Schock, 1946). Este periodo, es reconocido en casi todas las culturas a nivel mundial y según Coon (1998) está determinado por 4 factores:

1. La dinámica familiar.
2. La experiencia escolar.
3. El marco cultural que ha estructurado el ambiente social para la puesta en práctica de normas y límites.
4. Las condiciones económicas y políticas del momento.

Como tema de investigación, toma importancia a finales del siglo XIX, partiendo de los trabajos de Platón y Aristóteles, quienes plasmaron su interés en lo modificable del comportamiento (Derflinger, 1991). Varios autores como Freud (1917), Gessell (1958) y Bios (1980) otorgaron importancia a los cambios psicológicos presentados en esta periodo, así como a las transformaciones de la personalidad fundamentada a partir de los eventos ocurridos en la infancia, las crisis que presenta, y la búsqueda de la identidad.

Búsqueda de identidad

El proceso de establecer la identidad, para el adolescente, conlleva integrar experiencias del pasado, adaptarse al presente, y tener una visión sobre el futuro, proceso que resulta complicado para el individuo ya que lo anterior se da en conjunto

con los cambios físicos (Aberastury y Knobel, 1997). Presentando constantes fluctuaciones en el estado de ánimo, debido en parte, a la personalidad desarrollada por medio del ambiente familiar y cultural del adolescente (Marcia, 1980). Macmurray (1953), consideró el concepto de identidad negativa, como un componente agresivo destructivo, en el cual individuo que se identifica a figuras negativas puede ser génesis para problemas de tipo psicosocial.

Por lo cual, es necesario para el adolescente, lograr una serie de objetivos imprescindibles en el logro de su identidad, para quedar inserto en la sociedad adulta con una sensación de bienestar, eficacia personal y madurez en todos los procesos de su vida, sin embargo, no existe un acuerdo general en cuanto al orden de adquisición de dichos objetivos, lo anterior, debido a las diferencia entre individuos; el lograr estos objetivos, prepara el terreno para que el individuo adquiera las habilidades de afrontamiento necesarias para funcionar en el entorno social que le rodea (Marcia, 1993).

Etapas de la adolescencia

Adolescencia temprana. Inicia en la pubertad (entre los 10 y 12 años), se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él, una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual, constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Estos cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”; agregado a lo anterior, se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la presencia del padre, madre o tutor), se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa, ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig, 1997;

Delval, 2000; Papalia y col., 2001).

Adolescencia intermedia. Inicia entre los 14 y 15 años. En este periodo, se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia y col., 2001).

Adolescencia tardía. Inicia entre los 17 y 18 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia y col., 2001).

Desarrollo

Desarrollo físico. El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual, en muchos casos, este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí, la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones, para un adecuado ajuste emocional y psicológico (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia y col., 2001).

Desarrollo psicológico. Los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades vívidas día a día, lo anterior, da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así, como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia y col., 2001). El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la contradecir, sino la de anticiparse e interpretar la experiencia (Piaget, 1984).

Mussen y col. (1982), definen estos cambios psicológicos de forma gradual, más allá de operaciones formales de pensamiento, se alcanza la independencia respecto a la familia, y hay una mejor adaptación a la madurez sexual, además de establecerse relaciones viables y de cooperación con sus pares. Su vida toma rumbo y se adquiere el sentido de identidad, de tal forma, que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto: la independencia y la autonomía.

Desarrollo emocional. Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos, ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. El desarrollo emocional, además, está influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia y col., 2001).

Desarrollo social. En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se denomina socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Brukner, 1975). El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes (Rice, 2000):

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de su misma edad, lo anterior, está muy ligado a la dinámica familiar que él adolescente presente, ya que si el menor cuenta con un buena dinámica familiar y buena comunicación con sus padres, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes, de igual forma, aceptará las opiniones de los padres por encima de sus compañeros, por lo menos en algunas áreas (Rice, 2000). En relación de pertenecer a un grupo social, se convierte en un asunto de importancia en esta etapa, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir intereses comunes (Rice, 2000). Esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual, al ser rechazado por los demás, se convierte en un grave problema; de tal forma, la meta es ser aceptado por los

miembros de una pandilla o de un grupo al que admiran. Como consecuencia, este grupo les ayudara a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un auto-concepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante (Rice, 2000).

Adolescencia normal

Etiquetar a un adolescente como “normal” es una tarea complicada, debido a la subjetividad de la misma, y a que se necesita un proceso de razonamiento que, en numerosas ocasiones, no queda libre de la influencia del ambiente que rodea al adolescente. De esta manera, lo que se busca establecer como “normal” son los procesos psicológicos y patrones de conducta del adolescente, los cuales señalan su carácter adaptativo. Esto implica, que los adolescentes etiquetados como “normales” en cualquier cultura o sociedad, son aquellos que piensan, hacen cosas, sienten y proceden como sus pares en el afán de realizar las tareas que les ayudarán a adaptarse biopsicosocialmente en las diferentes etapas de su desarrollo (Dulanto, 2000).

Para llegar a esta conclusión, se debe entender y aceptar, que el adolescente se encuentra en una etapa de búsqueda, la que produce ansiedad, inseguridad, soledad e inestabilidad. Dicha inestabilidad, genera diferentes conductas que pueden ser vistas o calificadas como normales. Esas conductas, a su vez, no necesariamente dañan al adolescente, sino que lo motivan a seguir buscando opciones, formas de ser y soluciones, ayudándole a encontrar nuevos esquemas de funcionamiento personal y social (Dulanto, 2000).

Se puede ubicar a un adolescente dentro de los parámetros normales, siempre y cuando, su conducta adaptativa domine su acción, de tal forma que cuando el menor se encuentre estable y pase subsecuentemente a un periodo de inestabilidad, éste se recupere sin necesidad de ninguna intervención, provista ya sea por algún adulto o terapeuta.

Dulanto (2000) concluye, que los adolescentes normales presentan conductas que

manifiestan una abierta confianza en sí mismos, establecen buenas relaciones con sus pares, son leales en las relaciones afectivas, pero también exhiben la habilidad para “prenderse” y “desprenderse” de los padres, compañeros y amigos con asombrosa rapidez y sin sentir angustia. La “normalidad” en este proceder consiste en la capacidad de adaptación al grupo y el vivir en armonía con la mayoría de los pares, en lugar de crear conflictos. De manera que el adolescente adquiera y desarrolle una autoestima que le proporcione confianza para desplegar conductas seguras y participativas, tanto con la familia como la sociedad.

Problemas de la adolescencia

El grado de anormalidad en las conductas de los adolescentes, es una función de los daños que éstas puedan ocasionar tanto a la sociedad como a él/ella mismo(a). Los jóvenes que son incapaces de abordar de una forma adecuada los problemas que se les presentan posiblemente padecen un trastorno. Uno de los mayores problemas que enfrentan los adolescentes y que tienen que resolver continuamente es el aislamiento, el cual se presenta en mayor prevalencia en los varones, probablemente porque es más difícil para ellos expresar sus sentimientos (Rice, 2000). Los adolescentes padecen soledad por diversas razones. Algunos presentan problemas para relacionarse, otros tienen dificultades para mostrar una conducta adecuada y para aprender cómo comportarse o adaptarse a situaciones diversas; algunos padecen baja autoestima y se sienten muy vulnerables a la crítica, anticipan el rechazo evitando las situaciones que podrían provocarles vergüenza (Rice, 2000).

Otro problema es el estrés, y las pocas habilidades para enfrentarlo, lo cual puede ocasionar patologías como depresión, empujamiento, rebeldía, drogadicción o comportamiento suicida. Éstos, pueden ocasionar consecuencias graves y suelen ocurrir en combinación con otros problemas, como los desórdenes de nutrición y la agresividad. La depresión, está vinculada a la forma negativa y pesimista de interpretar los fracasos, y afecta en gran medida a la conducta del adolescente, manifestando su estado de ánimo al exterior, lo que propicia un rechazo social (Myers, 2000).

Algunos adolescentes se avergüenzan con facilidad y sienten ansiedad al pensar que están siendo evaluados. Ante esta situación, la tendencia natural es protegerse a sí mismos: hablar menos, evitar los temas que revelen ignorancia y controlar las emociones. La timidez, es una forma de ansiedad social, que está constituida por la inhibición y la preocupación por lo que los demás puedan pensar. Lo anterior, somete al adolescente a situaciones de estrés, el cual afecta el sistema inmunológico, dejándolo vulnerable, además de producir desesperanza y con ello reforzar la conducta depresiva (Myers, 2000).

En relación a la muerte, los adolescentes no piensan mucho a menos que se haya enfrentado a la misma (Papalia y col., 2001), siendo que en su preocupación de descubrir su identidad, se enfocarán más sobre el cómo viven más que de cuanto vivirán, sin embargo, el suicidio consumado es la tercera causa de muerte en adolescentes en la etapa tardía, siendo los varones quienes presentan un riesgo 5 veces mayor que las mujeres, estos jóvenes tienen un antecedente relacionado a la depresión, trastornos adictivos, comportamiento antisocial o personalidad inestable, además de antecedentes familiares en relación a la conducta, siendo la baja autoestima, el pobre control de impulsos, la poca tolerancia a la frustración y la ansiedad, trastornos que se asocian al problema (Papalia y col., 2001), en relación a la familia el alejamiento de los padres, el maltrato y rechazo de la familia (Papalia y col., 2001).

El adolescente se vuelve vulnerable a trastornos diversos; trastornos que experimentarán con el tiempo, pero que podrán ser resueltos si la adolescencia se vive dentro de la normalidad y de aquí la importancia de que esta etapa se encuadre en un proceso e ir consiguiendo en cada momento, una adecuada adaptación en su ambiente, logrando tanto una estabilidad emocional, como una integración de su persona a la vida social.

Capítulo 2: Comportamiento suicida

En 1897, Durkheim realizó la primera investigación sociológica de este fenómeno, que como resultado, estableció una relación inversamente proporcional entre la tasa de suicidio y el grado de integración de los grupos sociales, proponiendo la existencia de cuatro tipos de suicidio: egoísta, anómico, altruista y fatalista; definiendo al suicidio en términos de un acto personal, propositivo y consciente, mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su propia vida (Durkheim, 1897).

A partir de esta conceptualización, se generó un cambio respecto a la perspectiva que se tenía de este fenómeno, ya que se le otorgó importancia a los elementos contextuales que rodean al individuo y se comenzó a atender los motivos subyacentes. Con esto, se sentó las bases para que el problema fuera abordado e investigado desde distintos enfoques, considerando este problema de salud como un fenómeno complejo que incluye factores neurobiológicos (Guiao y Esparza, 1995; Harris y Lennings, 1995), familiares, (Steinhausen y Winckler, 2004; Cubillas y col., 2006), genéticos (Fu y col., 2002), psicológicos (Andrade Palos y col., 2003), sociales (Durkheim, 1897) y culturales (Leslie y col., 2000); observándose, que estas conductas tienen un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis y abarcan comportamientos que van desde la ideación suicida, conductas auto-lesivas pasando por el intento suicida y terminando en el acto consumado (Fernández, 2002).

Partiendo del concepto de comportamiento que plantea Watson (1924), que sostiene que comportarse implica actividad o pasividad, el comportamiento suicida no solamente se define en cuanto a las acciones activas del sujeto, sino también, aquellas de tipo pasivo, por lo que en el abordaje de este problema, es necesario hacer una diferencia entre el comportamiento suicida y el suicidio consumado como tal; para la OMS (2009), el comportamiento suicida es toda acción donde el individuo se cause daño a sí mismo, independiente del grado de letalidad, y de que se conozca o no, los motivos subyacentes; por lo que, cuando se hace referencia al comportamiento suicida, no sólo se trata la conducta consumada como tal, también forma parte principalmente: el intento suicida, la

ideación suicida y las conductas auto-lesivas (Durkheim, 1897; Beck y col., 1976; Diekstra 1985; Arlaes y col., 1997; Casullo y col., 2000). En esta definición del comportamiento suicida se pueden identificar tres características básicas de este tipo de comportamiento:

1. La auto-agresión.
2. El carácter activo o pasivo del comportamiento.
3. El objetivo del comportamiento suicida.

Casullo y col. (2000), afirman, que este problema comprende conductas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores, hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Haciendo referencia a comportamientos deliberados, sin intención de finalizar con la muerte, pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta. El suicidio consumado no es más que un punto de todo un proceso, la culminación de toda una serie de comportamientos encadenados, llevados a cabo en función de la ideación suicida de la persona y de su intencionalidad suicida (Bobes y col., 2004)

Se habla de ideación suicida cuando una persona persistentemente piensa, planea o desea cometer el suicidio (Beck y col., 1985). La organización de la intencionalidad según Ringel (1989 cit. en Casullo y col., 2000), presenta un proceso de ideación suicida que denominó “síndrome pre-suicida”, dicho síndrome se caracteriza por el estrechamiento y la reducción de la vida cognitiva del sujeto, como por la inhibición de impulso agresivos, por los deseos de muerte y fantasías de autodestrucción, todos ellos consecutivos.

Otro aspecto importante de resaltar al momento de definir el comportamiento suicida, es su independencia frente al objetivo de conseguir la muerte, lo cual quiere decir, que no importa si el individuo consigue quitarse la vida o no, ni tampoco la letalidad del método utilizado para realizarlo; Castañeda (2003), afirma, que en ocasiones la conducta suicida no tiene como objetivo causar la muerte, sino más bien, es un medio de comunicación o expresión de emociones o sentimientos como rabia, cólera

o frustración ante situaciones conflictivas; en otras instancias los objetivos son llamar la atención, acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad. (Gould, y col., 1998; González-Forteza y col., 2002).

De igual forma, en los comportamientos suicidas, es necesario diferenciar aquellas conductas mortales y no mortales, de acuerdo con el resultado de la misma (OPS, 1998). Las conductas suicidas no mortales han sido llamadas parasuicidas, las cuales, implican comportamientos aparentemente dirigidos a quitarse la propia vida, pero que realmente están motivados por una intención manipuladora, o en ocasiones de placer (Casullo y col., 2000). Pese a ello, estas conductas pueden causar daños significativos en el propio sujeto que las ejecuta.

Factores de riesgo implícitos

Frente a los factores de riesgo implícitos, Arlaes y col. (1998), afirman, que este hecho de causa multifactorial e interactivo entre variables, evidencia las fallas en el mecanismo de adaptación del sujeto, el cual, es causado por situaciones estresantes que activan respuestas conductuales, fisiológicas y cognitivas lo cual pone a la luz estados de tensión emocional prolongados.

Es por ello, que se hace necesaria la identificación de los factores que causan ese desajuste en la adaptación del sujeto. Para Fernández (2002), los factores de riesgo constituyen situaciones, condiciones o eventos que en conjunto, pueden aumentar la probabilidad de que una persona emita conductas voluntarias y consientes dirigidas a causarse la muerte; la identificación y análisis de estos factores permite tener cierto grado de predicción de los posibles comportamientos suicidas de un sujeto, lo cual, es básico para el diseño e implementación de estrategias de prevención e intervención.

Se puede establecer, que el comportamiento suicida, no es una conducta aleatoria y desde las primeras descripciones científicas de la misma, se observó que hasta cierto punto se puede predecir; por lo tanto, conocer los factores implícitos, es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo, con lo anterior se refiere a la

predisposición a ejecutar algún tipo de comportamiento suicida, independiente de que esté presente en el sujeto algún tipo de psicopatología; es importante resaltar la naturaleza de los factores individuales frente a la presentación de la conducta suicida, por lo que para algunos individuos determinado factor es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno (García y Peralta, 2002).

Factores psicológicos. Al comportamiento suicida frecuentemente se le asocia con tres problemas importantes: el déficit en habilidades de afrontamiento, la depresión y la baja autoestima (Sidley, 2001).

Cuando una situación estresante se suma a mecanismos de afrontamiento inadecuados, puede prevalecer la conducta suicida (Orbach y col., 1987; Villardón, 1993), por lo tanto, es importante reconocer que la incapacidad para generar alternativas de afrontamiento positivas se convierte en un factor precipitante en la presencia de estas conductas en el individuo (Rossello y Berrios, 2004; Gould y col., 2003).

La autoestima, es una variable compleja, que involucra otras variables como la auto-culpa y la autocrítica; presentando dos facetas, por una parte, desorganiza el auto-concepto, lo que produce la desesperanza y esta a su vez se relaciona con la ideación y el intento suicida, sin embargo, los estudios también han demostrado que una adecuada autoestima es un factor de protección contra conductas de ideación e intento suicida (Vallejo, 2006; Reyes, 2008).

La depresión, como trastorno o no, es el factor más prevalente entre adolescentes víctimas de suicidio, oscilando entre 49 y 64% de los casos (Gould y col., 2003). Este desorden, es más probable en las víctimas de sexo femenino que en las de sexo masculino. “Los niños deprimidos”, pueden manifestar según su nivel de desarrollo el deseo de no estar más, de irse o desaparecer, o claramente (desde alrededor de los 10 años) la idea de querer morir, esto puede estar limitado a un pensamiento aislado o reiterado, o a una planificación más concreta, y eventualmente, a un intento de suicidio (Valdivia, 2002).

En relación a la ansiedad cerca del 20% de los pacientes con un trastorno de crisis de ansiedad y fobia social, ejecutan intentos de suicidio infructuosos. Si se asocia además con la depresión, entonces, aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado (Lecrubier, 2001). Khan y col. (2002), confirman esta teoría.

Al igual, el riesgo de que se ejecuten estos comportamientos, aumenta cuando el sujeto vive una pérdida de un objeto querido o cuando se experimentan afectos abrumadores de furia o culpa (Teraiza y Meza, 2009).

Factores sociales. Durkheim (1897), afirmó que este tipo comportamiento refleja la relación de la persona consigo misma y con su comunidad. Al estudiar el suicidio, utilizó una clasificación etiológica en lugar de morfológica, porque de esta forma se conoce mejor la naturaleza de la conducta. Es así, para entender las causas individuales de la problemática, se recurre al contexto social del individuo las cuales influyen en las actitudes del individuo en relación a su concepto de vida y muerte.

Múltiples estudios (Steinhausen y Winckler, 2004; Cubillas y col., 2006; Monge y col., 2007), coinciden en señalar el importante papel que juegan las conductas suicidas en relación con la dinámica familiar como factor de riesgo. Se ha observado, que en ocasiones, sobre todo en adolescentes, el suicidio de un miembro de la familia da lugar a mecanismos de identificación y sugestión, dando lugar a la imitación de la conducta suicida con cierta frecuencia (González – Forteza y col., 1997).

Gould y col. (2003), en su investigación sobre factores psicosociales asociados a suicidio consumado en una muestra de 120 jóvenes menores de 20 años, comparados con un grupo control, hallaron que el factor familiar tuvo una influencia sobre el riesgo suicida comparable a la ejercida por los trastornos mentales. Las relaciones familiares dañadas, están asociadas con un aumento en el riesgo de suicidio y de intentos suicidas entre los jóvenes. Por otra parte, factores precipitantes suelen superponerse a situaciones desfavorables del ambiente familiar, que por lo general son de larga historia (Gould y col., 2003). Al no encontrar el adolescente apoyo en su familia, siente hostilidad y

rechazo, percibe desinterés por sus problemas y críticas a sus comportamientos. Esta frustración se transforma en violencia hacia sí mismo y lo lleva a la ruptura de los vínculos familiares (Ulloa, 1994). Del mismo modo, Almonte (2003), señala que los niños y/o adolescentes que intentan suicidarse suelen proceder de familias que se caracterizan por la falta de empatía, escaso compromiso y que además presentan dificultades en el funcionamiento de los distintos subsistemas que la conforman. La relación fraternal se caracteriza por la falta de solidaridad e individualismo (Almonte, 2003).

Los malos tratos en la infancia, han sido asociados al suicidio en adultos (Brzozowska, 2004), e incluso, la gravedad del maltrato infantil, puede ser un determinante de la edad en que se lleva a cabo la primera tentativa suicida y de la cantidad de tentativas; es decir, si la frecuencia o severidad del maltrato infantil del que se hizo víctima a un menor fueron elevados, la probabilidad de que el primer intento suicida tenga lugar antes de los 20 años se incrementa notablemente (Dube y col., 2001). Roy (2004), especificó, que en adolescentes, también existe una correlación entre la experiencia de maltrato, tanto físico como emocional y la tendencia a presentar conductas suicidas; Paramo y Chávez (2007), concluyeron en su estudio, que un importante porcentaje de menores que cometieron suicidio fueron también víctimas de algún tipo de maltrato infantil, entre los que destacan el maltrato físico y el maltrato sexual, sin dejar de lado el componente emocional.

Factores psicopatológicos. Aun cuando el comportamiento suicida es un fenómeno epidemiológico a nivel mundial, no aparece en el glosario de la American Psychiatric Association y no es considerado como un trastorno mental tanto para el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud) como para el DSM-IV-TR (Asociación Psiquiátrica Americana). Sin embargo, en cada ejemplo de comportamiento suicida se puede encontrar antecedentes de diagnósticos del DSM-IV-TR o del CIE 10 muy diversas. Algunas de ellas tendrán una definición ajustada a trastorno en las categorías correspondientes a los ejes I (Trastorno clínico), II (Trastorno de personalidad o retraso

mental) y III (Enfermedades médicas), pero será dentro del eje IV del DSM-IV (Problemas psicosociales y ambientales) y en el capítulo XXI del CIE 10 (Factores que tienen una influencia en el estado de salud), donde encontraremos las claves de mayor trascendencia.

Las autopsias psicológicas y biomédicas, relacionan fuertemente el comportamiento suicida con algún tipo de trastorno psiquiátrico (Harris, 1997). A esto, se suma que en estudios, el 90% de los suicidios consumados tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio (Harris, 1997); por lo que el diagnóstico debe ser realizado con cuidado, ya que en muchos casos, el riesgo mayor de presentar estos comportamientos se da en las fases tempranas del trastorno o en los primeros 6 meses de alta de un ingreso hospitalario de tipo psiquiátrico; cuando el individuo se encuentra en estado aparentemente normal (King, 2001).

Factores neurobiológicos. Actualmente, es más frecuente que se consideren los marcadores biológicos como ayuda para la identificación de pacientes en riesgo de comportamiento suicida.

Desde este enfoque, se ha puesto en manifiesto, que la serotonina es un factor clave para la vulnerabilidad hacia estas conductas. Estudios, han detectado niveles bajos de un metabolito de serotonina, el 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético) en el líquido cefalorraquídeo en individuos con potencial riesgo de suicidio (Teraiza y Meza, 2009). Otros estudios, trataron de encontrar asociación entre el comportamiento suicida y algunos marcadores biológicos como la serotonina 5-HT y el 5HIAA (ácido 5-hidroxiindolacético) (Oquendo y col. 2004). De igual forma, se trató de encontrar una relación entre los sistemas neurológicos, su actividad y el comportamiento suicida, un ejemplo, es la excesiva actividad del sistema noradrenérgico, (Van Heeringen, 2003), la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (Gmitrovicz y Kolodziej-Maciejewska, 2001) la hipo colesterolemia con altos niveles de cortisol sérico (Veveva, 2006).

