

Intento de suicidio y ambiente familiar en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

DIEGO CÉSAR CANTORAL-CANCINO,¹ DIANA BETANCOURT-OCAMPO²



Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar las diferencias en la percepción del ambiente familiar en adolescentes que han y no han intentado suicidarse. Se seleccionó una muestra no probabilística de 317 estudiantes de un bachillerato público de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. El 47.9% fueron hombres y el 52.1% mujeres, con una media de edad de 16.5 años. Se utilizó la Escala de Relaciones Intrafamiliares de Rivera-Heredia (1999), que consta de 37 reactivos; se trata de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (Totalmente de Acuerdo a Totalmente en desacuerdo) que evalúa tres dimensiones: unión, expresión y dificultades. Además, se utilizó la Cédula de Indicadores Parasuicidas de González-Forteza (1996), la cual evalúa el intento de suicidio a través de 13 indicadores. El 9.1% de los participantes reportaron haber tenido al menos un intento suicida; el promedio de edad del primer o único intento suicida fue a los 13.8 años. En cuanto a las diferencias en el ambiente familiar, los resultados mostraron diferencias significativas en las tres dimensiones de ambiente familiar, en el que los adolescentes con al menos un intento de suicidio reportaron bajos puntajes en las dimensiones de unión/apoyo y expresión y puntajes mayores en la dimensión de dificultades en comparación con los adolescentes sin intento de suicidio. Es decir, que aquellos adolescentes con intento de suicidio perciben a sus familias como menos unidas, que tienen menos oportunidad de expresar lo que piensan, así como con mayores dificultades en contraste con los adolescentes sin intento de suicidio.

Descriptor: Intento de suicidio, Familia, Adolescentes, Estudiantes.

Suicide Attempt and Family Environment Among Adolescents in Tuxtla Gutierrez, Chiapas

Abstract

The current research has as objective to define the difference of family environment perception of students who have and haven't tried to commit suicide. A no probabilistic sample of 317 Tuxtla Gutierrez's public high school students was chosen. 47.9% were men and 52.1% women of an average age of 16.5 years. The Rivera-Heredia's (1999) Interfamily Relation Scale (ERI) was applied, which consists of 37 questions based on a likert-type scale with five answer options and evaluate three dimensions: union, expression and difficulties. Besides, was also used the Parasuicide Indicators Schedule (CIP) of González-Forteza (1996), consisting on thirteen questions to evaluate suicide attempt. A 9.1% reported to have at least one suicide attempt, the average age of the first or only suicide attempt was 13.8 years. About differences on family environment, results show a significant difference on the three interfamily Relation Scale dimensions, of those who have tried at least one suicide attempt reported a low score on the union/support and expression dimensions and obtained a high score on the difficulties dimension compared with those who did not try. Adolescents who reported suicide attempt perceive their family as separated where they don't have the opportunity to speak out their thoughts, also have more difficulties compared with those students who has never tried to commit suicide.

Key words: Suicide Attempt, Family, Adolescents, Students.

Artículo recibido el 29/05/2011
Artículo aceptado el 2/08/2011
Declarado sin conflicto de interés

1 Psicólogo de la Clínica de la Escuela de Psicología, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, cantoral_cancino@live.com
2 Profesora-Investigadora del Centro Anáhuac de Investigación en Psicología, Universidad Anáhuac México Norte. diana.betancourt@anahuac.mx, dianabetancourtocampo@yahoo.com.mx

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2004) informó que el suicidio representa el 1.4% de la carga mundial de morbilidad. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2.5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países europeos, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001, los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500000) y por guerras (230000). Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.