Factores genéticos. Aunque no existe una evidencia explícita de que los comportamientos suicidas estén relacionados a factores genéticos, debido a que la detección de genes responsables se tornó más difícil de lo que se pensaba, sin embargo, se han hecho estudios familiares, en gemelos y familias con hijos adoptivos comprobándose la influencia de la herencia poligénica, a su vez que el riesgo de presentar estas conductas es mayor cuando el sujeto tiene antecedentes familiares de suicidio (Fu y col., 2002).

Wiillour y col., 2007, afirman que la vulnerabilidad o tendencia hacia estos comportamientos se decide en una zona del cromosoma 2. Basando en parte, en las alteraciones de los neurotransmisores y sus receptores, Arango y col. 2003, trataron de identificar los genes candidatos potenciales etiológicos de importancia entre los que se encuentran los siguientes polimorfismos genéticos asociados a las alteraciones serotoninérgicas, descritas entre ellos esta A779C, 5-HTTLPR alelo, G861C, la sustitución C129T y el T102C. Aunque como se observa, hay evidencia de factores genéticos que contribuyen al aumento del riesgo de estos comportamientos, lo anterior, no se puede traducir en que la conducta suicida es inevitable para los individuos con historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más proclives.

Tomando en cuenta las condiciones anteriores, el abordaje que dado al comportamiento suicida debe ser de tipo multifactorial (Mondragón y col., 1998). Aunque tradicionalmente, se ha considerado como una expresión de conflictos mentales presentes y de larga duración, como la depresión, en múltiples ocasiones el comportamiento suicida no está relacionado con patologías neuropsicológicas declaradas, y su latencia es más bien corta (Borges y col., 1994). Así mismo, para una mejor evaluación e investigación del problema, de por sí complejo, se requiere de la integración de diferentes perspectivas.

Modelos, teorías predictivas y explicativas del comportamiento suicida

Farberow y Shneidman (1994), refieren acerca de la dificultad de hablar de una psicología del suicidio, aun cuando el ser humano tiene una predisposición a ejecutar

conductas de autodestrucción, las cuales varían de individuo a individuo e imposibilitan que se observe este problema desde un solo enfoque; según O'Carroll y col. (1996), el problema de establecer un paradigma relacionado al suicidio, es que carece de una amplia aceptación en relación al enfoque literario, además de la descripción o explicación de los resultados existentes.

Cuando se establece un modelo del comportamiento suicida, regularmente se toma en cuenta un análisis forense de los suicidios consumados, por lo que es importante resaltar el hecho de que el comportamiento suicida representa un continuo y que todas las conductas están relacionadas de alguna manera entre sí, en el caso de los suicidios consumados la mayor parte de las situaciones vienen precedidas por intentos previos fallidos (Borges y col. 2010), a decir de Van Heringer (2003) este proceso suicida inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados, ahora bien, la supuesta diferencia entre las personas que ejecutan un comportamiento suicida no letal a las que logran un suicidio consumado es aun debatida por los investigadores (Robins, 1989), ya que para algunos el intento de suicidio es un síntoma de otro tipo de problemas más que un predictor de un posible suicidio consumado, sin embargo, según Morande y Carrera (1985), no se debe de descartar cualquier comportamiento por pequeño que sea y restarle importancia.

Datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1998), basados en encuestas realizadas entre jóvenes, muestran que hasta 50% de ellos manifestaron haberse sentido alguna vez tan deprimidos que se preguntaban si valía la pena seguir viviendo. De ese 50%, el 63% intentaron suicidarse y de ese porcentaje el 50% consumó el acto.

Se presentan a continuación los modelos que respaldan el trabajo en cuestión.

Modelo arquitectónico de Mack. (1986), está basado en el estudio del suicidio consumado en jóvenes y consta de varios elementos:

1. El primer elemento es el macrocosmos, que es la influencia que ejerce la cultura, la actividad económica, los factores sociopolíticos y el sistema educativo.
2. El segundo elemento hace referencia a la vulnerabilidad biológica o factores genéticos.
3. El tercero son las experiencias tempranas que tienen influencia sobre etapas tempranas del desarrollo.
4. El cuarto elemento se menciona la organización de la personalidad, la autoestima.
5. El quinto destaca las relaciones del individuo, que incluye a los padres, el grado de separación, identificaciones, lazos con otros adultos y relaciones con los amigos.
6. Otro elemento fundamental es la psicopatología, que establece la existencia de cuadros depresivos y alcoholismo.
7. La ontogenia, en la relación existente entre el desarrollo y la muerte.
8. Por último las circunstancias vitales, como factores precipitantes tanto biológicos como socio-familiares.

Modelo teórico del cubo suicida de Shneidman. (1976, cit en Leenars 2010) Shneidman postuló una teoría psicológica acerca del suicidio, donde señala 4 constructos relacionadas a la presencia de los comportamientos suicidas: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. El primer constructo hace referencia a la hostilidad hacia sí mismo que, en los momentos previos al suicidio, se ve aumentada. La perturbación hace referencia a estados emocionales negativos y la forma en que estos influyen en las conductas del individuo. El tercer constructo es la constricción, el cual reúne ciertas características cognitivas, como la imposibilidad de la persona de percibir todos los aspectos de la realidad, de modo que solo hace conscientes los aspectos negativos (visión de túnel) y el pensamiento dicotómico. Cuando el estado psicológico

de una persona se caracteriza por una alta hostilidad hacia sí mismo, una elevada perturbación y constricción, la potencialidad suicida es alta. Es entonces cuando la ideación suicida se presenta como una posible solución, lo que constituye el cuarto constructo denominado cese. Posteriormente, Shneidman (1988, cit. en Leenaars, 2010) completa su teoría y presenta características comunes a todo comportamiento suicida. Estas son:

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución.
2. El objetivo común es el cese de la conciencia del contenido insufrible de la mente.
3. La tercera característica se dirige al estímulo común que es el dolor psicológico intolerable.
4. El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
5. La emoción común en el suicidio es la indefensión - desesperanza.
6. El estado cognitivo común es la ambivalencia.
7. El estado perceptual común en el suicidio es la constricción.
8. La acción común es el escape.
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
10. El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Shneidman (1988, cit. en Leenaars, 2010), se enfoca principalmente en relacionar constructos psicológicos como el dolor y la perturbación, con la presión ejercida sobre el ambiente, de tal forma, que da pie para un modelo teórico representado por el “cubo suicida” en el que el suicidio se sitúa en la concatenación del dolor y la perturbación máxima con una elevada presión ambiental negativa. El modelo cúbico del suicidio supone un enriquecimiento de la perspectiva psicológica pura con las aportaciones de las orientaciones sociológicas y se enlaza con los modelos psicosociales explicativos del suicidio.

Teoría de la desesperanza aprendida de Seligman. (1975). Se fundamenta en el concepto de percepción, haciendo referencia a las consecuencias de percibir una falta de correlación entre los objetivos propuestos y los objetivos logrados, lo cual, provoca sensaciones de impotencia y falta de control. Esto da como resultado tres déficit en el individuo: 1) a nivel motivación, 2) a nivel cognitivo y 3) a nivel emocional, lo cual, se manifiesta a través de un trastorno depresivo en el ser humano (Clemente y González, 1999). Presentando una relación particular del sujeto con su medio y a su vez el estilo de desarrollo que genera ante el mismo, como ser social, de tal forma que el desligamiento de este desarrollo entre el sujeto y su medio social se traduce en apatía, desmotivación y desesperanza, lo que a su vez condiciona su conducta (Quintanilla y col., 2003).

Teoría de los constructos personales de Kelly. (1955) Parte del concepto de adaptación, haciendo referencia de que todo individuo tiene una forma diferente y particular de adaptarse a su medio, esto en función del desarrollo cognitivo que tenga el sujeto, lo cual posibilita al individuo para adaptarse o no al medio de acuerdo a su manera de procesar las experiencias; con fundamento en que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta condición, la que orienta y modifica la conducta. De tal forma que el comportamiento suicida se presenta como una forma de indefensión que puede aceptar o rechazar la definición de la vida. Según Kelly (1955), el individuo que manifiesta estas conductas, parte de la “visión de túnel”, y decide no aferrarse ni continuar con la vida, pues siente que esta no le permite participar de la manera y el agrado, congruente con sus expectativas y necesidades (Hoyos, 2005).

Teoría cognitiva del suicidio de Beck. (Beck y col., 1983) El concepto de Beck parte desde el enfoque de la terapia racional emotiva, el cual hace referencia al comportamiento suicida y su relación con la depresión, en ella el individuo crea categorías mentales en función de experiencias vividas, las cuales estructuran y orientan

la conducta del sujeto, por lo cual, si esta conducta es desadaptada, el individuo percibe una imagen distorsionada de la realidad, conceptualizaciones que se implementan como puntos de vista negativos sobre sí mismo, su entorno y el futuro.

Capítulo 3: Comportamiento suicida y adolescencia

La OMS (2001), reportó que en el año 2000, entre 10 y 20 millones de personas realizaron este tipo de comportamientos, consumándose un poco más de 500, 000, de igual forma la OMS (2009) hizo referencia que al día 3000 personas logran suicidarse, y que de cada suicidio consumado hay 20 o más que lo intentaron, pensaron o se autolesionaron, esto es alarmante porque anteriormente se tenían considerado que por cada suicidio consumado, ocho personas lo pensaron, planearon o intentaron llevarlo a cabo según Madrigal y col. (2004), cifra que a 6 años se ha visto aumentada. La OMS (2009), estima, que para el año 2020, según las tendencias actuales, aproximadamente entre 15 y 30 millones de personas cometerán este tipo de comportamientos; lo cual supone que cada 1 a 2 segundos, se comete algún tipo de comportamiento suicida (González Forteza y Jiménez, 2003).

La prevalencia de este problema en la etapa de la adolescencia se ha observado críticamente en ascenso, por lo cual, se considera como un problema relevante de salud pública (Gunnell, 2000; Larraguibel y col., 2001), a pesar de las grandes dificultades para el registro fiable de los suicidios consumados en casi todos los países, ya sea por prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales; expertos, consideran que las tasas son superiores a lo que los que resultan de los casos notificados (Palacios X y col., 2007). Históricamente, ha existido una tendencia a minorizarlas, e incluso, a negar su ocurrencia, lo cual se ha traducido en registros estadísticos que no reflejan la magnitud real de esta problemática (Mardomingo, 1998; Montenegro y Guajardo, 2000).

La investigación de la relación entre esta etapa del desarrollo y la presencia de comportamientos suicidas se ha realizado a nivel internacional encontrándose diversas variables relacionadas.

Nrugham y col., (2008), realizaron un estudio longitudinal con estudiantes noruegos cuya media de edad fue de 13.7 años y que padecían niveles altos de depresión; se hizo seguimiento al año y 5 años respectivamente, mostrando los resultados que esta patología en edades tempranas, es predictora de comportamientos suicidas entre los 15 y 20 años.

Reinherz y col. (2006), investigaron en una población caucásica la presencia de estos comportamientos, y destacaron una fuerte relación entre ideación suicida a los 15 años y mayores tasas de depresión, ideación suicida y problemas de comportamiento, e ideación suicida y de capacidades bajas de afrontamiento. Los jóvenes con ideación suicida a la edad de 15 años presentaron menor nivel de autoestima, menor capacidad para hacer frente a situaciones difíciles, y mayor necesidad de apoyo social. Sean y col. (2006), observaron estos comportamientos en la población afroamericana joven, e informaron una prevalencia de 11.7% para la ideación suicida. De este porcentaje, el 34.6% había realizado un plan y el 21% llevó a cabo un intento no planificado. El mayor riesgo de cometer suicidio o intento de planificación se produjo en el primer año después de presentar la ideación. Hidaka y col., (2008), realizaron un estudio en Japón en una muestra de 2095 jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, la razón de género fue de 2:1 de mujeres a hombres y los factores encontrados variaban a razón del género, sin embargo, se coincide en que el bullying presentado en escuelas, es factor de riesgo en ambos géneros para la presencia de comportamientos suicidas.

Hardt y col. (2008), en Canadá, observaron la presencia de factores como la separación de padres, la violencia doméstica en la infancia, como predictores de la presencia de comportamientos suicidas en una muestra de 575 adolescentes. En un estudio longitudinal hecho en Grecia, en el periodo 1998 a 2008, Vougiouklakis y col. (2009), trabajaron en individuos menores de 24 años, encontrando que en ese país la tasa de comportamientos suicidas era menor al de la media resto de Europa, llegando a la conclusión, de que el estilo de vida en Grecia es más tradicional y las familias presentan mayor cohesión que en el resto del continente. Otro estudio realizado en Suecia, encontró que las características de la familia del adolescente, es un factor tanto de riesgo

como protección para la presencia de estos comportamientos (Mittendorfer-Rutz y col., 2008).

En Corea del Sur, se identificaron 5 factores de riesgo en la presencia de comportamiento suicida en adolescentes de 13 a 18 años, entre los que se encontraban la pobre relación con los padres, y la depresión en los padres, además de encontrar una menor tasa de intentos de suicidio en adolescentes que pertenecen a grupos de delincuencia o pandillas a razón de grupos de estudiantes que no pertenecen a estos grupos de pares (Soo Kim y Sil Kim, 2008). Otro estudio realizado en Holanda, demuestra una relación muy fuerte entre la percepción de vida del adolescente con los comportamientos suicidas (Valois y col., 2004).

En los Estados Unidos, el suicidio entre los adolescentes de 15 a 24 años tuvo un incremento de más del 100% entre 1950 y 1980, mientras que la tasa general de suicidio para toda la población cambió muy poco desde 1950. De 1960 a 1988, la tasa de suicidio se incrementó de 5.2 a 13.2 para el grupo de 15 a 24 años. Para la población masculina de edad entre los 15-24 años, la tasa de suicidio fue de 3.0 en el periodo de 1950 a 1954 y de 11.9 en el periodo de 1985-1989, para la población femenina, ésta fue de 1.0 y 2.4, en el mismo lapso (Deyken y Buka, 1994). En los últimos años la tasa de suicidios en jóvenes de 15 a 24 años es de 12.1 por cada 100, 000 habitantes y es considerada la tercera causa de muerte entre los jóvenes (U.S. Public Health Service, 2009).

Diversos estudios han identificado factores relacionados con la presencia de estos comportamientos, Liu (2005), hace una relación entre la presencia de amigos con intentos de suicidio y el riesgo de presentar estas conductas por parte del adolescentes, a manera de réplica o de pertenencia al grupo, resultados que fueron similares tanto en grupos de mujeres como de hombres. Townsend (2006), refiere como factor clave el auto concepto del adolescente como un fuerte predictor de este tipo de comportamientos. Compton y col. (2005), encontraron en una muestra de afroamericanos una relación entre la disfunción familiar, la depresión y la presencia de comportamientos suicidas.

En relación al comportamiento suicida en la población hispana que vive en los

Estados Unidos, Vega y col. (1993), describen la conducta suicida en jóvenes hispanos de Miami, observando que el 17.3% de los cubano-americanos, el 16.5% de los nicaragüenses y el 17.8% de otros hispanos, reportaron ideación suicida. En el mismo orden étnico, el 8.5%, el 8.3% y el 9%, reportó prevalencia de por vida de intentos de suicidio. En el trabajo de Swanson y col. (1992), hicieron una comparación entre la prevalencia de estas conductas en la frontera en adolescentes hispanos, reportando que el 23.43% de los jóvenes de Texas manifestó contar con pensamientos de suicidio, mientras que el 11.57% de los jóvenes de Tamaulipas presentó conductas similares.

En México, estos comportamientos se han incrementado en las últimas décadas (Mondragón y col., 2001), sin embargo, en nuestro país el suicidio no es considerado como una causa no natural de muerte, sino es entendida como una muerte prematura (Hijar y col., 1996). Encontrándose una diferencia de género significativa, de tal forma, que la incidencia de intentos suicidas es mayor en las mujeres a razón de 3:1 (Berenzon y col., 2000; González-Forteza y Jiménez, 2003), pero la conducta consumada como tal es mayor en hombres a razón de 3:1 (INEGI, 2007, 2008, 2009).

Las tasas de incidencia en comportamiento suicida en adolescentes en México no son de las más altas en comparación con otros países, no obstante, no deja de ser un problema importante (Borges y col., 1994; Hijar y col., 1996; Mondragón y col., 2001). El suicidio, es la cuarta causa de muerte en la población mexicana de 15 a 25 años, y comparando estadísticas de 1995 a 2007 esta aumentó en casi 100% (SSA, 2008); a pesar de las discrepancias y deficiencias de las diferentes fuentes de información al igual que del subregistro de las estadísticas oficiales, se ha identificado al grupo poblacional de 15 a 24 años residente de zonas urbanas como el de mayor riesgo de presentar estas conductas (Borges y col., 1994), si además, se considera que entre el 2000 y el 2020 el grupo de edad más grande de la población mexicana será el de 10 a 19 años (INEGI, 2000), entonces el problema adquiere una mayor relevancia (González-Forteza y Jiménez, 2003).

De acuerdo con INEGI (2004), el incremento porcentual de suicidio es de 142.7 por

ciento en hombres y 68.9 por ciento en mujeres en la última década. La tasa de suicidios o lesiones auto-infringidas de manera intencional entre las edades de 15 a 25 años es de 5.6 por cada 100,000. (Villagómez y col., 2005). En documentos publicados por INEGI (2007, 2008, 2009), señalan que en 2006 fueron reportados 4277 suicidios, de los cuales 3583 fueron hombres 694 fueron mujeres, reportándose en el rango de edad de 12 a 24 años a 1283 personas, casi la tercera parte de la población total; para el año 2007 fueron reportados 4387 casos, observándose un aumento de 10% al año anterior de los cuales 3620 fueron hombres, 773 fueron mujeres, de igual forma se observa un aumento en la etapa juvenil con 1348, en 2008 fueron reportados 4681 casos de los cuales 3817 fueron hombres y 864 mujeres, el aumento en la etapa juvenil fue de 1514 casos presentando un aumento de más del 20% en solo dos años.

Según Mondragón y col. (2001), en la población adolescente, sólo a partir de la segunda mitad de la década de los 70, se comienzan a reportar casos de suicidio consumado en hombres y en mujeres. La tasa de suicidios en la población de 15 a 19 años pasó de 1.49 a 2.83; entre 1970 y 1990, mostró un aumento del 90% (González-Forteza y col., 1996). Reportando prevalencias elevadas de ideación suicida, con un rango entre el 26 y el 50% (González-Forteza y col., 1996). En comparación con el rango reportado para la prevalencia de por vida de intentos de suicidio se han calculado entre el 6 y 9%; encontrando que estas prevalencias aumentan con la edad, alcanzando su punto máximo durante los años de preparatoria (Vega y col., 1993). Se reporta, que estos comportamientos son infrecuentes en niños de primaria, sin embargo, aumenta progresivamente en estudiantes de secundaria 35%, preparatoria 65% y disminuye en universidad 50-65% (Garrison, 1989).

Pese a lo anterior en México, actualmente existen pocos registros estadísticos oficiales, periódicos y sistemáticos sobre este tipo de comportamiento en la población adolescente; sin embargo, los resultados de algunos estudios evidencian que éste problema está presente de manera importante.

Uno de los primeros trabajos de investigación de los que se tiene información fue

realizado por Ballesteros-Usano (1955), donde describe la frecuencia y los medios utilizados por los adolescentes suicidas en la Ciudad de México. Díaz Guerrero (1984), publicó los resultados de una investigación sobre la relación entre los estados emocionales y la conducta psicopatológica en estudiantes de secundaria; encontró, que la ideación suicida tiene su etiología principal en la depresión. Terroba (1986), en un estudio sobre intento de suicidio con población 15-24 años en el Distrito Federal, encontró que el 28.39% tuvo un intento previo, el 29.62% tuvo dos o más. Así también, reporta que el 90% presentó ansiedad intensa, 60.49% síntomas de depresión, y el 20.98% depresión intensa.

Arias Gómez (1994) y Saucedo y col. (1997), respectivamente, publicaron dos trabajos en el boletín del Hospital Infantil de México; en el primero se registró a 20 sujetos que intentaron suicidarse en el período de 1989 a 1993 y se encontró que en 100% de los casos un factor de riesgo fue la disfunción familiar y además de que el 25% tuvo antecedentes de un intento previo. En el segundo, se discute la importancia de determinar las características epidemiológicas de la conducta suicida y los tipos más frecuentes de psicopatología en la población con estos comportamientos, como un medio para la creación de tratamientos psiquiátricos. Por su parte Medina-Mora (1994), en un estudio con adolescentes de 13-15 años en el Distrito Federal encontró una prevalencia del 47% de por lo menos un pensamiento de ideación hacia un año, con una proporción ligeramente mayor de ideación en las mujeres, siendo los usuarios de drogas el grupo que presentó mayor prevalencia en pensamientos suicidas.

González - Forteza y col. (2003), encontraron que la prevalencia en la ideación suicida está relacionada a la mala comunicación entre padres y adolescentes, a su vez otro factor presente es el bajo nivel de autoestima y estrategias de afrontamiento agresivas. Con una mayor riesgo de presencia de comportamiento en adolescentes impulsivos.

Barcelata y col., (2004), encontraron factores como el nivel de autoestima del adolescente, y su relación con los padres como factores de riesgo, encontrando mayor

prevalencia en el género masculino que en el femenino. Valdez (2004) señala que en el estado de Puebla la tendencia a estos comportamientos es igual para hombres y mujeres, sin embargo, la ideación suicida fue más frecuente en hombres; en el estado de Tabasco, García (2004) observa una fuerte confusión acerca de este tema en la población juvenil.

Andrade Palos y col. (2003) y Palacios J y Col. (2007) manejaron factores más allá de la depresión, como el desamparo aprendido, procesos de duelo no resueltos, y una falta de habilidades de afrontamiento como factores de riesgo, además algunas investigaciones relacionadas con factores de tipo escolar (Palacios J y col., 2007). Valero (2008) señala un aumento preocupante en México de intentos de suicidio y suicidios en niños y adolescentes, expresando que en cerca del 49% de los casos se desconoce la causa. Así mismo, relaciona perturbaciones emocionales tales como la depresión y ansiedad con este fenómeno.

En relación a la depresión y ansiedad es importante destacar que la co-morbilidad de ambos trastornos multiplica el riesgo (Gutiérrez García y Contreras, 2006). Saucedo-García y col. (2006), hicieron una comparación entre los factores de riesgo depresión e impulsividad, encontrando que la depresión es un factor de riesgo mayor que la impulsividad, además de que los problemas familiares también estuvieron presentes. Rivera y Andrade (2006), trataron de identificar factores de protección en los adolescentes, encontrando el manejo de las emociones y el apoyo grupal como principales factores de protección.

Borges y col., (2008), parecen indicar una cierta estabilidad de la ideación en un porcentaje considerable de casos estudiados. Tales autores analizaron los resultados de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente 2005, con una muestra de 3005 jóvenes de 12 a 17 años de la ciudad de México. La ideación suicida fue reportada por el 11.5% de los encuestados, mientras que 3.9% mencionaron planearlo y 3.1% una tentativa de suicidio. El inicio del comportamiento suicida se reportó alrededor de la edad 10 años y a los 15 evidenciaron los peligros más altos. Entre los adolescentes con ideación suicida, existió mayor probabilidad de tener un plan e intentarlo en el primer

año de inicio de la ideación. Sólo el trastorno distímico fue relacionado constantemente con un plan y una tentativa de suicidio.

El estado de Sonora en el período de 1995 a 2002 presentó un crecimiento en el porcentaje de suicidios del 3.43% anual, ocupando el tercer lugar nacional en cuanto al crecimiento de esta problemática (INEGI, 2004). En el año 2001 el 6% del total de los intentos de suicidio registrados fueron de menores de 15 años. En cuanto a los suicidios consumados, el número de casos reportados de menores de 15 años equivale al 3% del total. Los intentos de suicidio llevados a cabo por este grupo de edad son en su mayoría realizados por mujeres (84.6%); mientras que en los consumados, las cifras son similares: 56% hombres, 44% mujeres (INEGI 2004). Sonora ocupó tanto en 2006 como en 2007, el lugar número 10 a nivel nacional, sin embargo, fuentes del Servicio Estatal de Salud Mental manejan a Sonora como el 5to lugar Nacional en cuanto a Suicidio juvenil se refiere (Amparano, 2009), sobre lo anterior cabe destacar que al tener Sonora una menor población sobre estados como Jalisco, DF o Estado de México, su ubicación en el ranking es significativa

La investigación encontrada hasta el momento en el estado ha sido escasa, investigaciones realizadas en CIAD por Monge y col. (2007), analizaron los factores de riesgo dentro de la familia, tomando una muestra en escuelas de educación media y media superior, encontrando resultados que variaban desde las creencias sobre la muerte a aspectos familiares. Cubillas y col. (2006), en un estudio con 1358 estudiantes sonorenses de bachillerato, observaron que 24.8% de quienes reportaron intento de suicidio, lo llevaron a cabo en el rango de los 7 a los 13 años. Igualmente, el 38% de ellos presentaba ideación suicida la semana anterior a la aplicación del cuestionario; de igual forma Miranda y col. (2009), han trabajado para definir los factores psicológicos asociados en la población infantil escolarizada de Sonora encontrando que factores como depresión, ansiedad y autoestima baja asociados a la presencia de intento e ideación suicida, siendo estos los trabajos hasta el momento más significativos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

La presente investigación es un diseño transversal, mixto dividido en 3 fases, en las cuales se utilizaron herramientas metodológicas cualitativas durante la primera y segunda fase y herramientas cuantitativas durante la primera y tercera fase; se considera de tipo exploratorio y descriptivo en su primeras dos fases y analítico en su tercera fase.

Área de investigación

El presente estudio se llevó a cabo en sus tres fases con pacientes atendidos en un centro de adolescentes que por razones éticas se omitió el nombre del mismo, sin embargo, se puede informar que es una dependencia de gobierno adscrita a los Servicios de Salud de Sonora, que da servicio a la población infantil y juvenil del Estado de Sonora desde 1990 a la fecha, en la tercera fase se trabajó además con adolescentes de escuelas públicas y privadas de Hermosillo para completar el grupo de comparación.

Consideraciones Éticas

La presente investigación se considera de riesgo mínimo para los participantes, y cumple con las siguientes pautas y principios tanto de procedimientos médicos como psicosociales:

Pautas del Council for International Organizations of Medical Sciences CIOMS (2002).

- Pauta 4: Consentimiento informado individual.
- Pauta 13: Investigación en que participan personas vulnerables.
- Pauta 15: Investigación en que participan individuos cuyos trastornos mentales o conductuales los incapacitan para dar adecuadamente consentimiento informado.
- Pauta 18: Protección de la confidencialidad.

Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2000)

- Principio 10 Sobre el deber de proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- Principio 22 Acerca del proceso del consentimiento informado

Consideraciones éticas de la investigación psicosocial (Mondragón, 2007)

- La participación de los sujetos sea voluntaria y se les garantice absoluta confidencialidad y privacidad.
- Permiso para grabar las sesiones, ofreciendo las transcripciones como una manera de devolución y retribución por su trabajo y participación.
- Explicitar que su participación o abstención no afectará en nada su atención o tratamiento en la unidad.

Descripción fase 1

Selección de la muestra

En esta fase, se utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional, la cual se extrajo de una población de más de 5000 expedientes que comprende la población atendida en el periodo 2005 – 2009, se seleccionó aquellos que reunieron los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Rango de edad de 12 años 1 día a 17 años 11 meses.
- Reportados dentro del expediente como ejecutor de algún tipo de comportamiento suicida.

Criterios de exclusión

- Reportados con algún trastorno psicopatológico.
- Reportados con retraso mental.
- Reportados con algún problema de adicción a drogas.

Fuente de información

Se utilizaron fuentes de información secundaria, consistentes en los expedientes de los pacientes, que corresponden al período 2005-2009; adicionalmente, se contó con la participación del especialista del área de atención (psiquiatra, psicólogo) en los casos donde fue necesaria alguna aclaración sobre las notas clínicas. Por otra parte, se utilizó como referencias de respaldo el Manual DSM-IV y CIE-10 en relación a los diagnósticos.

Métodos de recolección y análisis de información.

Con el objetivo de recabar datos, y tomando como referencia la bibliografía consultada, se elaboró un Instrumento tipo “Lista de verificación” (Check List), instrumento que incluyó un apartado para extenderse en la descripción de los elementos o hechos que así lo ameritaban, al final, se agregó un segmento de descripción cualitativa que se obtuvo de los propios expedientes clínicos. Se midió la prevalencia de las variables reportadas en el expediente a través de estadísticas de tipo descriptiva como distribución de frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar, a través del paquete estadístico SPSS 17.

Procedimiento

Se realizó una carta solicitud al Director del centro, obtenido su permiso, se habló con él Coordinador del área infantil y juvenil, para que se nos facilitara el acceso a los expedientes, posteriormente, se comenzó a seleccionar los expedientes tomando a consideración los criterios de inclusión/exclusión obteniéndose un total de 254 expedientes que cumplieron con los estándares establecidos, procediéndose al análisis y llenado de datos en el instrumento diseñado para esta fase, posteriormente se elaboró una base de datos en el paquete estadístico SPSS para posteriormente hacer un procesamiento estadístico e interpretación de los resultados.

Variables

Para facilitar el manejo de la comprensión de los datos se definió operacionalmente las variables que se presentaron con mayor frecuencia en esta fase, los cuales se presentan en tablas I, II y III.

Descripción fase 2

Selección de la muestra

De la población atendida en el centro de adolescentes durante el periodo 2009-2010 se tomó una muestra no probabilística de 7 adolescentes, se consideró este número adecuado debido a que el trabajo cualitativo se desarrollaría mediante una entrevista extensa, así como para facilitar el trabajo con ellos en el grupo de enfoque, ya que es necesario un grupo pequeño por situaciones de manejo, interacción y confidencialidad (Bleger, 1998). La selección de la muestra tomo a consideración los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Que en el periodo de entrevista estuvieran siendo atendidos en él CA.
- Disposición a participar por parte del adolescente y permiso de sus padres.
- No haber abandonado el proceso de psicoterapia más del mes.

Tabla I. Definición operacional de variables sociales en fase 1.

Variable	Definición	Dimensión	Tipo
Persona que notifica	Persona que dio la información al especialista del centro.	Ambos padres Mamá y menor Papá y menor Menor solamente Otro familiar y menor.	Catagórica
Edad	Número de años cumplidos o vividos por la persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista (INEGI, 2000).	Edad del menor al momento de la intervención.	Nominal
Genero.	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres (INEGI, 2000).	Femenino Masculino	Dicotómica
Lugar de procedencia	Todo lugar ocupado con una o más viviendas habitadas (INEGI, 2000).	Hermosillo. Resto del estado Otro lugar.	Catagórica
Grado escolar	Número promedio de grados aprobados en el Sistema Educativo Nacional (INEGI, 2000).	Grado de estudios máximo del menor al momento de realizar la intervención.	Ordinal
Ocupación del menor	Conjunto de funciones o tareas que desempeña la persona ocupada en su trabajo, empleo, puesto u oficio principal, en la semana anterior a la fecha de la entrevista. (INEGI, 2000).	Estudiante Ninguna Otra ocupación.	Catagórica.
Tipo de familia	Los miembros del hogar que están emparentados hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio (INEGI, 2000)	Nuclear funcional Nuclear disfuncional Monoparental funcional Monoparental disfuncional Extensa funcional Extensa disfuncional	Catagórica
Lugar entre los hermanos	Lugar que ocupa entre los hermanos	Mayor Menor Hijo único Otro lugar	Ordinal
Estrato socioeconómico	Clasificación de las personas y hogares de acuerdo con las características socio demográficas de los habitantes de las viviendas y las características físicas y equipamiento de las mismas (INEGI, 2000)	Bajo Medio Alto	Ordinal
Fecha de ejecución del comportamiento	Fecha en que se reporta que ejecuto el comportamiento	Mes del año en donde el menor ejecuta el comportamiento	Nominal
Lugar de ocurrencia	Lugar donde se ejecutó el comportamiento	Hogar Hogar y escuela Escuela	Catagórica

Tabla I. Definición operacional de variables sociales en Fase 1 (Continuación).

Variable	Definición	Dimensión	Tipo
Conflicto familiar	Lucha expresada entre al menos dos partes interdependientes quienes perciben intereses incompatibles entre sí, tensiones por recursos escasos, atribuciones de parte de la contraparte e interferencias de esta última para alcanzar las metas (Hocker y Wilmot, 1991).	Ningún conflicto. Pobre comunicación con los padres. Disfunción familiar Pleito entre hermanos. Alcoholismo o drogadicción. Enfermedad familiar. Proceso de divorcio. Muerte de familiar. Encarcelamiento de familiar.	Catagórica
Conflicto escolar	Lucha expresada entre al menos dos partes interdependientes quienes perciben intereses incompatibles entre sí, tensiones por recursos escasos, atribuciones de parte de la contraparte e interferencias de esta última para alcanzar las metas (Hocker y Wilmot, 1991).	Ningún conflicto. Conflicto con sus pares. Conflicto con los maestros Bajo rendimiento Otro tipo de conflicto.	Catagórica
Violencia intrafamiliar	Toda acción u omisión realizada por un miembro sobre otro del mismo grupo familiar, que cause dolor o sufrimiento físico y/o psicológico e incide negativamente en el desarrollo armónico de las personas, vulnera sus derechos fundamentales y les afecta en los ámbitos personal, familiar y social (Haz Paz, 2000).	No existe violencia. Agresión de padres a menor. Pleito entre hermanos. Omisión de cuidados. Agresión entre padres. Agresión del menor a los padres.	Catagórica
Uso de sustancias	Uso de sustancias en la familia.	Alcoholismo del padre Alcoholismo de la madre Alcoholismo del menor Drogadicción del padre Drogadicción de la madre Drogadicción del menor Ninguno	Catagórica.
Abuso sexual	Cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia. Este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para la/el menor (González-Serratos, 1995)	No presenta Por parte de algún familiar cercano. Por parte de algún familiar Por maestros. Otra persona	Catagórica.

Tabla I. Definición operacional de variables sociales en fase 1 (Continuación).

Variable	Definición	Dimensión	Tipo
Problemas con la justicia	Existen problemas con la justicia	Si No	Dicotómica
Discapacidad	Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. (OMS, 2001)	Si No	Dicotómica
Problemas económicos	Existen problemas económicos en la familia	Si No	Dicotómica

Tabla II. Definición operacional de la variable dependiente en fase 1.

Variable	Definición	Dimensión	Tipo
Intento Suicida	Conducta que realiza el individuo sin resultado de muerte en el cual la persona deliberadamente, se hace daño a sí misma con el objetivo de quitarse la vida (Durkheim, 1897)	Ausencia Presencia	Dicotómica
Ideación Suicida	Cuando una persona persistentemente piensa, planea o desea quitarse la vida (Beck y col., 1985)	Ausencia Presencia	Dicotómica
Conductas Autolesivas	Comportamiento que el sujeto que lo lleva a cabo, pero con intención de no ser mortal, sin que el objetivo final sea el de quitarse la vida (Diekstra, 1989).	Ausencia Presencia	Dicotómica

Tabla III. Definición operacional de variables psicológicas en fase 1.

Variable	D. Conceptual	Dimensión	Tipo
Baja autoestima	Visión muy distorsionada de lo que se es realmente; al mismo tiempo, se mantiene una exigencia extraordinariamente perfeccionista sobre lo que deberían ser o lograr (Castañer, 1996)	Si No	Dicotómica
Trastorno del estado de ánimo	Los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor (APA, 2002)	No existe depresión. Depresión mayor Distimia Trastorno bipolar Ciclotimia No especificado.	Categórica
Trastornos de ansiedad	Preocupación (expectativa aprensiva) excesivas en torno a toda una serie de acontecimientos o actividades y que tienen una duración de al menos seis meses (APA, 2002)	No existe ansiedad. TOC. Trastorno de estrés agudo Ansiedad no especificada. Crisis de angustia Fobias	Categórica
Falta de habilidades de afrontamiento	Son estilos y las estrategias pueden ser puestos en marcha ante otras muchas experiencias que no tienen por qué ser entendidas propiamente como estresantes, sino como aquellas formas en que el individuo hace frente a situaciones que le requieren movilización de esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, en el intento de reducir o eliminar la experiencia de estrés (Sandín, 1989)	Si No	Dicotómica
Impulsividad	Tendencia a no anticipar la relación actos-consecuencias (Freeman y Reinecke, 1995).	Si No	Dicotómica.
Duelo no resuelto	Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, que persiste tras un año de la pérdida (Freud, 1917)	Ninguno Familiar cercano Amigos. Otros	Categórica.
Trastornos alimentarios	Alteraciones graves de la conducta alimentaria (APA, 2002)	Ninguno Anorexia y bulimia Obesidad Otro	Categórica
Diagnostico CA	Diagnostico dado al menor por el especialista según el CIE-10	Trastorno distímico Trastorno de la conducta alimentaria. Trastorno de adaptación. Trastorno de ansiedad Trastorno límite de la personalidad. Trastorno disociativo de la personalidad Problemas paterno – filiales. Trastorno depresivo mayor. TDAH Trastorno oposicionista desafiante Trastorno bipolar.	Categórica

Criterios de Exclusión:

- Presencia de algún trastorno psicopatológico.
- Presencia de retraso mental.
- Presencia de algún tipo de adicción a sustancias.

Métodos de recolección de información y análisis

Para la recolección de la información se utilizó la técnica de estudio colectivo de Casos (Latorre y col., 1996) a través de 7 entrevistas semi estructuradas y la realización de un grupo de enfoque, utilizando de referencia el expediente de los adolescentes para tener un antecedente en relación a su situación problema, de tal forma, que se valide la información expresada por el adolescente y el profesional, así, evitar el falseamiento de la misma, se grabó las entrevistas y el proceso del grupo focal para posteriormente ser transcritas íntegramente en el paquete Word Office 2007 y analizarla en conjunto. La información de los datos se interpretó a través de la técnica de análisis de contenido, estimando los factores psicosociales presentados con mayor regularidad. Los datos se analizaron en conjunto con los resultados de la fase 1, y así se determinó el perfil psicosocial de los adolescentes con comportamiento suicida en el centro, perfil que delimitó las variables que por su interés clínico y significancia integraron el instrumento que se utilizó en la fase 3.

Procedimiento

Se procedió a realizar una nueva carta permiso al nuevo Director del centro, obtenido el permiso, se habló nuevamente con él Coordinador del área juvenil, para solicitar acceso a los psicólogos para seleccionar la muestra, y que se nos diera el apoyo tanto psicológico como psiquiátrico para la realización de las entrevistas y grupos de enfoque, se contó con el apoyo de dos psicólogas y un psiquiatra en ambas actividades para apoyo ante posibles inconvenientes.

Se adecuó un cubículo para la realización de las entrevistas y se utilizó el centro de

usos múltiples para la realización del grupo de enfoque.

Se seleccionó la muestra y se procedió a explicar a cada uno de ellos lo que consistía el proyecto, se pidió firmar una carta de consentimiento informado tanto al adolescente como al padre o tutor del mismo, en la cual daban su apoyo para participar tanto en las entrevistas como en el grupo de enfoque y dando permiso para grabar ambas actividades.

Posteriormente, se realizaron las entrevistas por separado, la duración fue de 2 horas en promedio, al mes se les llamó para que asistieran al grupo de enfoque, el cual tuvo una duración de 3 horas aproximadamente.

Variables

Las variables encontradas en la información obtenida se presentan en la tabla IV.

Descripción fase 3

Selección de la muestra

Selección de grupo de casos. Se utilizó una muestra no probabilística, seleccionando todos aquellos casos que aun sean atendidos en el centro de adolescentes hasta diciembre de 2010. La muestra de casos se formó en base a los siguientes criterios de selección, obteniéndose una n=51 adolescentes en este grupo:

Criterios de inclusión.

- Ser o haber sido atendido en la unidad por C.S.
- Disposición a participar.
- Permiso de los padres o tutores.

Criterios de exclusión:

- Presencia de algún trastorno psicopatológico.
- Presencia de retraso mental.
- Presencia de algún tipo de adicción a sustancias.

Tabla IV. Definición operacional de las variables encontradas en fase 2.

Variable	Definición	Indicadores	Tipo
Comportamiento suicida	Tipo de comportamiento que el adolescente realizó comentado durante la entrevista.	Ideación suicida Intento suicida Conductas auto-lesivas Métodos utilizados	Cualitativa
Dinámica familiar	Percepción del adolescente en relación a su entorno familiar, en relación al problema o variable en estudio	Rechazo de los padres. Maltrato infantil. Características de los padres. Padres ausentes. Comunicación familiar. Apoyo familiar. Pleitos entre hermanos.	Cualitativa
Dinámica escolar	Percepción del adolescente en cuanto a su situación en la escuela.	Rendimiento académico	Cualitativa
Habilidades sociales y de afrontamiento	Percepción del adolescente en relación a la forma que como resuelve problemas, hace amigos, o utiliza su tiempo libre	Actividades extracurriculares. Problemas con pares. Pertenencia grupal.	Cualitativa
Psicopatologías	Percepción del adolescente en relación a sus conductas, pensamientos, y sensaciones físicas.	Depresión. Ansiedad. Duelos. Atención. Ira.	Cualitativa

Selección de grupo de comparación. Se seleccionó el tamaño de la muestra del grupo de comparación a partir de los pacientes adolescentes en el grupo de casos, la selección se realizó de manera no probabilística por conveniencia, el grupo se formó por estudiantes de varias escuelas de Hermosillo, utilizando como criterio básico de inclusión no haber presentado nunca cualquier tipo de comportamiento suicida y como criterio de exclusión la presencia de alguna sustancia adictiva. Los grupos se ajustaron respecto a la edad y al sexo en función de la muestra de casos, teniendo una n=51 adolescentes en este grupo.

Instrumento de Medición

El instrumento que se utilizó en esta fase fue estructurado en base a las variables que presentó el perfil psicosocial del adolescente atendido en el CA.

Para los factores sociales se utilizaron las siguientes escalas: para las variables referentes a la percepción del adolescente en relación a la dinámica familiar, se utilizó la escala elaborada en México por Villatoro y col., 1997. La cual analiza el grado de percepción del adolescente en cuanto a la comunicación, apoyo y rechazo en relación con sus padres. Para medir los aspectos relacionados al maltrato infantil se utilizó la escala de tácticas de conflictos de Strauss y col. (1998). Los reactivos miden la frecuencia de cómo los adolescentes percibieron alguna especie de maltrato de parte de sus padres en una escala de cero (Nunca) a seis (más de 20 veces en la semana).

En relación a los factores psicológicos individuales se integraron las siguientes escalas: para la variable depresión se utilizó la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Radloff (1977). En la versión adaptada para adolescentes (Roberts, 1980) se pide al estudiante que mencione el número de días que experimentó cada uno de los síntomas especificados durante la semana pasada. El formato de respuesta es tipo Likert, en donde “0”= ningún día de la semana pasada, “1”= a 1 ó 2 días, “2”= 3 ó 4 días y “3”= a entre 5 y 7 días de la semana anterior a la aplicación del cuestionario. De este modo, a mayor puntaje, mayor sintomatología depresiva

(González-Forteza y col., 2001). Para la variable autoestima se incluyó la escala de Rosenberg (1965), la cual ha sido validada y revalidada para estudiantes mexicanos de secundaria y bachillerato por González-Forteza y col., (1994, 1997). En relación a las habilidades de afrontamiento y solución de problemas en los adolescentes se utilizó la escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis (1978) el cual es un inventario de auto-informe que permite evaluar con fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes, compuestas en tres factores: resolución de problemas, ignorar el problema y afrontamiento improductivo. El formato de respuesta es tipo Likert, en donde “1”=nunca lo hago, al “5” = lo hago con mucha frecuencia. Se utilizó también la segunda parte del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberg y col., 1982) la cual consiste en una escala tipo Likert que mide en términos generales el estado de ansiedad que presenta el adolescente con los puntaje “1”= casi nunca, “2”= algo, “3”= a menudo. Para la variable impulsividad se utilizó la escala F del cuestionario 16 PF de Cattell y col. (1965), de los cuales se extrajeron 5 reactivos los cuales mostraron en esta investigación una alta confiabilidad.

Con respecto a la variable dependiente, ésta consideró, por un lado, la ideación suicida, que se evaluó con cuatro reactivos diseñados por Roberts (1980), acerca del contenido cognoscitivo de pensamientos referidos a la muerte en general y de sí mismo. El intento suicida y las conductas auto – lesivas (parasuicidio) se midió a través de las preguntas: “Alguna vez ¿te has herido, cortado, intoxicado? y ¿Qué edad tenías la única o última vez que te hiciste daño a propósito?, las cuales se han utilizado en estudios con población adolescente por González-Forteza y col. (1998). Además de las escalas anteriores, se utilizó un cuestionario de datos socio-demográficos para identificar a los participantes.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS 18 y EQS 6.1. Primeramente se obtuvieron estadísticas univariadas (medias y desviaciones estándar para las variables continuas y frecuencias para las variables categóricas).

Posteriormente, se calcularon alfas de Cronbach para estimar la confiabilidad de las escalas utilizadas.