En 2009, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó que en México los cinco estados con mayor índice de suicidios correspondientes al rango de edad de 15 a 24 años fueron el Estado de México con 139 casos, el Distrito Federal con 111, Guanajuato con 100, Jalisco y Veracruz con 92 y 85 casos, respectivamente. Con respecto al estado de Chiapas, el aumento de suicidios también se ve reflejado en la franja de edad de 15 a 24 años. En el 2006 se reportaron 47 casos (INEGI, 2006); en el 2007 se dio un descenso significativo, reportándose solamente 7 casos (INEGI, 2007); sin embargo, para el 2009, el número volvió a incrementar a 51 casos (INEGI, 2009). Si bien, Chiapas no es de los estados con mayor índice de suicidio, el constante incremento debe de ser considerado.

De acuerdo con Rivera y Andrade (2008), el comportamiento suicida puede ser identificado como un proceso en donde una persona puede atravesar por cada una de las fases siguientes: ideación suicida, el proceso se inicia con los deseos e ideas sobre morir; planeación suicida, en esta etapa surgen los pensamientos sobre como quitarse la vida; gestos suicidas, aparecen las amenazas y conductas suicidas sin resultado de muerte (conductas autodestructivas y lesiones autoinfligidas); intento de suicidio, realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento; suicidio consumado, en donde el o los intentos suicidas alcanzaron un grado de letalidad que terminan en la consumación del mismo.

González-Forteza *et al.* (2002) compararon datos en torno al intento suicida en adolescentes del Distrito Federal entre los años de 1997 y 2000; los autores reportaron que para 1997 la prevalencia fue del 8.3% y para el 2000 fue de 9.5%. Asimismo, explican que las prevalencias en ambos años fueron mayores en las mujeres; para 1997, la prevalencia en las mujeres fue de 12.1% (n = 641) y en los hombres de 4.3% (n = 208), lo que representa una proporción de tres mujeres por cada hombre. En 2000, la prevalencia en las mujeres aumentó a 15.1% (n = 802), y en los hombres disminuyó a 3.9% (n = 207), por lo que la proporción se incrementó a casi cuatro mujeres por cada hombre.

Por lo que respecta al principal motivo para llevar a cabo el intento suicida, los autores (González-Forteza, *et al.*, 2002) reportaron que tanto para hombres como para mujeres, fue en cuanto a la esfera interpersonal asociado a los problemas familiares, que en conjunto se refieren a conflictos con los padres, maltrato, violencia, humillaciones y castigos. El segundo motivo más frecuente correspondió a la esfera emocional, en particular por sentimientos de soledad, tristeza y depresión. Cabe señalar que de 1997 a 2000 se observó un decremento, de 17.9 a 11.7% en los hombres y de 19.5 a 9.6% en las mujeres. En cuanto al método más utilizado (40%) para llevar a cabo el intento de suicidio, se encontró el cortarse con algún objeto punzocortante (*cutter* o trozo de vidrio), tanto para hombres como para mujeres; además este método tiende a aumentar. Siguió en importancia, la ingesta de pastillas y/o medicamentos; cabe aclarar que la proporción fue mayor en las mujeres (20%). Los demás métodos reportados se usaron en proporciones menores a 10%, pero todos ellos fueron más frecuentes entre los varones; entre éstos se encuentran algunos considerados de alto riesgo, como ahorcarse/asfixiarse, usar armas de fuego y lanzarse al vacío. Respecto a la severidad, uno de cada cuatro hombres requirió hospitalización/tratamiento debido a las lesiones que se infligió (28.1%); en las mujeres la proporción fue ligeramente menor: una de cada cinco (23.6%).

El suicidio ha sido identificado como un suceso multicausal, está inmerso en un contexto de condiciones propiciatorias que activan los pensamientos suicidas y aumentan el riesgo de suicidio. De acuerdo con la OMS (2001), dentro de los factores asociados a la conducta suicida se encuentran:

1. *Factores culturales y sociodemográficos.* El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el de-

sempleo en la familia son considerados factores de riesgo. Los pueblos indígenas y los inmigrantes pueden ser asignados a este grupo, dado que a menudo experimentan no sólo dificultades emocionales y lingüísticas, sino también falta de redes sociales. En muchos casos estos factores se combinan con el impacto psicológico de la tortura, heridas de guerra y aislamiento. Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con los valores de los diversos grupos. Específicamente, este conflicto es un factor poderoso para las jóvenes nacidas o criadas en un país nuevo y más libre pero que retienen fuertes raíces en la cultura de sus padres aún profundamente conservadora. El crecimiento individual de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva; los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. Los atributos de inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual, constituyen también factores de riesgo para los comportamientos suicidas. Los niños y adolescentes que no son aceptados abiertamente en su cultura por su familia y sus compañeros o por su escuela y otras instituciones tienen serios problemas de integración y carecen de los modelos de apoyo para un desarrollo óptimo.

2. *Trastornos psiquiátricos.* El comportamiento suicida supera la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos:

Depresión. Los estudiantes que sufren de depresión a menudo presentan síntomas físicos, por ejemplo, a menudo se quejan de dolor de cabeza, dolor de estómago y dolores punzantes en las piernas o en el pecho. Los jóvenes con tendencia depresiva tienden a ensimismarse, volverse silenciosos, pesimistas e inactivos; a su vez, tienden a tener comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención por parte de sus padres y maestros. La agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida. A pesar de que algunos síntomas o trastornos depresivos son comunes entre los jóvenes suicidas, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas. Los adolescentes pueden matarse sin estar deprimidos y pueden estar deprimidos sin matarse.

Trastornos de ansiedad. Se muestra una correlación entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, mientras que esta asociación es más débil en las mujeres. Los rasgos de ansiedad aparecen como relativamente independientes de la depresión en su efecto sobre el riesgo de comportamiento suicida, lo cual sugiere que debería establecerse y tratarse la ansiedad de los adolescentes con riesgo de comportamiento suicida. Los síntomas psicósomáticos están a menudo presentes también en los jóvenes atormentados por comportamiento suicida.

Trastornos alimentarios. Por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre el uno y el dos por ciento de las jóvenes adolescentes sufren de anorexia o bulimia.

Trastornos psicóticos. A pesar de que pocos niños y adolescentes sufren de trastornos psiquiátricos severos tales como esquizofrenia o trastornos bipolares (antes conocidos como maniaco-depresivos), entre los afectados por estas patologías el riesgo de suicidio es muy alto. La mayoría de los jóvenes psicóticos se caracterizan por presentar varios factores de riesgo tales como problemas con la bebida, fumar excesivamente y abusar de las drogas.

3. *Abuso de alcohol y drogas.* Al disminuir la inhibición, constituyen en un elemento precipitante del suicidio y un factor de riesgo significativo. En varios estudios se ha comprobado que gran parte de los adolescentes con intento de suicidio, se encontraban intoxicados al realizarlo y eran consumidores previos.

4. *Conducta suicida previa.* El intento previo es el mejor predictor del suicidio, es la conducta asociada a la idea de muerte sin la consumación del suicidio. Más del 40% de los que intentan suicidarse lo han intentado en varias ocasiones (entre 10 y 40% lo logran).

5. *Estilo cognitivo y personalidad.* Los siguientes rasgos de personalidad se observan frecuentemente durante la adolescencia, pero también se asocian con el riesgo de intento o de suicidio logrado (a menudo con trastornos mentales), de forma que su utilidad para predecir el suicidio es limitada: humor inestable, enojo o agresividad, comportamiento antisocial, conductas irreales, representación de fantasías, alta impulsividad e irritabilidad, rigidez de pensamiento y cumplir con patrones de conducta, escasa habilidad

de solución de problemas frente a las dificultades, inhabilidad para entender la realidad, tendencia a vivir en un mundo ilusorio, fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización, se defrauda fácilmente, ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones, sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones abiertas de superioridad, comportamiento provocador o de rechazo hacia los compañeros y adultos incluyendo a los padres; incertidumbre en relación con la identidad de género u orientación sexual, relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos.