Para realizar la comparación de las medias de todas las variables entre los grupos se utilizó una prueba T para muestras independientes, se calificaron los instrumentos psicológicos, de tal forma que se pudieron obtener puntuaciones para los sujetos y se hizo una prueba de razón de momios como medida de asociación según la metodología descrita por Mantel y Haenszel. La prueba estadística utilizada fue la chi cuadrada (X^2) de Mantel y Haenszel, habiendo empleado un valor $P < 0.05$. Se eligió dicho estadístico dado que para análisis de tablas de 2×2 la simplificación algebraica de la prueba resulta conveniente por su rapidez en el cálculo y por su aproximación. Se estimaron, así mismo, intervalos de confianza al 95 por ciento de las razones de momios a través del método de Cornfield.

Se calculó también, una matriz de correlaciones entre los promedios de las variables bajo estudio. Con el fin de agrupar las variables para conformar indicadores en el modelo estructural se elaboraron parcelas con los reactivos de las escalas. Se presume la representatividad de la parcela después de que se obtiene la consistencia de la escala, según lo indica el alfa de Cronbach.

Para elaborar el modelo estructural explicativo se especificaron dos factores de orden superior: Disfunción familiar (formado por los factores de primer orden “maltrato infantil”, “comunicación familiar” y “rechazo de los padres”) y Disfunción personal (formado por los constructos de “depresión”, “ansiedad”, “baja auto-estima” y “carencia de habilidades de afrontamiento”). Los factores de primer orden, a su vez, se conformaron por las parcelas previamente elaboradas, lo que aplicó también para los constructos de “ideación suicida” y “parasuicidio”. De acuerdo con el modelo especificado, la disfunción familiar afecta a la disfunción personal, la cual, a su vez, influye en la ideación suicida y ésta repercute en el parasuicidio.

El modelo fue puesto a prueba a través del programa EQS (Bentler, 2006) y la técnica de Modelamiento de Ecuaciones Estructurales (MEE). Para determinar si los

datos de la investigación respaldan el modelo a prueba se consideraron los indicadores de bondad de ajuste. La comparación entre el modelo saturado (todas las interrelaciones entre las variables estudiadas) y el modelo teórico (que sólo considera las relaciones que el modelo considera relevantes) se llevó a cabo a través de dos tipos de indicadores: el indicador estadístico que requiere del empleo de la chi cuadrada (X^2) y los indicadores prácticos: una serie de estadígrafos derivados de la X^2 que controlan el efecto del número de sujetos sobre la significatividad de la comparación. En este caso se trata de probar que el modelo teórico no es diferente del saturado, por lo que se espera que el valor de la X^2 sea bajo y no significativo; es decir, que su probabilidad asociada sea mayor a .05. Por otro lado, los indicadores prácticos requieren que sus valores se acerquen a 1. El nivel mínimo para considerar el modelo con una adecuada bondad de ajuste es de .90. Los indicadores prácticos aquí tomados en cuenta fueron el Índice Bentler- Bonett de ajuste no normado (IANN) y el índice de ajuste comparativo (IAC).

Procedimiento

Se procedió a seleccionar de los pacientes atendidos en 2010, todos aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión, se tomaron los direcciones de los adolescentes de la base de datos general del centro y para su localización y aplicación se contó con el apoyo de alumnos de la carrera de psicología, se concertó una cita por teléfono, y se habló con los padres para solicitar el permiso y se firmara la carta de consentimiento, al mismo tiempo tomando como referencia la edad y el sexo del grupo de casos se conformó el grupo de comparación de escuelas públicas (preparatoria y secundaria) el cual fue aplicado a 102 alumnos de los cuales se extrajo una muestra $n= 51$ adolescentes que cumplieron los criterios de ajuste.

Variables

Las operacionalización de variables se presentan en las tablas V, VI, VII

Tabla V. Definición operacional de variables sociales en fase 3.

Variable Sociales	Definición	Dimensión	Tipo
Maltrato infantil	Todas aquellas situaciones determinadas por las consecuencias físicas y psicológicas que presenta el menor de 18 años, es decir, por los daños u omisiones reales o en potencia sufridos (Palacios J, 1995)	Escala de tácticas de conflictos de Strauss, y col. (1998)	Cuantitativa Continua
Apoyo de los padres	Continuo de la conducta de los padres en el que muestran su amor y afecto hacia los hijos, verbal o físicamente, y que utilizan métodos de disciplina que promocionan el desarrollo social, emocional e intelectual (Rhoner, 1975)	Percepción familiar. escala elaborada México por Villatoro y col., 1997	Cuantitativa Continua
Comunicación familiar	Proceso simbólico y transaccional, es decir, un trayecto en donde la conducta verbal y la no verbal funcionan como símbolos creados, los cuales permiten compartir significados, interactuar, al mismo tiempo que profundizar en el conocimiento propio y de los otros miembros de la familia (Satir, 1986).	Percepción familiar. escala elaborada México por Villatoro y col., 1997	Cuantitativa Continua
Rechazo parental.	Padres que sienten aversión, desapruaban o se sienten agraviados por sus hijos y que utilizan prácticas más severas y abusivas hacia el niño (Rhoner, 1975)	Percepción familiar. escala elaborada México por Villatoro y col., 1997	Cuantitativa Continua

Tabla VI. Definición operacional de las variables psicológicas en fase 3.

Variable Psicológicas	Definición	Dimensión	Tipo
Depresión	Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, durante al menos 2 años (APA, 2002).	Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) Radloff (1977).	Cuantitativa Continua
Habilidades de afrontamiento	Estilos y las estrategias pueden ser puestos en marcha ante otras muchas experiencias que no tienen por qué ser entendidas propiamente como estresantes, sino como aquellas formas en que el individuo hace frente a situaciones que le requieren movilización de esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, en el Intento de reducir o eliminar la experiencia de estrés (Sandín, 1989).	Escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis (1978).	Cuantitativa Continua
Autoestima	Visión muy distorsionada de lo que se es realmente; al mismo tiempo, se mantiene una exigencia extraordinariamente perfeccionista sobre lo que deberían ser o lograr (Castañer, 1996).	Escala de Rosenberg (1965).	Cuantitativa Continua
Impulsividad	Tendencia a no anticipar la relación actos-consecuencias. (Freeman y Reinecke, 1995)	Escala 16 PF de Cattell y col. (1965).	Cuantitativa Continua
Ansiedad	Preocupación (expectativa aprensiva) excesivas en torno a toda una serie de acontecimientos o actividades y que tienen una duración de al menos seis meses. (APA, 2002)		Cuantitativa Continua.

Tabla VII. Definición operacional de la variable dependiente en fase 3.

Variable	Definición	Dimensión	Tipo
Intento suicida	Conducta que realiza el individuo sin resultado de muerte en el cual la persona deliberadamente, se hace daño a sí misma con el objetivo de quitarse la vida (Durkheim, 1897)	Preguntas: alguna vez, ¿te has herido, cortado, intoxicado? Y ¿Qué edad tenías la única o última vez que te hiciste daño a propósito?, las cuales se han utilizado en estudios con población adolescente por González-Forteza (1998).	Cuantitativa continua
Ideación suicida	Cuando una persona persistentemente piensa, planea o desea cometer el suicidio (Beck y col., 1985)	Cuatro reactivos diseñados por Roberts (1980)	Cuantitativa continua
Conductas auto-lesivas.	Comportamiento que el sujeto lleva a cabo, pero con intención de no ser mortal, sin que el objetivo final sea el de quitarse la vida (Diekstra 1989).	Alguna vez, ¿te has herido, cortado, intoxicado? Y ¿Qué edad tenías la única o última vez que te hiciste daño a propósito?, las cuales se han utilizado en estudios con población adolescente por González-Forteza (1998).	Cuantitativa continua

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados de la primera fase

De una población de más de 5000 expedientes se obtuvo una muestra $n= 254$, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Los datos sociodemográficos, presentan una media de edad de 14.19 años, con una moda de 14 años de edad (22.4%) con una máxima de 17 y una mínima de 12 años; el género femenino obtuvo una razón de 3:1, sin embargo, al analizar los comportamientos por separado la razón disminuye, presentando la ideación suicida una razón 2:1, y las conductas auto-lesivas razón de 2:1 en relación mujeres a hombres, pero en intento de suicidio esta razón se incrementa de 5:1; 85.4% fueron de la ciudad de Hermosillo; un 55.9% procedentes de un estrato medio y un 43.2% de un estrato bajo; siendo un 94.5% el hogar el sitio de ocurrencia de la conducta, y una frecuencia alta en los meses Mayo (11%), Junio (13%) y Enero (10%) para la presencia de las mismas; la escolaridad presentó una mayor frecuencia en secundaria siendo la frecuencia más alta en Tercero de secundaria (23.6%), seguido por segundo (22%) y primero de secundaria (19.3%); en relación a la persona que acudió a atención el 78.3% de los casos fueron reportados por la madre en conjunto con el menor, de los ejecutores de parasuicidio, el uso de arma blanca fue el que presentó mayor frecuencia (30.9%), siendo sobredosis de medicamento (12.1%) y golpes (12.2%), los siguientes métodos; aun cuando se dio atención al 100% de la muestra, solo un 79.9% recibieron algún tipo de tratamiento y de estos solo un 2.8% lo terminó (78% lo abandonó en los primeros 6 meses); en la figura 1 se indica la prevalencia en relación a la variable dependiente, siendo la ideación suicida la variable con mayor porcentaje con 51 %, seguido por las conductas autolesivas con un 26% y el intento suicida con 23%..

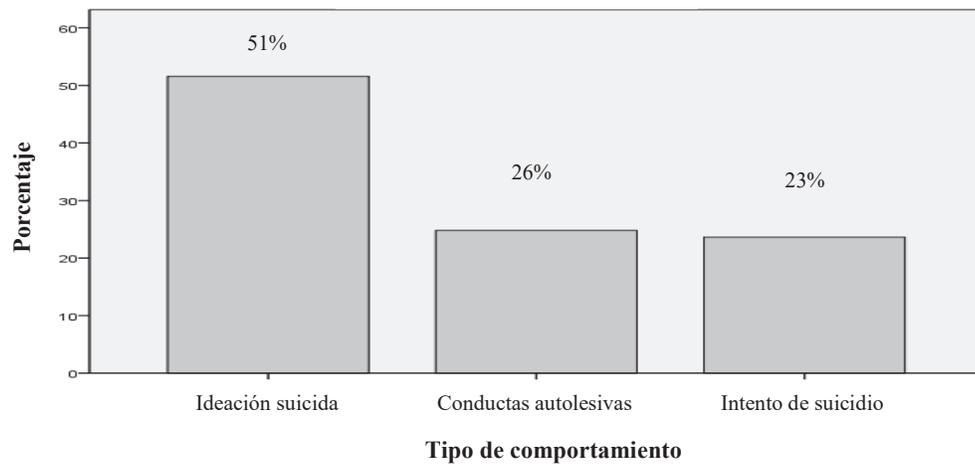


Figura 1. Prevalencia en relación a conductas suicidas en los adolescentes del CA.

La figura 2 señala el tipo de familia a la que pertenece el adolescente atendido en el centro, las familias nucleares disfuncionales con ambos padres presentan una prevalencia de casi el doble que las demás familias, con un porcentaje de 33.1%.

La figura 3 indica el tipo de problema familiar del porcentaje de 88.6% que reportaron tener este problema, presentándose la pobre comunicación del adolescente con los padres con un 38%, seguido del pobre apoyo familiar con un 22%, problemas como pleito entre hermanos, adicciones de los padres y 4 mas presentaron una prevalencia menor al 10%.

La figura 4 muestra el tipo de violencia intrafamiliar que el menor percibe tomado del 62.2% que lo reportó, presentando las prevalencias mas altas la omisión de cuidados (24%) y agresiones de los padres hacia el adolescente con un 21%.

La figura 5 señala los diagnósticos hechos por los especialistas que atendieron a los adolescentes siendo los trastornos de Distimia (29%), trastorno depresivo mayor (28%), y el trastorno por adaptación (15%) los que presentaron mayor prevalencia.

En la figura 6, 7 y 10 se indica la prevalencia en relacion con la baja autoestima (mas del 90%). deficit en habilidades de afrontamiento (mayor a 90%) e impulsividad (mayor a 80%).

En la figura 8 se muestra el tipo de depresión que presenta el adolescente según los criterios del DSM-IV, siendo la distimia con una prevalencia 51.2%, el problema mas representativo.

En la figura 9 se indica el tipo de ansiedad que presenta el adolescente según los criterios del DSM-IV, siendo el trastorno obsesivo compulsivo (36%) y el trastorno de estrés agudo los que presentan mayor prevalencia (38%).

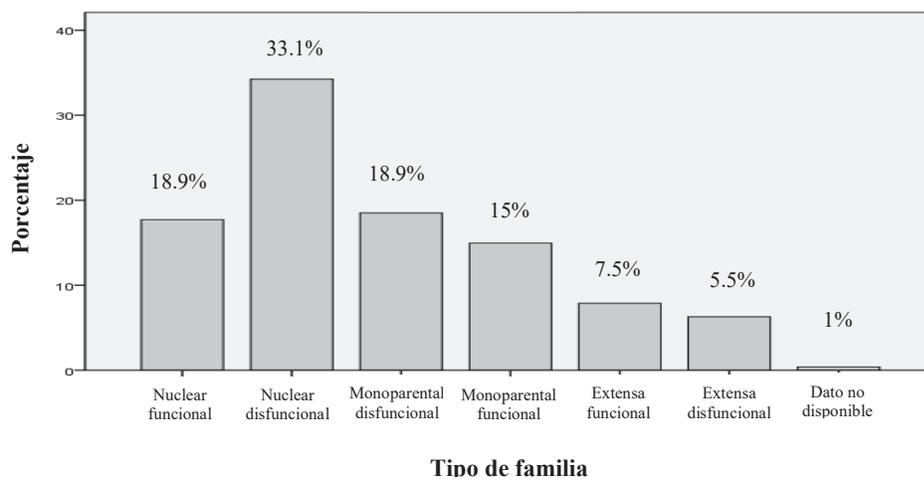


Figura 2. Tipo de familia al que pertenece el menor atendido en el CA.

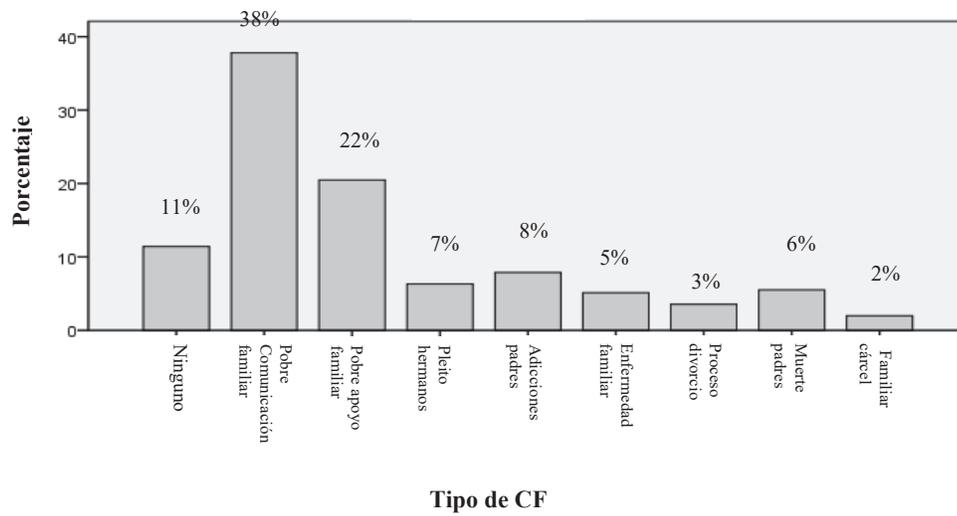


Figura 3. Tipos de conflicto familiar de un porcentaje de 88.6% que reportaron esta problemática en la muestra.

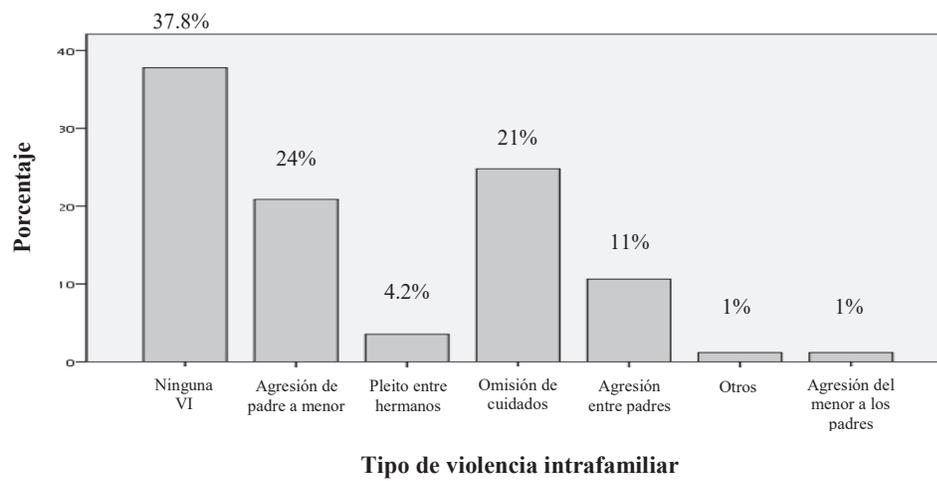


Figura 4. Presencia de violencia en el hogar de un porcentaje de 62.2% que reportaron esta problemática en la muestra.

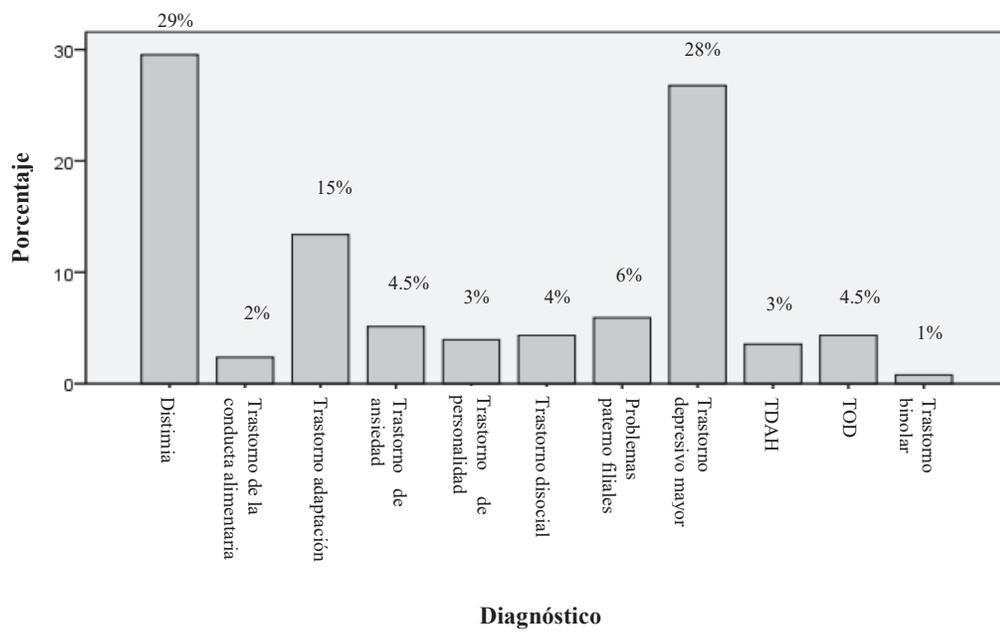


Figura 5. Diagnóstico del especialista en relación con el paciente en el CA.

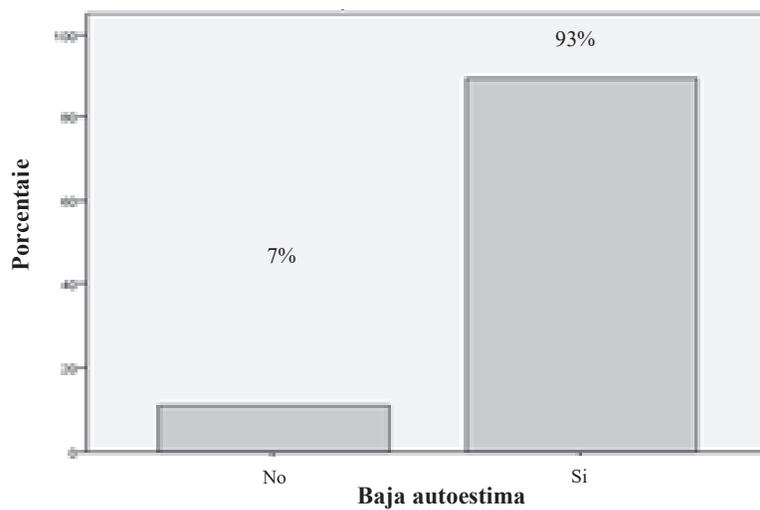


Figura 6. Porcentaje de baja autoestima.

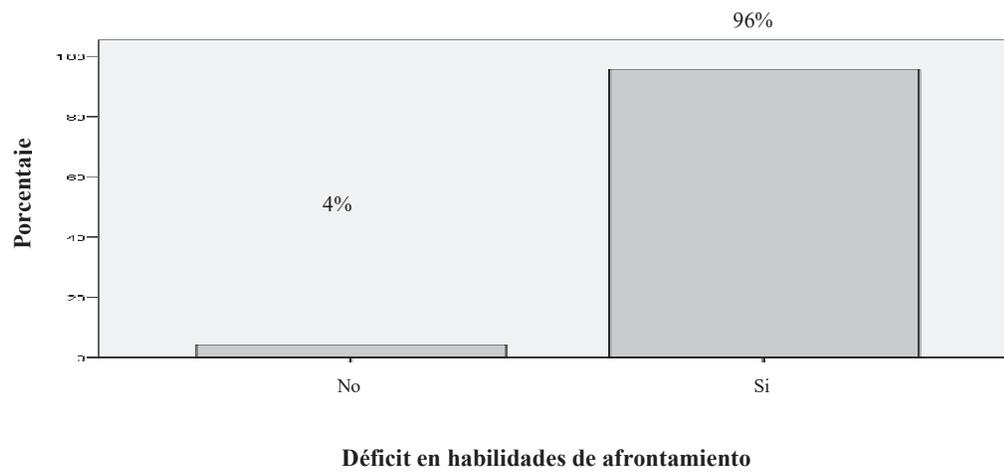


Figura 7. Porcentaje de déficit habilidades de afrontamiento.

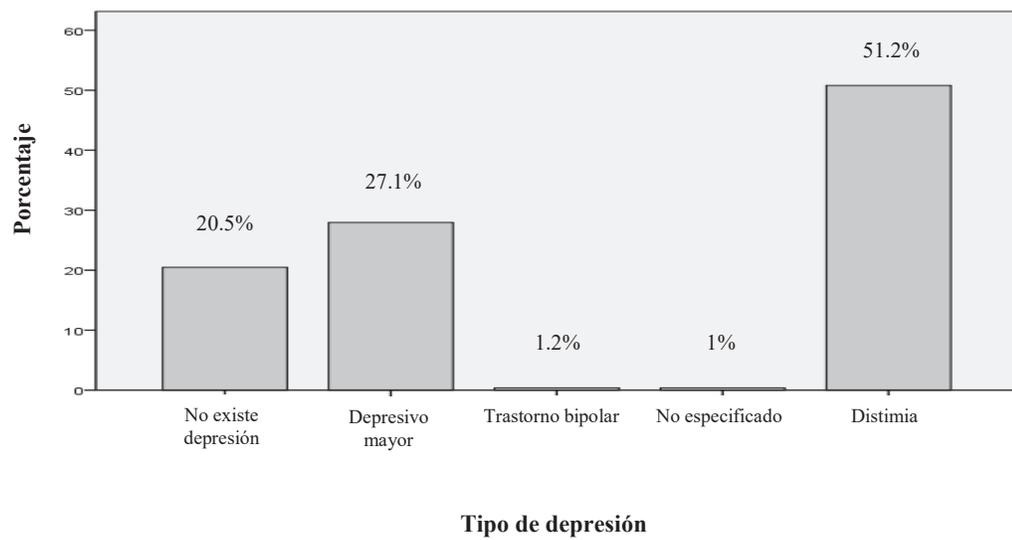


Figura 8. Tipos de Depresión de un porcentaje de 79.5% que reportaron esta problemática en la muestra.

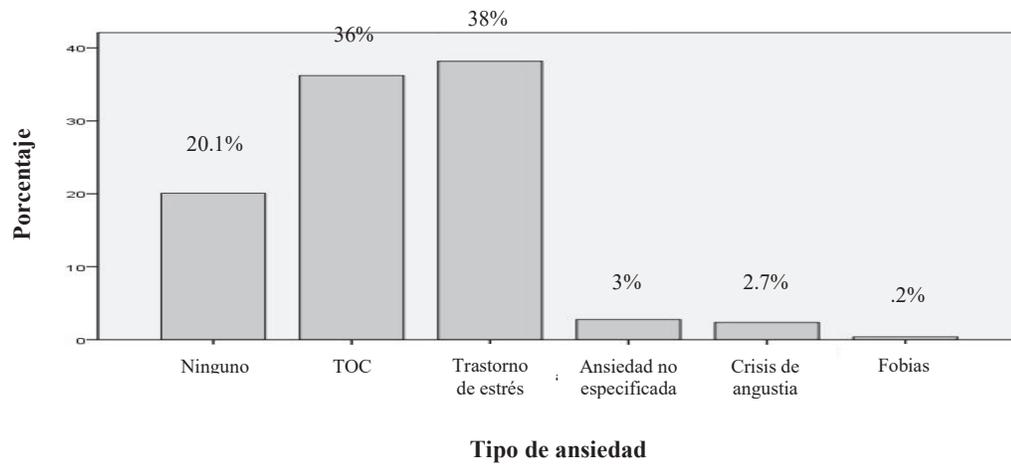


Figura 9. Tipos de ansiedad de un porcentaje de 79.9% que reportaron esta problemática en la muestra.

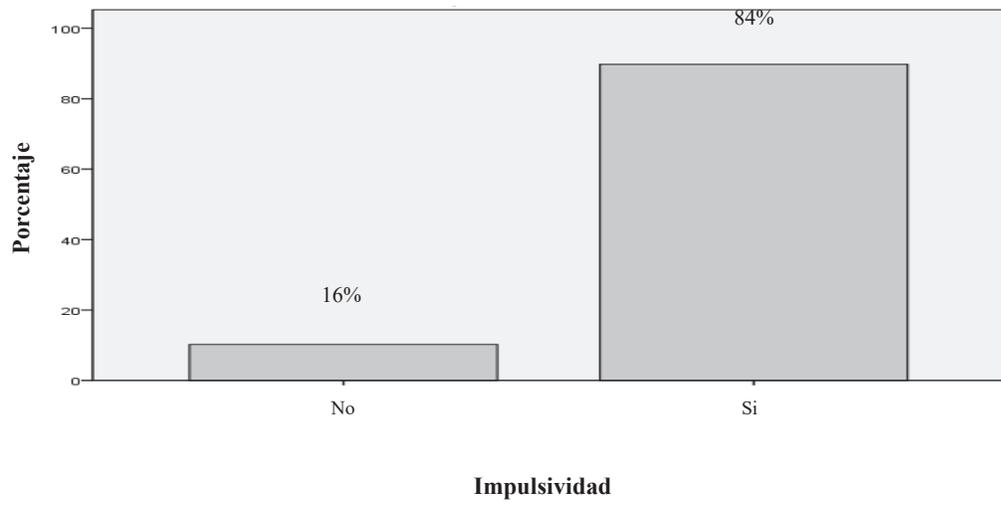


Figura 10. Porcentaje de impulsividad

Resultados de la Segunda Fase

Datos generales

1. Género.
 - 4 mujeres 3 hombres
2. Edad.
 - Media de 15 años.
3. Escolaridad
 - Mediana de años cursados de 9 años (tercer año de secundaria).

Codificación de la información

La información dada por los adolescentes, se tradujo en 18 códigos contenidos en 5 categorías presentados en la tabla VIII.

Interpretación de la información

El objetivo general del presente análisis de contenido fue identificar factores psicosociales presentados en la población de adolescentes atendidos en el CA, para determinar el perfil psicosocial de los pacientes adolescentes atendidos por comportamiento suicida, en conjunto con los resultados obtenidos en la primera fase. Para estudiar el presente tema de investigación, se realizaron 7 entrevistas individuales y un grupo de enfoque, información que se transcribió y se leyó repetidamente para comprender el corpus de lo que se pretende analizar. Se estimó, que el análisis de contenido, técnica cualitativa propia de la metodología observacional, que puede ayudar a responder la pregunta de investigación ya que aporta una serie de instrumentos metodológicos específicos de este tipo de acercamiento. El factor común de esta técnica es que está basada en la deducción y se mueven entre dos polos: el rigor

Tabla VIII. Presentación de categorías y códigos del análisis de contenido.

Categorías	Códigos	Porcentaje Total	Porcentaje por Grupo
Comportamiento suicida	Ideación	6.34	24.23
	Intento	3.96	15.13
	Conductas auto-lesivas	3.96	15.13
	Métodos utilizados	11.9	45.48
Porcentaje		26.16%	99.97%
Dinámica familiar	Rechazo de los padres	14.28	40
	Maltrato infantil	6.34	17.76
	Apoyo familiar	5.55	15.55
	Déficit en la comunicación familiar	7.14	20
	Pleito entre hermanos	2.38	6.66
Porcentaje		35.69%	99.97%
Dinámica escolar	Buen rendimiento académico	7.14	100%
Porcentaje		7.14%	100%
Habilidades sociales y de afrontamiento	Pocas actividades extracurriculares	4.76	35.31
	Problemas con pares	4.76	35.31
	Ausencia de amigos	3.96	29.38
Porcentaje		13.48%	100%
Psicopatologías	Depresión	5.55	31.82
	Ansiedad	9.52	54.59
	Duelos	.79	4.53
	Atención	1.58	9.06
Porcentaje		17.44%	100%
Porcentaje total		99.91%	

de la objetividad y la matización proporcionada por la subjetividad. La finalidad analítica de este tipo de análisis es la identificación y explicación de los distintos elementos que otorgan sentido a toda comunicación.

Una vez efectuado el análisis se ha llegado a las siguientes conclusiones: lo observado en la tabla VIII representa la percepción de los adolescentes en relación a su entorno o ambiente, la información termina estructurándose en 5 categorías: 1. Comportamiento suicida, 2. Dinámica familiar, 3. Dinámica escolar, 4. Habilidades sociales y 5. Psicopatologías, la primera categoría describe las conductas emitidas por los adolescentes motivo por el cual son atendidos en el centro, la segunda la percepción del adolescente en cuanto a la dinámica en relación a su ambiente y su relación con la conducta o comportamiento suicida, la tercera en la percepción del entorno escolar y su dinámica en relación con la conducta o comportamiento suicida, en la cuarta los métodos aprendidos de afrontamiento en solución de problemas y el número de amigos que el adolescente percibe tener y la quinta hace una inferencia respecto a las frases dichas por los adolescentes en relación a las caracteres descritos por el DSM-IV en términos generales.

Con lo anterior, se puede deducir que la dinámica familiar es un factor crucial en el desarrollo de la conducta suicida, los adolescentes no perciben un grupo de pertenencia adecuado, esto se relaciona principalmente dentro de las sub-categoría comunicación y apoyo familiar, de los cuales perciben rechazo y no apoyo, esto tiene relación con la categoría de habilidades de solución de problemas donde los adolescentes entrevistados son adolescentes que no tienen amigos, tampoco han aprendido técnicas o métodos adecuados para la solución de conflictos. El adolescente se siente rechazado por su grupo de origen, no teniendo una contraparte en otro grupo como amigos, ya que estos adolescentes comentan dentro de las frases que solamente tienen uno o dos amigos a los cuales solamente frecuentan dentro de las actividades escolares, pero no en la colonia o en otro tipo de lugares, en relación a la dinámica entre hermanos aunque se menciona, no es significativo ya que su porcentaje de frecuencia es bajo. La comunicación dentro de la familia, es un factor importante debido a que los adolescentes perciben una

comunicación deficiente o inexistente sobre todo hacia los padres, quienes son percibidos como ausentes o rígidos, las madres como personas en quien confiar, sin embargo, personas que son percibidas como “dejadas o sin autoridad”, nuevamente los factores de aprendizaje en cuando a habilidades de solución de conflictos no están presentes, no existe un modelo de apoyo en el cual los adolescente se fundamenten.

Estos conflictos familiares parecen tener poca repercusión en relación a la situación escolar donde el adolescente se desenvuelve ya que el rendimiento académico no se ve afectado. En relación a las habilidades sociales se observa una tendencia a no poder resolver problemas, principalmente cuando sucede con sus pares, problemas como terminar con el novio, pleito entre hermanos, pérdida de amigos, o ser molestado por otros compañeros.

Dentro de las frases que hacen mención el adolescente, se puede interpretar que trastornos como la depresión y la ansiedad se presentan en relación a los comportamientos suicidas, sin embargo, el trastorno ansioso es más representativo en comparación con la depresión, con un porcentaje de frecuencia mayor, se traduce la presencia del parasuicidio como una forma de desahogo, una forma de canalizar los impulsos o solucionar los problemas.

En el presente estudio, en lo que respecta a la sintaxis, se ha observado el empleo de conjunciones o pronombres relativos; deduciendo que en los textos se utiliza una construcción sintáctica sencilla, de fácil comprensión para un público de condición cultural media. La información obtenida permite dar respuesta y alcanzar los objetivos planteados al inicio de la investigación.

Tomando en cuenta este estudio, en conjunto con los resultados arrojados en la primera fase, permite delimitar el perfil de factores psicosociales que presenta el adolescente con comportamiento suicida en el centro de atención de adolescentes. Cumpliéndose de esta forma el objetivo 3 de esta investigación.

Perfil psicosocial del adolescente con comportamiento suicida atendido en el centro de atención de adolescentes

Analizados en conjunto los resultados anteriores, se integró el siguiente perfil psicosocial del adolescente atendido por comportamiento suicida en el centro de atención de adolescentes, que se presenta en la figura 11.

El perfil, arroja adolescentes en quienes la dinámica familiar muestra serios problemas, identificándose variables de rechazo parental, apoyo familiar, comunicación familiar y maltrato infantil relacionadas con 5 variables psicológicas principales, ansiedad, depresión, autoestima, impulsividad y déficit en habilidades de afrontamiento o solución de problemas. Descartándose otros que se identificaron en la bibliografía revisada, como los procesos de duelo o los antecedentes de estas conductas en la familia e inclusive el factor depresión fue superado por la variable ansiedad como principal variable relacionada a estas conductas.

Las variables del perfil, muestran una visión más centrada en relación el objetivo principal de esta investigación, por lo cual deben ser contrastadas con la muestra del grupo control, para determinar el nivel de riesgo de las variables en relación con la conducta suicida, el nivel de correlación de estas con la variable dependiente y poder generar el modelo de ecuaciones estructurales que explique el génesis y desarrollo del problema que se aborda en el estudio.

Resultados Tercera Fase

En relación con el género, en ambos grupos se presenta el femenino a razón de 3:1 sobre el masculino, con una media de edad de 15.51 años.

La tabla IX refleja los porcentajes de actividad principal desarrollada por los participantes, divididos por grupo (casos y controles). No se encontraron diferencias significativas entre ellos en términos de dedicación de tiempo completo a los estudios, el trabajo de medio tiempo y el porcentaje de jóvenes que ni estudian ni trabajan (NINI).

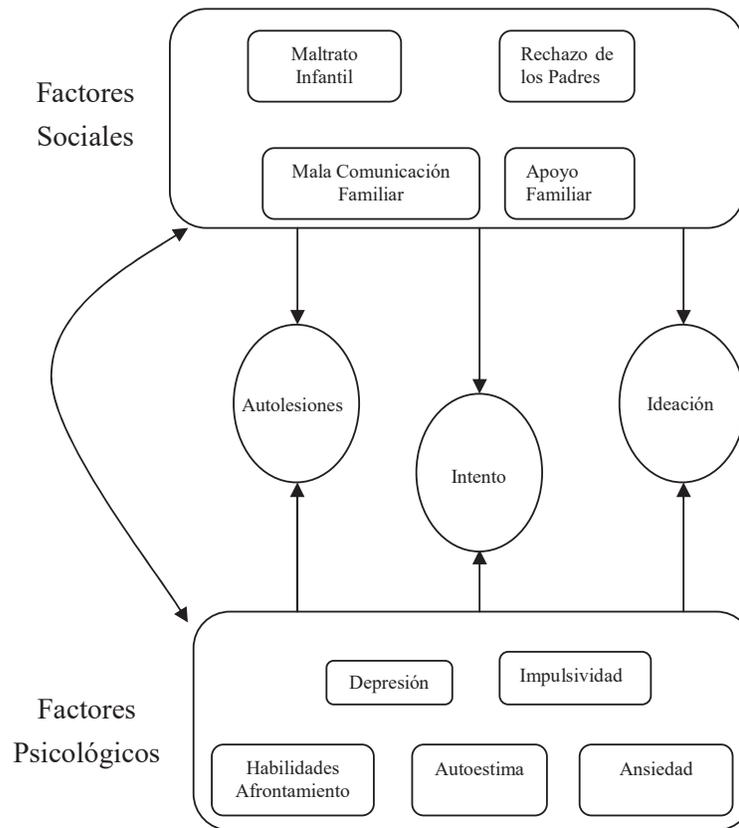


Figura 11. Perfil psicosocial del adolescente atendido por comportamiento suicida en el centro de adolescentes.

- Género femenino 3:1 género masculino en conducta general.
- Género femenino 2:1 género masculino en autolesiones.
- Género femenino 2:1 género masculino en intento.
- Género femenino 5:1 género masculino en ideación.
- Ocupación Estudiantes de nivel medio y bajo, con rendimiento académico normal.

Tabla IX. Diferencia de actividades de ambos grupos.

Actividades/Grupos	Casos	Controles
Estudios tiempo completo	82.4%	84.3%
Trabaja medio tiempo	11.8%	13.7%
NINI	5.8%	2%

Por otra parte no se observaron discrepancias significativas al respecto de la situación familiar (presencia de padre, presencia de la madre y padres juntos) al momento de la aplicación del instrumento, con la excepción de la presencia del padre, que fue menor en el grupo de casos presentados en la tabla X. De igual forma hubo poca significancia en relación al familiar a quien más confianza tienen los adolescentes la cual se indica en la tabla XI.

La confiabilidad de los instrumentos utilizados se muestra en la Tabla XII. Las alfas de Cronbach fueron aceptables, dado que su valor resultó entre .61, en el caso de la escala de parasuicidio, hasta .93, producido por la escala de autoestima.

La diferencia de medias entre grupos se señala en las tablas XIII. Obteniendo diferencias significativas el rechazo parental y maltrato en las variables sociales, y autoestima, ansiedad y depresión en las psicológicas.

El riesgo se calculó con razón de momios y se interpreta de la siguiente manera:

- Dado que se es caso con comportamiento suicida, la probabilidad de haber sido expuesto a problemas de ansiedad es 19.133 veces, mayor que en los controles (Tabla XIV).
- Dado que se es caso con comportamiento suicida, la probabilidad de haber sido expuesto a problemas de depresión es 29.82 veces mayor que en los controles (Tabla XV).
- Dado que se es caso con comportamiento suicida, la probabilidad de haber sido expuesto a problemas de impulsividad 3.95 veces mayor que en los controles (Tabla XVI).
- Dado que se es caso con comportamiento suicida, la probabilidad de tener una autoestima normal es 10.44 veces menor que en los controles (Tabla XVII).
- Dado que se es caso con comportamiento suicida, la probabilidad de no haber aprendido habilidades de afrontamiento es 4.44 veces mayor que en el grupo control (Tabla XVIII).

Tabla X. Situación familiar de ambos grupos.

Situación	Casos	Control
Presencia del Padre	82.4%	92.4%
Presencia de la Madre	96.1%	98%
Padres juntos	72.5%	76.5%

Tabla XI. Diferencias entre grupos en relación a confianza familiar.

Familiar/Grupo	Casos	Controles
Papá	5.9%	13.7%
Mamá	45.1%	52.9%
Hermanos	19.6%	21.6%
Otro familiar	11.8%	7.8%
Nadie	17.6%	3.9%

Tabla XII. Medias e indicadores de confiabilidad de los instrumentos utilizados

<i>Instrumento/Reactivo</i>	N	Media	D.E	Min	Max	Alfa
<i>Rechazo Padre</i>						.74
<i>Problemas personales desapercibidos</i>	102	1.65	.792	1	4	
<i>Papás rechazan</i>	102	1.25	.667	1	4	
<i>Indiferencia convivencia familia</i>	102	1.39	.798	1	4	
<i>Papás ignoran</i>	102	1.40	.787	1	4	
<i>Papás piensan que doy problemas</i>	102	1.50	.898	1	4	
<i>En situaciones difíciles no cuento con papás</i>	102	1.70	1.106	1	4	
<i>Comunicación familiar</i>						.81
<i>Cuando algo preocupa platico con papás</i>	102	2.46	1.06	1	4	
<i>Papás comentan problemas personales</i>	102	2.27	1.01	1	4	
<i>Me agrada comentar problemas personales con mis papás</i>	102	2.34	1.08	1	4	
<i>Papás comunican decisiones importantes</i>	102	2.82	1.03	1	4	
<i>Platico con papás de mis problemas personales</i>	102	2.34	1.15	1	4	
<i>Papás me comunican sus planes</i>	102	2.75	1.1	1	4	
<i>Maltrato infantil</i>						.87
<i>Tú mamá te ha gritado</i>	102	3.2	2.13	0	6	
<i>Tú papa te ha gritado</i>	102	2.16	2.15	0	6	
<i>Tú mamá te amenaza</i>	102	.92	1.51	0	6	
<i>Tú papá te amenaza</i>	102	.56	1.25	0	6	

Tabla XII. Medias e indicadores de confiabilidad de los instrumentos utilizados Cont...

<i>Instrumento/Reactivo</i>	N	Media	D.E	Min	Max	Alfa
<i>Mamá dice groserías</i>	102	1.08	1.58	0	6	
<i>Papá dice groserías</i>	102	.91	1.6	0	6	
<i>Mamá llama flojo</i>	102	1.61	2.1	0	6	
<i>Papá llama flojo</i>	102	.99	1.61	0	6	
<i>Mamá corre de la casa</i>	102	.26	1	0	6	
<i>Papá corre de la casa</i>	102	.11	.52	0	6	
<i>Mamá corre de la casa a golpes</i>	102	.16	.71	0	6	
<i>Papá corre de la casa a golpes</i>	102	.06	.37	0	4	
<i>Mamá golpea con la mano</i>	102	.62	1.24	0	5	
<i>Papá golpea con la mano</i>	102	.33	.93	0	3	
<i>Mamá golpea mano, brazo</i>	102	.4	.94	0	6	
<i>Papá golpea mano, brazo</i>	102	.26	.9	0	6	
<i>Mamá golpea con cinturón</i>	102	.18	.81	0	6	
<i>Papá golpea con cinturón</i>	102	.14	.67	0	5	
<i>Mamá golpea en la cara</i>	102	.25	.88	0	6	
<i>Papá golpea en la cara</i>	102	.11	.56	0	5	
<i>Mamá da patadas</i>	102	.09	.63	0	6	
<i>Papá da patadas</i>	102	.09	.63	0	6	
<i>Mamá jala o avienta</i>	102	.11	.56	0	5	
<i>Papá jala o avienta</i>	102	.08	.36	0	2	
<i>Mamá pega constantemente</i>	102	.08	.61	0	6	

Tabla XII. Medias e indicadores de confiabilidad de los instrumentos utilizados Cont...

<i>Instrumento/Reactivo</i>	N	Media	D.E	Min	Max	Alfa
<i>Papá pega constantemente</i>	102	.06	.37	0	3	
<i>Mamá agarra del cuello</i>	102	.08	.44	0	3	
<i>Papá agarra del cuello</i>	102	.01	.099	0	1	
<i>Apoyo familiar</i>						.81
<i>Emergencia familiar</i>	102	3.24	.92	1	4	
<i>Papás en problemas</i>	102	2.97	1	1	4	
<i>Cuando estoy en problemas</i>	102	2.88	1.07	1	4	
<i>Mis papás me motivan</i>	102	2.99	1.11	1	4	
<i>Me apoyan en lo que emprendo</i>	102	2.09	1.01	1	4	
<i>Autoestima</i>						.93
<i>Estoy satisfecho conmigo</i>	102	2.78	1.16	0	4	
<i>Poseo muchas cosas buenas</i>	102	2.80	1.23	0	4	
<i>Hago las cosas tan bien como los demás</i>	102	2.92	1.2	0	4	
<i>Soy una persona valiosa</i>	102	2.89	1.33	0	4	
<i>Tomo una actitud positiva</i>	102	2.86	1.37	0	4	
<i>Ansiedad</i>						.82
<i>Me preocupa cometer errores</i>	102	1.99	.696	1	3	
<i>Siento ganas de llorar</i>	102	1.41	.665	1	3	
<i>Me siento desgraciado</i>	102	1.21	.533	1	3	
<i>Me cuesta tomar decisiones</i>	102	1.71	.639	1	3	
<i>Me cuesta enfrentarme a mis problemas</i>	102	1.61	.662	1	3	

Tabla XII. Medias e indicadores de confiabilidad de los instrumentos utilizados Cont...

<i>Instrumento/Reactivo</i>	N	Media	D.E	Min	Max	Alfa
<i>Me preocupo demasiado</i>	102	1.68	.76	1	3	
<i>Me encuentro molesto</i>	102	1.37	.61	1	3	
<i>Pensamientos sin importancia vienen a mi cabeza</i>	102	1.59	.75	1	3	
<i>Me preocupan cosas de la escuela</i>	102	2.18	.75	1	3	
<i>Me cuesta decidir lo que tengo que hacer</i>	102	1.76	.75	1	3	
<i>Noto que mi corazón late más rápido</i>	102	1.66	1.24	1	3	
<i>Tengo miedo</i>	102	1.49	1.29	1	3	
<i>Me preocupo por las cosas que van a ocurrir</i>	102	1.75	.75	1	3	
<i>Me cuesta quedarme dormido</i>	102	1.56	.76	1	3	
<i>Tengo sensaciones extrañas en el estomago</i>	102	1.46	.64	1	3	
<i>Me preocupa lo que otros piensan de mi</i>	102	1.62	.69	1	3	
<i>No olvido problemas</i>	102	1.53	.7	1	3	
<i>Tomo las cosas muy en serio</i>	102	1.81	.79	1	3	
<i>Muchas dificultades en la vida</i>	102	1.49	.65	1	3	
<i>Me siento menos feliz que los demás</i>	102	1.39	.72	1	3	
<i>Depresión</i>						.86
<i>Me molestaron muchas cosas</i>	102	1.71	.79	1	4	
<i>No tenía hambre</i>	102	1.77	.88	1	4	
<i>No podía quitarme la tristeza</i>	102	1.75	1.49	1	4	
<i>Sentí que era bueno</i>	102	2.28	1	1	4	

Tabla XII. Medias e indicadores de confiabilidad de los instrumentos utilizados Cont...

<i>Instrumento/Reactivo</i>	N	Media	D.E	Min	Max	Alfa
<i>Dificultad para concentrarme</i>	102	2.13	.99	1	4	
<i>Me sentí deprimido</i>	102	1.71	1.02	1	4	
<i>Todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo</i>	102	1.67	.86	1	4	
<i>Veía el futuro con esperanza</i>	102	2.46	1.08	1	4	
<i>Pensé que mi vida era un fracaso</i>	102	1.44	.86	1	4	
<i>Tenía miedo</i>	102	1.42	.82	1	4	
<i>Dormí sin descansar</i>	102	1.90	1.05	1	4	
<i>Estaba feliz</i>	102	1.94	1.01	1	4	
<i>Platiqué menos de lo normal</i>	102	1.79	.92	1	4	
<i>Estaba solo</i>	102	1.60	1	1	4	
<i>Sentí que la gente era poco amigable</i>	102	1.65	1.01	1	4	
<i>Disfrute la vida</i>	102	2.06	1.1	1	4	
<i>Lloraba a ratos</i>	102	1.62	.96	1	4	
<i>Me sentía triste</i>	102	1.61	.93	1	4	
<i>Sentí que no le caía bien a otros</i>	102	1.53	.88	1	4	
<i>H. de afrontamiento</i>						.80
<i>Resuelvo problemas</i>	102	3.51	1.2	1	5	
<i>Hablo con otros para apoyarnos mutuamente</i>	102	3.26	1.22	1	5	
<i>Busco ánimo en otras personas</i>	102	3.47	1.14	1	5	
<i>Hablo con otros para que me ayuden</i>	102	3.32	1.22	1	5	
<i>Consigo apoyo de mi familia</i>	102	3.55	1.16	1	5	

Tabla XII. Medias e indicadores de confiabilidad de los instrumentos utilizados Cont...

<i>Instrumento/Reactivo</i>	N	Media	D.E	Min	Max	Alfa
<i>Ignoro el problema</i>	102	4.08	1.13	1	5	
<i>Ignoro conscientemente el problema</i>	102	4.20	1.01	1	5	
<i>Saco el problema de mi mente</i>	102	3.85	1.12	1	5	
<i>Me aislo</i>	102	4.15	1.19	1	5	
<i>No hago nada</i>	102	4.18	1.19	1	5	
<i>Un milagro resolverá el problema</i>	102	4.32	1.21	1	5	
<i>Espero que el problema se resuelva por si solo</i>	102	4.24	1.16	1	5	
<i>Sueño despierto que las cosas van a mejorar</i>	102	3.66	1.46	1	5	
<i>Imagino que las cosas van a ir mejor</i>	102	3.06	1.34	1	5	
<i>Ideación suicida</i>						.90
<i>No podía seguir adelante</i>	102	1.47	.84	1	4	
<i>Tenía pensamientos de muerte</i>	102	1.58	.85	1	4	
<i>Mi familia estaría mejor si estuviera muerto</i>	102	1.55	.9	1	4	
<i>Pensé en matarme</i>	102	1.36	.71	1	4	
<i>Este mundo estaría mejor si yo estuviera muerto</i>	102	1.4	.8	1	4	
<i>Parasuicidio</i>						.61
<i>Daño a propósito sin el fin de quitarte la vida</i>	102	.54	.75	0	2	
<i>Daño a propósito con el fin de quitarte la vida</i>	102	.24	.55	0	2	

Tabla XIII. Diferencias de medias entre grupos.

Índice	Grupo Casos	Grupo Control	F	Significancia
Rechazo Parental	1.61	1.35	4.88	.029
Apoyo Familiar	2.97	3.20	.011	.916
Comunicación Familiar	2.3	2.7	.667	.417
Maltrato Infantil	.66	.40	5.096	.026
Ansiedad	1.77	1.46	13.88	.000
Depresión	2.02	1.58	7.611	.007
Autoestima	2.38	3.33	13.083	.000
H. de Afrontamiento	3.64	3.91	.875	.352
Impulsividad	2.17	2.18	.598	.441
Ideación Suicida	1.94	1	65.09	.000
Parasuicidio	.77	0	105.36	.000

Tabla XIV. Riesgo de haber presentado problemas de ansiedad dado que se es caso de comportamiento suicida.

		IDENTIFICACION DEL GRUPO		Total
		GRUPO CASOS	GRUPO CONTROL	
ANSIEDAD	con ansiedad	42	10	52
	sin ansiedad	9	41	50
Total		51	51	102

OR=19.133, EE= .509, $X^2= 37.33$, IC 95%= 7.052 – 51.91 P=.000

Tabla XV. Riesgo de haber presentado problemas de depresión dado que se es caso de comportamiento suicida.

		IDENTIFICACION DEL GRUPO		Total
		GRUPO CASOS	GRUPO CONTROL	
DEPRESIÓN	con depresión	28	2	30
	sin depresión	23	49	72
Total		51	51	102

OR= 29.826, EE=.774, $X^2 = 29.225$, IC95%=6.5 -136, P=.000

Tabla XVI. Riesgo de haber presentado problemas de impulsividad dado que se es caso de comportamiento suicida.

		IDENTIFICACION DEL GRUPO		Total
		GRUPO CASOS	GRUPO CONTROL	
PRESENTA IMPULSIVIDAD	Impulsividad	39	23	62
	Normal	12	28	40
Total		51	51	102

OR=3.957, EE=.434, $X^2 = 9.16$, IC95%=1.69 – 9.26 P=.002

Tabla XVII. Riesgo de presentar problemas de autoestima dado que se es caso de comportamiento suicida.

		IDENTIFICACION DEL GRUPO		Total
		GRUPO CASOS	GRUPO CONTROL	
NIVEL DE AUTOESTIMA	baja autoestima	24	4	28
	buena autoestima	27	47	74
Total		51	51	102

OR=10.444 EE=.592, $X^2= 17.597$, IC95%= 3.2 – 33.3 P=.000

Tabla XVIII. Riesgo de presentar déficit en habilidades de comportamiento dado que se es caso de comportamiento suicida.

		IDENTIFICACION DEL GRUPO		Total
		GRUPO CASOS	GRUPO CONTROL	
HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO	sin HA	14	4	18
	con HA	37	47	84
Total		51	51	102

OR=4.446, EE= .608, $X^2= 5.411$, IC95%=1.35 – 14.64, P=.014

Lo anterior hace notar que el riesgo incrementa cuando se tienen esta problemática de tipo psicológico, siendo el problema de depresión, el que indica mayor puntaje en relación al riesgo.

La matriz de correlaciones exhibida en la Tabla XIX, señala la asociación encontrada entre el total de las variables del estudio. En ella se muestran asociaciones significativas entre las variables personales, así como entre las que constituyen el factor de disfunción familiar. También se indica que la ideación suicida y el parasuicidio se encuentran altamente correlacionados y que los factores personales, a la vez de relacionarse con los familiares, se asocian a la ideación suicida. Esta apreciación preliminar se ve confirmada, de manera sistemática en el modelo de ecuaciones estructurales.

El modelo de ecuaciones estructurales (Figura 12) revela que el origen de los comportamientos suicidas se encuentra en el factor de disfunción familiar, representado por el maltrato infantil, el rechazo de los padres y el déficit en la comunicación familiar. Este factor produce una relación directa con el constructo de disfunción individual, compuesto por las variables ansiedad, depresión, baja autoestima y déficit en habilidades de afrontamiento. A su vez, la disfunción individual se relaciona de forma directa a la ideación suicida, la que influye en el parasuicidio.

Lo anterior sugiere que los problemas familiares están asociados con el comportamiento suicida en el adolescente al desencadenar una serie de trastornos y déficits en el mismo; éstos hacen más probable la planeación de actos suicidas, los que, ocasionalmente pueden materializarse como intentos de suicidio o, por lo menos, conductas autolesivas. La capacidad explicativa de este modelo es sobresaliente: la R^2 de la ideación suicida es de .76 y la de parasuicidio, de .79.

Tabla XIX. Matriz de correlaciones entre escalas utilizadas.

V'S	RA	CF	AF	MI	HA	IM	DEP	ANS	AUT	IS	PS
RA	1										
CF	-.349**	1									
AF	-.601**	.708**	1								
MI	.413**	-.427**	-.391**	1							
HA	-.500**	.371**	.442**	-.182	1						
IM	-.044	.143	.131	.014	.074	1					
DEP	.445**	-.238*	-.370**	.257**	-.274**	-.156	1				
ANS	.298**	-.156	-.114	.215*	-.179	.016	.461**	1			
AUT	-.239*	.375**	.306**	-.249*	.227*	.182	-.260**	-.125	1		
IS	.268**	-.229*	-.141	.229*	-.275**	-.064	.394**	.368**	-.437**	1	
PS	.208*	-.170	-.108	.189	-.325**	-.030	.418**	.452**	-.244**	.579**	1

** P<.001 *P<.05

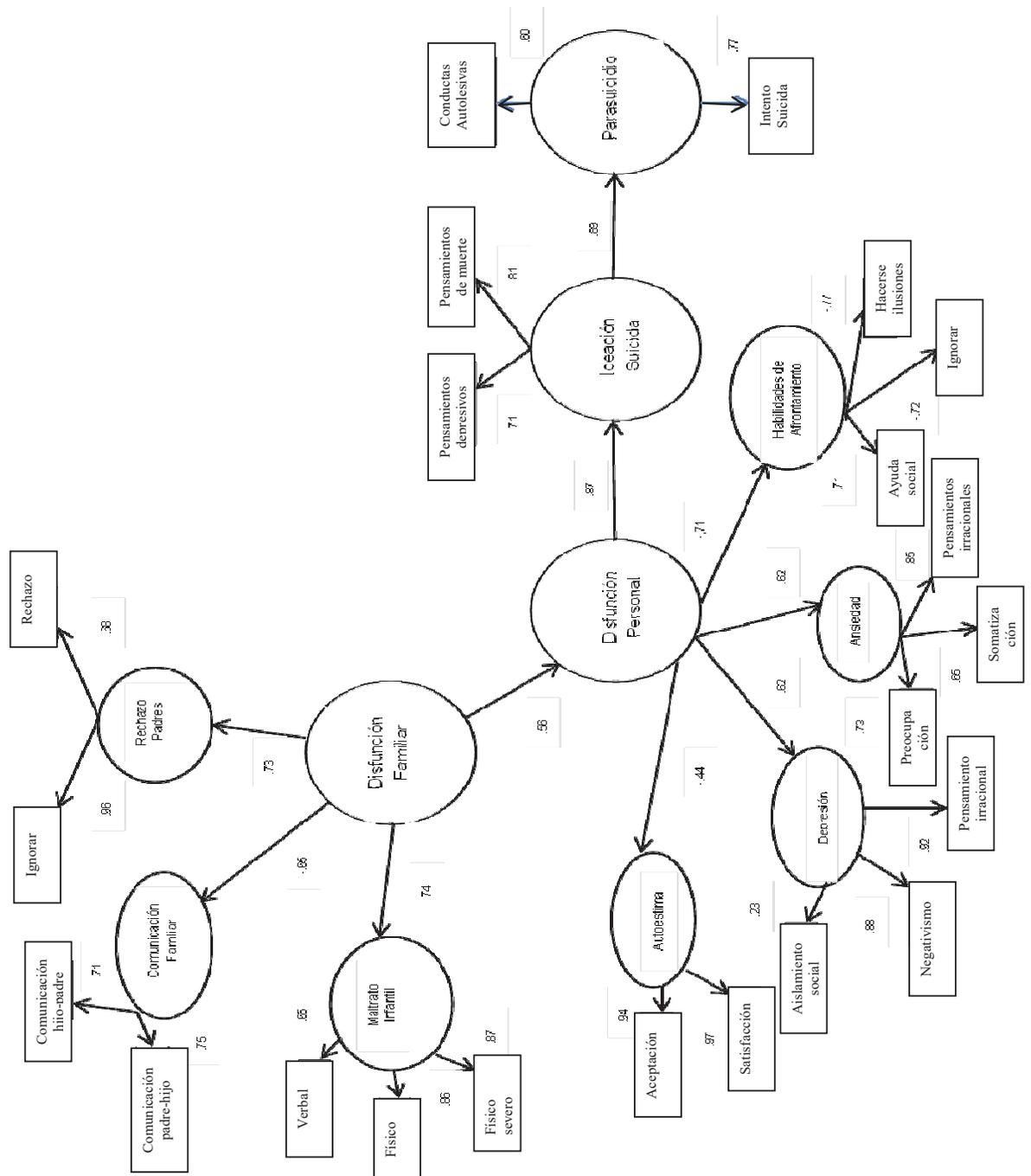


Figura 12. Modelo Estructural Explicativo del Comportamiento Suicida.

Bondad de Ajuste $\chi^2=283.21$ (177 gl), $p<.001$; BNNFI= .91; CFI=.92;

RMSEA= .07; R2 Ideación Suicida=.76; R2 Parasuicidio = .79

Discusión

El presente estudio proporciona una visión general de la génesis de la conducta suicida en un grupo de los adolescentes en la ciudad de Hermosillo, Sonora.

La adolescencia es un periodo de cambio, en donde los individuos son más vulnerables a los trastornos de conducta, principalmente, en las etapas de adolescencia temprana y adolescencia intermedia (Craig, 1997; Delval, 2000) debido a todos los eventos que surgen en ese periodo, lo anterior es confirmado por la media de edad de los adolescentes de estudio que fue de 15 años, en todas las etapas de la investigación.

La presencia de estas conductas, es referida a razón de 3 a 1 en el género femenino en relación al intento suicida por diversos autores (Berenzon y col., 2000; González-Forteza y Jiménez, 2003), sin embargo, en la fase 1 estas conductas estuvieron presentes a razón de 5 a 1, exhibiendo un aumento en relación a esta conducta en este género.

Al bajar la edad media a 15 años, la moda se localizó en los años de secundaria contrario a lo que comentan Vega y col. (1993) y Garrison (1989), quienes habían encontrado que la prevalencia aumentaba con la edad, alcanzando su máximo en los años de preparatoria.

También fue notoria la presencia de las conductas autolesivas como segunda problemática después de la ideación suicida, debido a lo anterior, se hace necesario observar la presencia de los trastornos de ansiedad (tanto en primera como en segunda fase) siendo el factor principal asociado con estas conductas desplazando a los trastornos del estado de ánimo (Nrugham y col., 2008; Saucedo-García y col., 2006; Selligman, 1975), este trastorno se puede observar como un método de desahogo o escape que utilizan los adolescentes, en las tres variables observadas, concordando con lo dicho por Shneidman (1988, Cit en Leenaars, 2010) en su cuarto constructo denominado cese, la primera característica de buscar una solución y la octava de que acción común escape.

VARIABLES REVISADAS EN LA BIBLIOGRAFÍA NO PRESENTARON REPRESENTATIVIDAD EN LAS FASES UNO Y DOS, POR EJEMPLO, BULLYNG O PROBLEMAS CON LOS PARES (Hidaka y col., 2008),

procesos de duelo (Andrade Palos y col., 2003; Palacios X 2007; Teraiza y Meza, 2009), antecedentes de estas conductas en familiares (Arias Gómez, 1994; Saucedo y col., 1997) y adicciones (Medina–Mora 1994).

El perfil encontrado, apoya hallazgos realizados en investigaciones en relación a: la situación familiar (Mack, 1986) y su relación con los aprendizajes de estilos de afrontamiento y comportamiento adquiridos en edad temprana (Shneidman, 1988, Cit en Leenaars, 2010; González-Forteza y col., 2003); las características familiares (Mittendorfer-Rutz y col., 2008) en especial el apoyo familiar, la comunicación familiar (González-Forteza y col., 2003) el rechazo por parte de los padres (Barcelata y col., 2004; Vougiouklakis y col., 2009), como detonantes de estas conductas; el maltrato infantil (Brzozowska, 2004; Roy, 2004; Páramo y Chávez, 2006; Hard y col., 2008) estuvo presente siendo un factor asociado en estos comportamientos; la autoestima como variable recurrente (Vallejo, 2006; Reyes, 2008); el trastorno depresivo (Gould y col., 2003) y el trastorno ansioso (Gutiérrez García y Contreras, 2006).

En el sentido individual, las variables psicológicas representan un factor de riesgo para que se presenten este tipo de conductas, confirmado con el método de razón de momios y la diferencia de medias, siendo estas variables altamente significativas en relación a su asociación directa con la conducta problema (con excepción de la variable impulsividad) (García y col., 2006); sin embargo, serían tomadas como la punta del iceberg, en relación al génesis de la problemática, ya que si bien la variable depresión presentó mayor riesgo siendo este 29 veces mayor en la población de adolescentes con este trastorno, el tratamiento que se les da a los adolescentes con este padecimiento poco o nula efectividad tiene si no se trabajan también las variables sociales; confirmando lo descrito en los modelos de Seligman (1975), Schneidman (1976 cit en Lennars, 2010) y Mack (1986).

Ahora bien, es en la relación de estas variables psicológicas con las variables sociales, lo que nos amplía el panorama de cómo son estos comportamientos. Aunque debido al perfil psicosocial de los adolescentes en el CA no prestamos especial atención

a factores situacionales de índole extra-familiar, sí consideramos algunos de ellos, como las actividades globales realizadas por los adolescentes (estudio, trabajo), las cuales no resultaron ser determinantes en relación con la conducta suicida. Los dos grupos estudiados (incluyendo el que tenía antecedentes de esa conducta) pertenecen en su mayoría a escuelas de tiempo completo, y algunos son trabajadores de medio tiempo.

Los resultados señalan que la familia es un factor de gran importancia en la determinación del comportamiento suicida. El factor de disfunción familiar influyó significativamente en trastornos y déficits de conducta individual (depresión, ansiedad, carencia de habilidades de afrontamiento, baja auto-estima) y éstos fueron poderosos determinantes de la ideación suicida. Como lo establece Mack (1986) en su modelo arquitectónico, las experiencias tempranas se presentan en la familia, y las habilidades de afrontamiento se aprenden o adquieren durante esta etapa; de ahí la importancia de la comunicación familiar y el efecto negativo del rechazo parental y el maltrato infantil (Rice, 2000).

Con lo anterior, se puede discutir hasta qué punto la dinámica familiar afecta los comportamientos suicidas, constituyéndose en un factor de impacto indirecto para la generación de comportamientos que encajan en la anormalidad del desarrollo adolescente (Dulanto, 2000).

Los trastornos psicológicos resultantes y la ausencia de factores protectores que ayuden al adolescente a solucionar sus problemas de manera asertiva y eficiente parecen conducir a la ideación y por ende a la planeación suicida. El hecho de que los primeros expliquen el 76% de la varianza de la segunda se constituye en una alerta, pero también en una información valiosa que puede aprovecharse para la prevención de las conductas auto-lesivas en los adolescentes.

Un porcentaje tan elevado de capacidad explicativa, indicaría que el trabajo de prevención debería enfocarse en el entorno familiar y en el empoderamiento de los adolescentes, en aras de fortalecer su auto-estima, las habilidades de afrontamiento, y su estado anímico.

El trabajo con las familias implicaría abordar las raíces de los sistemas de crianza castigantes (maltrato), mejorar los patrones de comunicación entre los miembros de la familia, y procurar el establecimiento de relaciones afectuosas y de apoyo. Muchos de esos procesos no son desplegados por falta de habilidades paternas (Strauss y col., 2000), aunque no debe de olvidar que la violencia familiar posee raíces tan o más complicadas como las que generan la conducta suicida. Aun así, la falta de habilidades paternas incluye la ignorancia acerca de las consecuencias nocivas de la disfunción familiar. Ignorancia no equivale a despreocupación y es probable que muchos padres sean poco afectuosos e, incluso, agresivos con sus hijos porque suponen que esas son formas apropiadas de crianza (Frías y McCloskey, 1998). También es probable que el conocimiento de que el maltrato, la falta de comunicación familiar y las manifestaciones de rechazo pueden conducir a los hijos a presentar problemas individuales que los lleven a la ideación suicida –y de ahí, al intento de suicidio- lleve a los padres a modificar sus patrones comportamentales. Ésta es un área de intervención que está abierta.

Todo lo anterior, puede generar la conciencia de que el trabajo familiar preventivo de los problemas psicológicos en los adolescentes, representa un potencial a considerar en el esfuerzo para combatir la conducta suicida. Ese esfuerzo, debe iniciar en las etapas tempranas de la formación de una familia, ya que se tiene que dirigir el proceso de prevención a los eventos que originan la disfunción individual desde la infancia, y no en la etapa de la adolescencia cuando los trastornos y las incapacidades se encuentran firmemente establecidos.

Este esfuerzo, debe de ser tanto de los padres, como de las instituciones próximas al menor, detectando aquellos variables que aunque pudieran ser insignificantes por separado, en conjunto como lo hemos visto conllevan un problema mayor.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A., Knobel, M. 1997. La adolescencia normal. Paídos. México.
- Almonte, C. 2003. Conducta suicida en la niñez y adolescencia. En Almonte, C., Montt, M. Correa, A. Psicopatología infantil y de la adolescencia (507 – 522). Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile.
- Amparano G. L., 2009. Directora de SESAM, Conferencia de Prensa. http://www.elimparcial.com/EdicionDigital/Ediciones/20091009/PDFS/Metro_1.pdf
- Andrade Palos, P., Betancourt, O.D., Camacho Valladares, M. 2003. Ambiente Familiar de Adolescentes que han Intentado suicidarse. Revista de Psicología Social y Personalidad, XIX (1), 55-64
- APA (American Psychiatric Association), 2002. Libro Electrónico.
- Arango, V., Huang, Y.Y., Underwood, M.D., Mann, J.J. 2003. Genetics of the serotonergic system in suicidal behavior. J. Psychiatr Res. 37(5):375-86.
- Arias, Gómez J., Cárdenas, N., Alonso V., Morales C., López, G. 1994. Intento de suicidio en adolescentes. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 51 (11), pp. 86-95.
- Arlaes, L., Hernández, G., Disney, C., Cañizares, T. 1997. Conducta suicida: factores de riesgo asociados. http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol14_2_98--gi03298.htm.
- Arlaes, N.L., Hernández, S.G., Álvarez, C.D. 1998. Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev. Cubana Med Integra. 14(2):122-6
- Ballesteros-Usano, M. 1955. Suicides in adolescence. Proceeding of the international congress of mental health. pp. 282-289.
- Barcelata, B., Duran, C., Lucio, E. 2004. Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. Revista Colombiana de Psicología. (13) p. 64-73.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester D., Trexler, L. 1976. Classification of suicidal behavior II. Dimension of suicidal intent. Archives of General Psychiatry. 33(7). 835-837.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. 1983. Terapia cognitiva de la depresión

- (2^a. ed). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., Garrison, B. 1985. Hopelessness and eventual suicide: A 10 – Year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation, *Am J Psychiatry*. 142, p. 559-563.
- Bentler, P.M. 2006. EQS Structural Equations Program Manual. Los Angeles: BMPD Statical Software, Inc.
- Berenzon, S., González, F.C., Medinak, M.E. 2000. Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres. *Revista Mexicana de Psicología*. 17 (1), 55-63.
- Bergstrand, C.G., Otto, U. 1962. Suicidal attexnpts in adolescence and childhood. *Acta Pediátrica*. 51: 17-26.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A. 2002. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 7(2), 6-8.
- Bleger, J. 1998. *Temas de psicología (entrevista y grupos)*. Argentina: Nueva Visión.
- Bios, P. 1980. *Psicoanálisis de la adolescencia*. 3a Ed. Joaquín Mortiz, México.
- Bobes, J., Bousoño, M., Portilla, M.P., Saiz, P.A. 2004. *Comportamientos Suicidas: Prevención y Tratamiento*. Ars Médica. Barcelona.
- Borges, G., Rosovsky, H., Caballero, M.A., Gómez, C. 1994. Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Instituto Mexicano de Psiquiatría Anales*. 5, 15-21.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez Gutiérrez, R. 1996. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública Mex*. 38:3:197-206.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., Medina-Mora, M. 2010. Suicidio y Conductas Suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México* 52:4: 292-304.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Nock, M. 2008. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 47:1:41-52.
- Brukner, P. 1975. *Psicología social del autoritarismo*. Siglo XXI. México.
- Brzozowska, A. 2004. Child maltreatment as risk factor for suicidal behavior, a

- literature review. *Psychiatr Pol.* 38(1):29-36.
- Casullo, M.M., Bonaldi, P.D., Fernández, M. 2000. Comportamientos suicidas en adolescentes, morir antes de la muerte. Ed. Lugar Editorial., Buenos Aires Argentina. pp. 11-43.
- Castañeda, A. 2003. Características psicosociales del adolescente parasuicida. http://www.psicoactiva.com/Noticias/n_0004
- Castañer, O. 1996. La asertividad: expresión de una sana autoestima. DESCLE.
- Cattel, R., Eber, H., Tatsuoka, M. 1965. Cuestionario de 16 factores de la personalidad. Editorial. Manual Moderno. México.
- Clemente, M., y González, A. 1999. El suicidio. Una alternativa social. ed. Biblioteca Nueva. Madrid, España.
- Cohira, A. 2009. Coordinadora de Unidad de Terapia Infantil: Centro de Higiene Mental Carlos Nava Muñoz. Comunicación Personal.
- Compton, M., Thompson, N., Kaslow, N.J. 2005. Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 40: 175–185.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 2003. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (ed. rev. 2002). Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS.
- Coon, D. 1998. Psicología. Exploración y Aplicaciones 8ª ed. Thomson México D.F.
- Craig, G. 1997. Desarrollo Psicológico 7º ed. Prentice-Hall. Hispanoamericana.
- Cubillas, M.J, Román, R., Abril, E., Terrones, G., Lechuga, A., Martínez, Y., Moysen, S. 2006. Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes sonorenses de educación media superior y su relación con la dinámica social y familiar. Reporte Técnico entregado a la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora.
- Delval, J. 2000 Aprender en la vida y en la escuela. Morata. Madrid.
- Derflinger, C.M. 1991. Autoconcepto en adolescentes farmacodependientes y

- Autoconcepto en adolescentes no farmacodependientes. Estudio comparativo. Tesis de Licenciatura IUCE., México, D.F.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Byron, G., Kleinman, A. 1995. World Mental Health. Problems and priorities in low-income countries. Oxford University Press.
- Deyken, E., Buka, S. 1994. Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents. American Journal of Public Health. 84, pp. 634-639.
- Díaz Guerrero, R. 1984. Tristeza y psicopatología en México. Salud Mental, (2), pp. 3-9.
- Diekstra, R. 1985. Suicide and suicide attempts in the European Economic Community: an analysis of trends with special emphasis upon trends among the young. Suicide and Life-Threatening Behavior. 5, 27-42
- Diekstra, R. 1989. Epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychscand, suppl. 37:1920.
- Dube, S., Anda, R., Feliti, V., Chapman, D. 2001. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. J American Medicine Association. 286(24):3089-3096.
- Dulanto, G.E. 2000. El adolescente. p. 143-221. Mac Graw Hill Interamericana. México.
- Durkheim, E. 1897. El Suicidio. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Farberow, N.L., Shneidman, E.S. 1994. ¡Necesito ayuda! : un estudio sobre el suicidio y su prevención. Ed. Fournier, México.
- Fernández, C. 2002. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría. 31(4), 283-297.
- Freeman, A., Reinecke, M.A. 1995. Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. |sl|: Biblioteca de Psicología.
- Freud, S. 1917. Duelo y Melancolía. En Freud, S. 1976. Obras completas Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, trabajo sobre metapsicología y otras obras. Vol XIV 241-255. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Frías, M., McCloskey, L.A. 1998. Determinants of harsh parenting in Mexico. Journal of Anormal Child Phycology. 26, 129-139.
- Frydenberg, E., Lewis. 1978. ACS. Escala de afrontamiento para adolescentes. TEA

Ediciones Madrid, España.

- Fu, Q., Heath, A.C., Bucholz, K.K., Nelson, E.C., Glowinski, A.L. 2002. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological Medicine*. 32, 11–24
- García, R.J. 2004. Conocimientos y Creencias de los Estudiantes Universitarios de Tabasco acerca del Suicidio. *ar La Psicología Social En México*. Vol. X. pp. 169-174.
- García, J., Peralta, V. 2002. Suicidio y riesgo de suicidio. http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_3.html
- Garrison, C. 1989. The study of suicidal behavior in the schools. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 19, pp. 120-130.
- Gessell, A. 1958. El adolescente de 10 a 16 años. Paídos 4ta ed. Argentina.
- Gmitrovicz, A., Kolodziej-Maciejewska, H. 2001. Dysfunction of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in adolescents after a suicide attempt. *Psychiatr Pol*. 35, 5, 803-818.
- González-Forteza, C., Andrade, P. 1994. Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 40(2), 156-163, Argentina.
- González-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C., Jiménez, J.A. 1996. Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual perspectivas. *Salud Mental*. 19 (Suplemento abril), pp. 33-38.
- González-Forteza, C., Andrade, P., Jiménez, A. 1997. Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 43(4), 319- 326, Argentina.
- 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, Hidalgo y su relación con el Malestar Depresivo y el uso de Sustancias. *Rev. Mex Psic*. 15(2): 165-175.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Mariño, M.C., Pérez, E. 2001. Vidas en Riesgo: Conducta suicida en adolescentes. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*,

- Buenos Aires, Argentina. En prensa.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Mariño, M.C., Pérez, E. 2002. Vidas en Riesgo: Conducta Suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*. 48(14): 74-84.
- González-Forteza, C., Jiménez, T.A. 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), 35-51
- González-Serratos, R. 1995. Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. *Salud Reproductiva Sociedad*, 6(7):14-17.
- Gould, M.S., King, R., Greenwald, S. 1998. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 31 S\5-323.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D., Shaffer, D. 2003. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 42 (4): 386-405.
- Guiao, I y Esparza D. 1995. Suicidality correlates in Mexicans Americans. *Issues in Mental Health Nursing*, 16 (5) 461-479
- Gunnell, D.J. 2000. The epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry* 12(1): 21-26.
- Gutiérrez, G.A, Contreras, C. 2006. El Suicidio conceptos actuales. *Salud Mental*. Sept-Oct. Año/Volumen (29) 66-74
- Hardt, J., Sidor, A., Nickel, R., Kappis, B., Petrak, P., Egle, U.T. 2008. Childhood adversities and suicide attempts: A retrospective study. *Journal of Family Violence*. (23), 713-718
- Harris, J.A. 1997. A further evaluation of the aggression questionnaire: issues of validity and reliability. *Behavioral Research and Therapy*. 35, 1047-1053.
- Harris, T.E., Lennings, C.J. 1995. Suicide and Adolescence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 37(3) 263-270

- Haz Paz. 2000. Violencia intrafamiliar (serie), tomos 1 a 6, Bogotá, Presidencia de la República.
- Hidaka, Y., Operario, D., Takenaka, M., Omori, S., Ichikawa, S., Shirasaka, T.S. 2008. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 43(9):752-7 PMID 18488128
- Hijar, M., Rascón, M., Blanco, J. y López. L. 1996. Los suicidios en México. Características Sexuales y Geográficas (1979-1993). Salud Mental, 19 (4), pp. 14-21.
- Hocker, J., Wilmot, W. 1991. Interpersonal conflict (3ra ed.) Dubuque, IA: W. C. Brown.
- Hoyos, M. 2005. Sanando heridas después de un suicidio. Bogotá. Fundación Omega.
- Huey, S., Henggeler, S., Rowland, M. 2004. Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 4(2), 183 – 190.
- INEGI. Instituto Nacional de Geografía y Estadística 2000. www.inegi.gob.mx
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2004. Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. Serie de estadísticas continuas, demográficas y sociales.
- INEGI 2007. Estadística de los Suicidios en los Estados Unidos Mexicanos, 2006. México.
- INEGI 2008. Estadística de los Suicidios en los Estados Unidos Mexicanos, 2007. México.
- INEGI 2009. Estadística de los Suicidios en los Estados Unidos Mexicanos, 2008. México.
- Kelly, G. A. 1955. El punto de vista de la concepción personal. En: Farberow, N. L.; Shneidman, eds. ¡Necesito Ayuda! México: Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1969; 279-310.
- Khan, A., Leventhal, R.M., Khan, S., Brown, W.A. 2002. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. J Affec Disorders. 2002; 68, 183-190.
- King, K. 2001. Developing a comprehensive school suicide prevention program. Journal

- of School Health. 71 (4), 132 - 137.
- Kreitman, N., Foster, J. 1991. The predictive scales, with special construction reference to and selection of parasuicide. *Br J Psychiatry*. 1991; 159: 185—192. 442.
- Larraguibel, M., Martínez, V., Valenzuela, R., González, P., Schiattino, I. 2001. Intento de suicidio en adolescentes. Factores asociados. *Psicopatología*. 21(4): 237 – 253.
- Latorre, A., Del Rincón, D., Arnal, J. 1996. *Bases Metodológicas de la Investigación Cualitativa*. Barcelona: GR92.
- Lecrubier, Y. 2001. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *Eur Psychiatry*. 16: 395-399.
- Leenaars, A.A. 2010. Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online* 2010. 1:5-18.
- Leslie, M.B., Stein, J.A., Rotheram-Borus, M.J. 2000. Sex Especific predictors of suicidality among runaway youth. *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology*. 31 (1), 27-40
- Liu, K. 2005. Vulnerability to Friends' Suicide Influence: The Moderating Effects of Gender and Adolescent Depression. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol. 35, No. 3, June 2006, pp. 479–489 (C 2006) DOI: 10.1007/s10964-006-9028-7
- Macmurray, J.W. 1953. *The self as agent*. Faber & Faber. Londres, England.
- Madrigal, L.E., Fonseca, L.J., Vázquez, J.L. 2004. *Boletín latinoamericano adolescencia* (Guadalajara, Jalisco, México), nueva época, 10 de enero-junio.
- Mack, J.E. 1986 *Adolescent suicide: a conceptual model* en G.L. Ríerman (ed) *Suicide and depression among adolescent and young adults*. Washington, American Psychiatry Press. 1986.
- Marcia, J. 1980. *Identity In adolescence: Handbook of adolescence psychology*. New York.
- Marcia, J. 1993. *Ego identity: A handbook for psychosocial research*. Springer Verlag. New York.
- Mardomingo, M. 1998. Los intentos de suicidio. En Rodríguez, J. *Psicopatología del niño y del adolescente*. 2Ed p. 709 – 714. Tomo I. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Marquet, B. 2008. *Child and teenage suicide in Europe: a serious public health issue*”

- Assemblée parlementaire. Strassburg.
- Medina-Mora, M.E., López, E.K., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E. 1994. La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. *Anales. IX Reseña de la Reunión de Investigación y Enseñanza.* pp. 7-14.
- Miranda, I., Cubillas, M., Roman, R., Elba, A. 2009. Ideación Suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental.* P. 495-502.
- Mittendorfer-Rutz, E., Wasserman, D., Rasmussen, F. 2008. Fetal and childhood growth and the risk of violent and non-violent suicide attempts: a cohort study of 318 953 men. *J Epidemiol Community Health.* 62:168-173 doi:10.1136/jech.2006.057133
- Mondragón, L. 2007. Ética de la investigación psicosocial. *Salud mental noviembre-diciembre.* Año/vol. 30. Número 006. Instituto de psiquiatría Juan Ramón de la fuente.
- Mondragón, L., Saltijeral, M.T., Bimbela, A., Borges, G. 1998. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental.* 21(5), 20-27.
- Mondragón, L., Borges, G., Gutiérrez, R.A. 2001. La medición de la conducta Suicida en México: Estimaciones y Procedimientos. *Salud Mental.* 24(6) 4-15.
- Monge, J. A., Cubillas Rodríguez, M.J., Román Pérez, R., Abril Valdez, E. 2007. Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud.* 17(1): 45-51.
- Montenegro, H., Guajardo, H. 2000. *Psiquiatría del niño y del adolescente.* 2da ed. Editorial Mediterráneo. Santiago, Chile.
- Morande, G., Carrera, M. 1985. Aportaciones de la epidemiología en la comprensión, prevención y abordaje terapéutico del suicidio infantil y juvenil. *Jano.* 29 1848-1859.
- Mussen, H., Conger, J., Kagan, J. 1982. *Desarrollo de la personalidad en el niño.* Trillas. México.
- Myers, G.D. 2000. *Psicología Social* 6ta ed. Mc Graw-Hill. Colombia.
- Nrugham, L., Larsson, B., Sund, A.M. 2008. Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal act across adolescence. *Journal of*

- Affective Disorders. 111:1:83-93.
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B., Silverman, M. (1996).
Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 26, 237-252.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) 2001.
http://www.who.int/mental_health/media/mexi.pdf
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 2004.
http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 2009.
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd_2009_statement.pdf
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1998. La condición de salud en las Américas, Vol I: p.80. Washington, D.C.
<http://www.paho.org/spanish/HIA1998/SaludVol1.pdf>
- Oquendo, M.A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S.P., Grunebaum, M.F., Burke, A., Mann, J.J. 2004. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 161: 1433–1441.
- Orbach, I., Rosenheim, E., Hary, E. 1987. Some aspects of cognitive functioning in suicidal children. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 26, 181-185.
- Palacios, J. 1995. Los datos acerca del maltrato infantil en España: una visión de conjunto. *Infancia y aprendizaje*. Vol. 71 pp. 69-76.
- Palacios, J., Andrade, P., Betancour, D. 2007 Intento de Suicidio y Consumo de Alcohol en Adolescentes. Presentado en AMEPSO. p.174-181
- Palacios, X., Barrera, A.M., Ordoñez, M., Peña, M.A. 2007. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 25:2:40-62.
- Papalia D.E., Wendkos, O.S. Duskin, F.R. 2001. *Desarrollo Humano*. 8va ed. McGraw Hill. Bogotá Colombia.

- Paramo, C.D., y Chávez, A. 2007. Maltrato y Suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*. Vol. 30, No. 3, mayo-junio 2007.
- Piaget, J. 1984. *Los procesos de adaptación*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Quintanilla, R., Haro, L.P., Flores, M.E., Celis, A., Valencia, S. 2003. Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*. 5,2. 10 p.
- Radloff, L.S. 1977. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1, 385-401.
- Reinherz, H., Tanner, J., Berger, S., Beardslee, W., Fitzmaurice, G. 2006. Adolescent Suicidal Ideation as Predictive of Psychopathology, Suicidal Behavior, and Compromised Functioning at Age 30. *Am J Psychiatry*. 163:1226-1232.
- Reyes, H. 2008. *El comportamiento suicida y su relación con el autoconcepto y la depresión en adolescentes*. León Gto.
- Rice, F. 2000. *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Prentice Hall. Madrid.
- Ringel. 1989. En Casullo, M.M., Bonaldi, P.D. Fernández, M. 2000. *Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte*. Lugar editorial. Buenos Aires.
- Rivera, H.E., Andrade, P. 2006. Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*. Año/Vol. 8. Numero 002
- Roberts, E. 1980. Reliability of the CES-D Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research*. (2), 125-284.
- Robins, E. 1989. *Urgencias Psiquiátricas. Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Salvat Editores.
- Rohner, R.P. 1975. *They love me, they love me not: a world wide study of the effects of parental acceptance-rejection*. New Haven, CT: HRAF.
- Rosenberg, M. 1965. *Society and the adolescent self-image*. Princenton, NJ: Princenton University, Press.
- Rossello, J., Berrios, M.N. 2004. Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of*

Psychology. 4, Vol. 38, Num. 2 pp. 295-302

- Roy, A. 2004. Relationship of childhood trauma to age of first suicide attempt and number of attempts in substance dependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 109(2):121-125.
- Ruíz Hernández, J. A., Navarro Ruíz, J. M., Torrente Hernández, Rodríguez González, A. 2005. Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida. *Psicothema*. 17: 684-690.
- Sandín, B. 1989. Estrés, coping y alteraciones psicológicas. *Procesos emocionales y salud*. Madrid: UNED.
- Satir, V. 1986. *Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*. México: Editorial Pax México, 122-139.
- Sauceda-García, J.M., Lara-Muñoz, M.C., Focil-Marquez, M. 2006. Violencia Autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* Vol. 63, julio-agosto 2006.
- Sauceda, M., Heman, C., Saltijeral, M., Martínez, P. 1997. El intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿Síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 54 (4). pp. 169-175.
- Schock, N.W. 1946. Kidney function test in aged males. *Geriatrics* 1. 232-239.
- Sean, J., Baser, R., Breeden, G., Neighbors, G., Jackson, J. 2006. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among blacks in the United States. *JAMA*. 296:2112–2123
- Seligman, M.E. 1975. *Helplessness on Development, Depression and Death*. Freeman and Company, Nueva York.
- Sidley, L.G. 2001. Parasuicide. In *Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. Tarrrier Nicholas, Wells Adrian, Haddock Gillian. (eds.) Wiley, 272-275.
- Soo Kim, H., y Sil Kim, H. 2008. Risk Factors for Suicide Attempts among Korean Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 39:221–235 DOI 10.1007/s10578-007-0083-4

- Spielberg, Ch., Gorsuch, R., Lushene, R. 1982. Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (3ª ed.). Madrid: TEA.
- Steinhausen H.C. y Winkler C.W. 2004. The impact of suicidal ideation in preadolescence, adolescence, and young adulthood on psychosocial functioning and psychopathology in young adulthood. *Acta Psychiatr Scand*; 110(6): 438-45.
- Strauss, M.A., Hamby, S.L., Finkelhor, D., Moore, D.W., Runyan, D. 1998. Identification of child maltreatment with the Parent–Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*. 22, 249–270.
- Strauss, J., Birmaher, B., Bridge, J., Axelson, D., Chiapetta, L., Brent, D., Ryan, N. 2000. Anxiety disorders in suicidal youth. *Canadian Journal of Psychiatry*. 45(8) 739-745.
- Swanson, J.W., Linskey A., Quintero-Salinas, R., Pumariega, A., Holzer, C. 1992. A binational school survey of depressive symptoms, drug use, and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 31. pp. 669-678.
- Teraiza, E., Meza, R. 2009. Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida. *www.psiquiatria.com*. 2009; 13(3).
- Terroba, V. 1986. El suicidio y el intento de suicidio. Una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. IV Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, pp. 310-315.
- Ulloa, F. 1994. Prevención del suicidio en niños y adolescentes. *Rev. Chilena de pediatría*. 65 (3), 178 – 183.
- U.S. Public Health Service. 2009. www.usphs.gov
http://www.idph.state.il.us/about/chronic/Suicide_Prevention_Rept_2009.pdf
- Valdez, J.L. 2004. La Idea de Suicidarse en Universitarios. *La Psicología Social En México*. Vol. X. pp. 163-168
- Valdivia, M. 2002. Manual de Psiquiatría Infantil. Una Guía para Médicos Generales. Santiago ed. Mediterraneo.

- Valero, A. 2008. En aumento, los índices de suicidio de niños y adolescentes en México. Boletín UNAM-DGCS-180. Ciudad Universitaria. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vallejo, R.J. 2006. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría” Masson (Elsevier) Barcelona.
- Valois, R., Zullig, K., Huebner, S., Drane, W. 2004. Life satisfaction and suicide among high school adolescents. *Social Indicators Research*. 66: 81–105. .Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands
- Van Heeringen, K. 2003. The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry*. Jun; 48 (5): 289-91.
- Vega, W.A., Gil, A., Warheit, G., Apospori, E., Zimmerman, R. 1993. The relationship of drug use to suicide ideation and attempts among African American and Hispanic male adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 23 (2), pp. 110-118.
- Vevera, J. 2006. Cholesterol, violence and suicide--history of errors. *Cas Lek Cesk*. 145, 2, 118-122.
- Villagómez, B.R.I., Balcázar, M.A., Paz, R.R. 2005. Suicidio en Jóvenes. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 48, 54-57
- Villardón, L. 1993. El pensamiento del suicidio en la adolescencia. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Villatoro, J., Andrade-Palos, P., Fleiz, C., Medina-Mora, ME., Reyes, I. 1997. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar en adolescentes. *Salud Mental*. 20, 2:21-27.
- Vougiouklakis, T., Tsiligianni, C., Vassiliki, A. 2009. Children, adolescents and young adults suicide data from Epirus, northwestern Greece .*Boumba Forensic Sci Med Pathol* 5(4):269-73. 2009 PMID 19757218
- Willour, V.L., Zandi, P.P., Badner, J.A., Steele, J., Miao, K., Lopez, V., MacKinnon, D.F., Mondimore, F.M., Schweizer, B., McInnis, M.G., Miller, E.B., DePaulo, R., Gershon, E.S., McMahon, F.J., Potash, J.B. 2007. Attempted Suicide in Bipolar Disorder Pedigrees: Evidence for Linkage to 2p12. *Biological Psychiatry*. 61, 5, 725-

727.

World Medical Association. 2000. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Helsinki, Finlandia, 18th WMA General Assembly; Edinburgo, Escocia: 52nd WMA General Assembly.

APÉNDICES

Instrumento de Recolección de Información documentada en el Expediente
Clínico del Paciente Atendido en UTI por Comportamiento Suicida.

I. DATOS GENERALES:

1. Número de expediente:
2. Fecha:
3. Ficha No:
4. Notifica:
5. Colonia:

Características Socio demográficas de los pacientes en Estudio.

Edad	
Sexo	
Lugar de Procedencia	
Escolaridad	
Ocupación	
Tipo de Familia	
Nivel Socio Económico	
Relación de Pareja	
Fecha de Ejecución del Comportamiento	
Lugar de Ocurrencia	
Diagnostico	

Factores Sociales, Biológicos, Psicológicos, y Económicos que determinaron el
Comportamiento

Conflictos de Familia	
Violencia Intrafamiliar	
Baja Autoestima	
Uso de Sustancias	
Abuso Físico o Sexual	
Problemas con la Justicia	
Discapacidad	
Depresión	

Frustración	
Ansiedad	
Conductas Compulsivas	
Duelo	
Antecedentes de Intento Suicida	
Problemas Económicos	
Otros	

Circunstancias Asociadas al Comportamiento y Método Usado

Uso de Sustancias	
Uso de Arma de Fuego	
Uso de Arma Blanca	
Ahorcamiento	
Ahogamiento	
Sobredosis de Medicamento	
Envenenamiento	
Otros	
No Recuerda	

Manejo Clínico del Paciente y Condiciones de Alta

Intervención en Crisis	
Valoración Psiquiátrica	
Valoración Psicológica	
Psicoterapia	
Manejo Medicamentoso	
Referido a Hospital Psiquiátrico	
Tipo de Psicoterapia	
Técnicas Usadas	
Abandono Proceso	
Falleció	
Referido a Otra Unidad	
Seguimiento Externo	

Carta de Consentimiento Informado para el proyecto sobre factores psicosociales asociados al comportamiento suicida en adolescentes de 12 a 17 años. (Fase 2)

Participantes

Propósitos

Usted está invitado a participar voluntariamente en el presente proyecto de investigación, que busca conocer los factores psicosociales asociados a la conducta suicida, en adolescentes de 12 a 17 años. El proyecto está dirigido por el Lic. Psicólogo Nehemías Cuamba Osorio, estudiante de Maestría en Ciencias de la Salud, de la Universidad de Sonora (UNISON). El proyecto se basa en la comprensión e interpretación de los factores que probabilizan la presencia de comportamientos suicidas en Adolescentes, con el propósito de idear métodos de prevención e intervención efectivos para controlar y reducir este tipo de comportamientos en la población adolescente. Los participantes en la investigación deben ser personas en un rango de edad de 12 a 17 años, que sean atendidos en consulta externa de la Unidad de Terapia Infantil, al ser menores de edad es necesario que usted como padre o tutor decida si el menor puede participar. Si lo desea, puede recibir una copia completa del proyecto de investigación.

Procedimientos

Si usted decide participar en este proyecto, su colaboración consistirá dar permiso al menor para entrevistarse en forma confidencial e individual con el investigador Nehemías Cuamba Osorio y posteriormente realizar un grupo de enfoque con otros 5 menores con los mismos problemas. La entrevista consiste en responder voluntariamente las preguntas sobre aspectos asociados al comportamiento suicida en sus distintas fases (pensamientos, ideas, intentos) y en el grupo de enfoque realizar un debate sobre el tema. Las respuestas y comentarios son confidenciales y privados.

La entrevista será grabada en audio si usted y el menor lo autorizan, para posteriormente transcribirla, versión impresa a la cual podrá tener acceso. El encuentro se hará según las condiciones que usted estime convenientes. Al final, la transcripción será guardada anónimamente y bajo la responsabilidad del investigador; y su fin será utilizado únicamente para el proyecto de investigación, consolidándose la información en lo general de todos los participantes y con esto evitaremos personalizar resultados. No será necesario citar al menor nuevamente ni realizar otro tipo de procedimientos.

Confidencialidad

La entrevista ha sido diseñada de tal manera que se garantice la confidencialidad del participante. Las preguntas hacen referencia a los aspectos asociados al problema. La entrevista no lleva ningún distintivo y se manejará por separado del presente formulario de consentimiento informado. En la publicación de los resultados no se hará referencia directa a las personas participantes ni a la institución a la que pertenecen. Los datos de esta investigación se conservarán en todo momento bajo confidencialidad y privacidad de los mismos. Como ya se mencionó, las entrevistas grabadas serán guardadas directamente por el investigador.

Beneficios

Con la colaboración del menor, la investigación explorará el estado actual del tema en discusión. Con los resultados se pueden proponer recomendaciones que ayudarán a los participantes y en general a los profesionales de salud en la prevención y tratamiento de estos problemas. Esta investigación no busca obtener beneficio económico alguno, ni para el investigador ni para los colaboradores del estudio. Los hallazgos de la investigación serán dados a conocer a los involucrados una vez se realice el respectivo proceso de análisis.

Molestias y riesgos esperables

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 2000 y con las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud de 2000. Es clasificada como una investigación de Riesgo Mínimo. Si usted y el menor deciden participar en el estudio, se le harán al menor algunas preguntas cuyas respuestas no son consideradas ni como buenas ni como malas. También es importante mencionarle que durante la entrevista se puede hablar de cosas que le causen muchos sentimientos, como tranquilidad, alegría, paz, o bien, tristeza, miedo o angustia, pero el menor puede expresarlo y no responder. En cualquier momento puede parar o suspender la entrevista. La participación del menor no afectará en nada su atención o tratamiento en la institución o dependencia gubernamental, ya que será totalmente independiente de ello.

Participación voluntaria

La participación del menor en esta investigación es voluntaria y el menor es libre de retirarse en cualquier momento, sin consecuencias. Si acepta que el menor participe, debe firmar el presente formulario de consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido y que el investigador ha respondido a todas sus preguntas. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación, además usted recibirá una copia del mismo.

EL investigador Nehemías Cuamba Osorio me ha informado sobre los propósitos, procedimientos, confidencialidad, beneficios, molestias y riesgos esperables así como la participación de mi menor será voluntaria en esta investigación. Hago constar que he comprendido este texto y que se me ha dado la información y aclaración que he solicitado. Al firmar el formulario de consentimiento informado estoy de acuerdo en que mi Hijo(a) o Tutorando participe voluntariamente en esta investigación.

Firma del Padre

Firma del Menor

Firma del Investigador

Fecha: _____

En caso de cualquier pregunta adicional puede comunicarse con el Investigador Principal: Lic. Nehemías Cuamba Osorio a los teléfonos 044 662 138-8752. Dirección electrónica: nehemiascuamba@gmail.com.

Temas para Entrevista y Grupo de Enfoque.

Datos Sociodemográficos

- Sexo.
- Edad.
- Fecha (Mes, día, hora) en la que se produjo el comportamiento.
- Nivel educativo del adolescente.
- Rendimiento escolar.
- Actividad escolar o laboral.
- Antecedentes psiquiátricos del adolescente.
- Enfermedades somáticas.
- Fase del ciclo menstrual (Mujeres)

Comportamiento Suicida

- Antecedentes.
- Procedimiento utilizado.
- Lugar de la tentativa de suicidio.
- Utilización de nota de despedida o mensaje.
- Signo anunciador para la familia.
- Objetivo aparente.
- Actitud pos-tentativa del adolescente.
- Antecedentes de suicidio previas.
- Verbalización del deseo de muerte.
- Desencadenante inmediato del gesto suicida.
- Tratamiento prescrito tras la tentativa suicida.
- Ingreso hospitalario.
- Pérdidas parentales precoces.
- Tipo de pérdida.
- Edad de la pérdida.
- Antecedentes suicidas en el entorno.

Familia

- Número de hermanos.
- Lugar que ocupa entre los hermanos.
- Número de miembros de la familia.
- Dinámica Familiar.
- Cambios en las relaciones familiares tras la tentativa.

Escuela

- Situación escolar.
- Relaciones con sus pares.

Atención en el centro.

- Por iniciativa propia.
- Proceso de Psicoterapia.

Carta de Consentimiento Informado para el proyecto sobre factores psicosociales asociados al comportamiento suicida en adolescentes de 12 a 17 años. (Fase 3)

Participantes

Propósitos

Usted está invitado a participar voluntariamente en el presente proyecto de investigación, que busca conocer los factores psicosociales asociados a la conducta suicida, en adolescentes de 12 a 17 años. El proyecto está dirigido por el Lic. Psicólogo Nehemías Cuamba Osorio, estudiante de Maestría en Ciencias de la Salud, de la Universidad de Sonora (UNISON), quien recibe una beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para el apoyo y desarrollo de su estudios e investigación. El proyecto se basa en la comprensión e interpretación de los factores que probabilizan la presencia de comportamientos suicidas en Adolescentes, con el propósito de idear métodos de prevención e intervención efectivos para controlar y reducir este tipo de comportamientos en la población adolescente. Los participantes en la investigación deben ser personas en un rango de edad de 12 a 17 años, que sean atendidos en consulta externa de la Unidad de Terapia Infantil, al ser menores de edad es necesario que usted como padre o tutor decida si el menor puede participar. Si lo desea, puede recibir una copia completa del proyecto de investigación.

Procedimientos

Si usted decide participar en este proyecto, su colaboración consistirá dar permiso al menor para entrevistarse en forma confidencial e individual con el investigador Nehemías Cuamba Osorio. La entrevista consiste en responder voluntariamente las preguntas sobre aspectos asociados al problema en cuestión. Las respuestas y comentarios son confidenciales y privados. No será necesario dar el nombre.

El tiempo aproximado de este proceso es de 60 minutos para la entrevista, en una sola sesión. El encuentro se hará según las condiciones que usted estime convenientes. Al final, toda la información de los adolescentes entrevistados se concentrará en una sola base de datos.

Confidencialidad

La entrevista ha sido diseñada de tal manera que se garantice la confidencialidad del participante. Las preguntas hacen referencia a los aspectos asociados al problema. La entrevista no lleva ningún distintivo y se manejará por separado del presente formulario de consentimiento informado. En la publicación de los resultados no se hará referencia directa a las personas participantes. Los datos de esta investigación se conservarán en todo momento bajo confidencialidad y privacidad de los mismos.

Beneficios

Con la colaboración del menor, la investigación explorará el estado actual del tema en discusión. Con los resultados se pueden proponer recomendaciones que ayudarán a los participantes y en general a los profesionales de salud en la prevención y tratamiento de estos problemas. Esta investigación no busca obtener beneficio económico alguno, ni para el investigador ni para los colaboradores del estudio. Los hallazgos de la investigación serán dados a conocer a los involucrados una vez se realice el respectivo proceso de análisis.

Molestias y riesgos esperables

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 2000 y con las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud de 2000. Es clasificada como una investigación de *Riesgo Mínimo*. Si usted y el menor deciden participar en el estudio, se le harán al menor algunas preguntas cuyas respuestas no son consideradas ni como buenas ni como malas. También es importante mencionarle que durante la entrevista se puede hablar de cosas que le causen muchos

sentimientos, como tranquilidad, alegría, paz, o bien, tristeza, miedo o angustia, pero el menor puede expresarlo y no responder. En cualquier momento puede parar o suspender la entrevista.

Participación voluntaria

La participación del menor en esta investigación es voluntaria y el menor es libre de retirarse en cualquier momento, sin consecuencias. Si acepta que el menor participe, debe firmar el presente formulario de consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido y que el investigador ha respondido a todas sus preguntas. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación, además usted recibirá una copia del mismo.

EL investigador Nehemías Cuamba Osorio me ha informado sobre los propósitos, procedimientos, confidencialidad, beneficios, molestias y riesgos esperables así como la participación de mi menor será voluntaria en esta investigación. Hago constar que he comprendido este texto y que se me ha dado la información y aclaración que he solicitado. Al firmar el formulario de consentimiento informado estoy de acuerdo en que mi Hijo(a) o Tutorando participe voluntariamente en esta investigación.

Firma del Padre

Firma del Menor

Firma del Investigador

Fecha: _____

En caso de cualquier pregunta adicional puede comunicarse con el Investigador Principal: Lic. Nehemías Cuamba Osorio a los teléfonos 044 662 138-8752. Dirección electrónica: nehemiascuamba@gmail.com.

Datos Socio demográficos, por favor contesta lo que se te pide

- a. ¿Eres? (Señala con una X) Hombre _____ Mujer _____
- b. ¿Qué edad tienes? Años _____
- c. ¿Cuál es el grado que estás cursando en la escuela? _____
- d. La mayor parte del año pasado ¿Fuiste estudiante? (Subraya)
- Fui estudiante de medio tiempo.
 - Fui estudiante de tiempo completo.
- e. La mayor parte del año pasado ¿Trabajaste recibiendo sueldo? (Subraya)
- No trabaje
 - Si trabajé medio tiempo (1 a 4 horas diarias).
 - Si trabaje tiempo completo (8 horas)
- f. ¿Tienes papá? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá):
- Tengo papá
 - Lo sustituye algún familiar.
 - Otro: _____
- g. ¿Tienes mamá? (o quién es la persona femenina que la sustituye o hace las funciones de tu mamá):
- Tengo mamá.
 - Lo sustituye algún familiar.
 - Otro: _____
- h. ¿A cuál de tus familiares tienes mayor confianza?
- Papá / sustituto
 - Mamá / sustituta
 - Hermano (s)
 - Otro
 - Ninguno

Escala de Ambiente familiar

Ahora queremos hacerte algunas preguntas sobre la forma como te relacionas con tus papás. Por favor contesta cada una de las preguntas.	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Con Mucha Frecuencia
1. Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás	1	2	3	4
2. Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papás	1	2	3	4
3. Mis papás me comentan sus problemas más importantes.	1	2	3	4
4. Mis papás me rechazan.	1	2	3	4
5. Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo	1	2	3	4
6. Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos.	1	2	3	4
7. A mis papás les es indiferente la convivencia familiar.	1	2	3	4
8. Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas.	1	2	3	4
9. Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen.	1	2	3	4
10. Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales.	1	2	3	4
11. Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas.	1	2	3	4
12. Mis papás piensan que solo les doy problemas.	1	2	3	4
13. En situaciones difíciles no cuento con mis papás.	1	2	3	4
14. Mis papás me apoyan en lo que emprendo	1	2	3	4
15. Mis papás me comunican las decisiones importantes	1	2	3	4
16. Platico con mis papas mis problemas personales.	1	2	3	4
17. Siento que soy importante para mis papás	1	2	3	4
18. Mis papás me comunican sus planes.	1	2	3	3

Escala de Tácticas de Conflicto

Los padres tienen diferentes maneras de que sus hijos les hagan caso y que hagan lo que les parece que es correcto. Ahora te voy a hacer unas preguntas acerca de qué es lo que pasa en tu casa cuando tus padres quieren que te pongas a hacer algo. Por favor describe las respuestas que mejor describan tu experiencia propia y dime que tan seguido hacen las siguientes cosas:

0= nunca 2= 2 veces 4= de 6-10 veces 6= más de 20
1= una vez 3= de 3-5 veces 5= de 11-20 veces

En los últimos seis meses: Cuantas veces

	Papá	Mamá
19. Te gritan.	_____	_____
20. Te amenazan con pegarte aunque no lo hacen.	_____	_____
21. Te dicen groserías, malas palabras o maldiciones.	_____	_____
22. Te llaman tonto, flojo o algo parecido.	_____	_____
23. Te dicen que te correrán de la casa.	_____	_____
24. Te dicen que te correrán de la casa a golpes. (Patadas)	_____	_____
25. Te golpean con la mano	_____	_____
26. Te pegan en la mano, brazo o pierna	_____	_____
27. Te pegan con un cinturón, peine o palo.	_____	_____
28. Te pegan en la cara (cachetadas), cabeza o de las orejas.	_____	_____
29. Te dan patadas.	_____	_____
30. Te jalan o te avientan.	_____	_____
31. Te pegan constantemente y durante algunos minutos.	_____	_____
32. Te agarran del cuello o de la nuca.	_____	_____

Escala de Habilidades de Afrontamiento

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele enfrentar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la letra correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar con una "X" el número según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar frente a los problemas. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

	Nunca lo hago	Lo hago raras veces	Lo hago algunas veces	Lo hago a menudo	Lo hago con mucha frecuencia
33. Me dedico a resolver lo que está provocando el problema	1	2	3	4	5
34. Hablo con otros para apoyarnos mutuamente	1	2	3	4	5
35. Busco ánimo en otras personas	1	2	3	4	5
36. Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	1	2	3	4	5
37. Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas	1	2	3	4	5
38. Ignoro el problema	1	2	3	4	5
39. Decido ignorar conscientemente el problema	1	2	3	4	5
40. Saco el problema de mi mente	1	2	3	4	5
41. Cuando tengo problemas, me aílo para poder evitarlos	1	2	3	4	5
42. Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada	1	2	3	4	5
43. Espero que un milagro resuelva mis problemas	1	2	3	4	5
44. Espero que el problema se resuelva por sí solo	1	2	3	4	5
45. Sueño despierto que las cosas van a mejorar	1	2	3	4	5
46. Me imagino que las cosas van a ir mejor	1	2	3	4	5

Escala de Impulsividad (Factor F)

A continuación se presenta una lista de preguntas. Especifica tu respuesta subrayando la opción que mejor exprese tu forma de ser.

Pregunta	A	B	C
47. Yo prefiero la música semi-clásica que las canciones populares	Cierto	Intermedio	Falso
48. La mayoría de la gente que conozco me considera como un conversador agradable.	Si	Indeciso	No
49. Me gusta asistir a espectáculos, o ir a fiestas:	Más de una vez a la semana (más de lo normal)	Una vez a la semana (lo normal)	Menos de una vez a la semana (menos de lo normal)
50. Detestaría estar en un lugar donde no hubiera muchas personas con quien platicar.	Cierto	Indeciso	Falso
51. Yo tengo indudablemente menos amigos que la mayoría de la gente.	Si	En duda	No
52. Asisto a reuniones sociales sólo cuando tengo que hacerlo, de otra manera trato de evitarlas.	Si	Indeciso	No
53. Ser precavido y esperar poco es mejor que ser optimista y esperar siempre el éxito.	Cierto	Indeciso	Falso
54. Yo paso mucho de mi tiempo libre platicando con amigos sobre reuniones sociales en las que nos divertimos en el pasado.	Si	Intermedio	No
55. Me agrada hacer cosas temerarias y atrevidas nada más por gusto.	Si	Intermedio	No
56. Preferiría vestirme sencilla y correctamente y no con un estilo peculiar y llamativo	Cierto	indeciso	Falso
57. Me llama más la atención pasar la tarde con un pasatiempo tranquilo que en una fiesta animada.	Cierto	indeciso	Falso
58. Me consideran como una persona muy entusiasta.	Si	Intermedio	No
59. Prefiero un trabajo con variedad, viajes y cambios aunque tenga riesgos.	Si	Intermedio	No

Escala de Sintomatología Depresiva.

Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada una y circula el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así en la última semana. (Por favor, marca una respuesta para cada inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación).

NUMERO DE DIAS

DURANTE LA SEMANA PASADA:	0	1-2	3-4	5-7
60. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me Molestan	1	2	3	4
61. No tenía hambre, no tenía apetito	1	2	3	4
62. Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos	1	2	3	4
63. Sentía que era tan bueno como los demás	1	2	3	4
64. Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba Haciendo	1	2	3	4
65. Me sentí deprimido(a)	1	2	3	4
66. Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo	1	2	3	4
67. Veía el futuro con esperanza	1	2	3	4
68. Pensé que mi vida era un fracaso	1	2	3	4
69. Tenía miedo	1	2	3	4
70. Dormí sin descansar	1	2	3	4
71. Estaba feliz	1	2	3	4
72. Platiqué menos de lo normal	1	2	3	4
73. Me sentía solo(a)	1	2	3	4
74. Sentí que la gente era poco amigable	1	2	3	4
75. Disfrute de la vida	1	2	3	4
76. Lloraba a ratos	1	2	3	4
77. Me sentía triste	1	2	3	4
78. Sentía que no les caía bien a otros	1	2	3	4

Inventario de Ansiedad para Niños y Adolescentes.

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás frases para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga CÓMO TE SIENTES EN GENERAL, no sólo en este momento. No hay repuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te encuentras GENERALMENTE.

	Casi nunca	Algo	A menudo
79. Me preocupa cometer errores	1	2	3
80. Siento ganas de llorar	1	2	3
81. Me siento desgraciado	1	2	3
82. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
83. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
84. Me preocupo demasiado	1	2	3
85. Me encuentro molesto	1	2	3
86. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
87. Me preocupan las cosas de la escuela	1	2	3
88. Me cuesta decidir en lo que tengo que hacer	1	2	3
89. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
90. Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
91. Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir	1	2	3
92. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
93. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
94. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
95. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
96. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
97. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
98. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

Escala de Autoestima.

A continuación se leerán los siguientes enunciados que podrían describir tu estado de ánimo. Dando la respuesta más cercana a lo que tú piensas, contestando totalmente de acuerdo, casi de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, casi en desacuerdo y totalmente en desacuerdo según lo que te parezca.

	Totalmente en Desacuerdo	Casi en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Casi de Acuerdo	Totalmente de acuerdo
99. Estoy totalmente satisfecho conmigo mismo	0	1	2	3	4
100. Siento que poseo muchas cosas buenas en mi persona	0	1	2	3	4
101. Puede hacer las cosas tan bien como las demás personas	0	1	2	3	4
102. Siento que soy una persona valiosa, por lo menos en un plano igual que los otros	0	1	2	3	4
103. Yo tomo una actitud positiva conmigo mismo	0	1	2	3	4

Escala de Ideación Suicida de Roberts 1980

Número de Días

Durante la Semana Pasada:	0	1-2	3-4	5-7
104. No podía "seguir adelante"	1	2	3	4
105. Tenía pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
106. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	1	2	3	4
107. Pensé en matarme	1	2	3	4
108. Sentía que este mundo estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	1	2	3	4

Intento de Suicidio y Conductas Auto-lesivas.

¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, sin intención de quitarte la vida?	Nunca lo he hecho..... Lo hice 1 vez..... Lo hice 2 o más veces.....
¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?	Nunca lo he hecho..... Lo hice 1 vez..... Lo hice 2 o más veces.....
Cuando te hiciste daño con el fin de quitarte la vida...	No querías morir..... No te importaba si vivías o morías..... Deseabas morir..... Nunca lo he hecho.....