6. *Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez.*

Los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan el desarrollo saludable de los niños y adolescentes. Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativos y desestabilizadores que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son: psicopatología de los padres con presencia de desórdenes psiquiátricos, en particular emocionales; abuso de alcohol y sustancias; comportamiento antisocial en la familia; antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio; familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño); escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores, con poca comunicación dentro de la familia; peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones; divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores; mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes; expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores; padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada; falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido; rigidez familiar; familias adoptivas o afines.

Como se puede apreciar, son diversos los factores que se relacionan con la conducta suicida; sin embargo, dentro de éstos, los factores familiares han mostrado tener un impacto importante. Por ejemplo, en un estudio de González-Forteza y Andrade (1995) evaluaron a 423 adolescentes con respecto a la relación que mantenían con sus padres y sus recursos de apoyo, así como la relación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Los resultados obtenidos en los varones mostraron de concordancia entre las

funciones del padre y de la madre, las escalas de afecto, comunicación y control se correlacionaron significativamente entre ambos padres; también se observó que tendían a acudir a su familia para recibir ayuda y consejos cuando tenían problemas y preferían no acudir a sus amigos ni a nadie más. Cabe señalar que en los varones, ninguna de estas escalas se correlacionó significativamente con las escalas de sintomatología depresiva e ideación suicida. En las mujeres también se encontró concordancia entre las funciones del padre y de la madre, ya que las escalas de afecto, comunicación y control se correlacionaron positivamente entre ambos padres, prefiriendo acudir a su familia como principal recurso de apoyo cuando tenían problemas. En las mujeres si se detectaron correlaciones significativas: ellas manifestaron haberse sentido tristes, deprimidas, con ganas de llorar, etc., eran las que también sentían que la comunicación con su madre era poco frecuente, por lo que preferían no acudir a su familia para recibir ayuda, consejos y consuelo cuando tenían algún problema. Las que presentaron ideación suicida preferían no acudir a nadie para recibir apoyo y sentían que su padre no se interesaba en conocer con quién salían ni a donde iban. También, las que presentaron síntomas somáticos eran las que sentían que la comunicación con su padre era poco frecuente.

Valadez, Amezcua, Quintanilla y González (2005) encontraron que el intento suicida se relacionó con las alteraciones de la dinámica de pareja, así como con un inadecuado manejo de los conflictos y agresividad dentro de la familia; de acuerdo con estos autores, estas situaciones funcionan como estresores que actúan directamente en los adolescentes.

Monge, Cubillas, Román y Abril (2007) evaluaron la percepción del ambiente familiar y el intento de suicidio; los autores encontraron que los estudiantes que percibieron un ambiente familiar negativo (autoritario, hostil, rígido o violento) tuvieron mayor riesgo de intentar suicidarse, específicamente, el 49% de los jóvenes que habían intentado suicidarse percibía su ambiente como negativo. Los sentimientos de incompreensión característicos de este grupo etáreo fueron reportados por 76.4% de los casos de intento de suicidio. Cabe mencionar, que el 55% de los jóvenes que percibieron rechazo por parte de sus padres reportaron haber tenido algún intento de suicidio.

En otro estudio, Espinoza, Zepeda, Bautista, Hernández, Newton y Plasencia (2010) informaron que un total de 870 adolescentes (15.8%) refirieron ideación, mientras que 398 (7.3%) reportaron intento sui-

cida. En total, 411 (7.5%) refirieron haber sido sometidos a violencia física en casa, 905 (16.5%) señalaron violencia verbal y sólo 90 (1.1%) reportó abuso sexual. Cabe señalar que las mujeres refirieron significativamente mayor violencia física, verbal y sexual. Además, los autores reportaron una fuerte asociación entre la conducta suicida y la percepción de violencia doméstica en todas sus formas, particularmente con el abuso sexual.

Andrade, Betancourt y Camacho (2003) examinaron las diferencias en la percepción del ambiente familiar en adolescentes, hombres y mujeres, con y sin intento suicida; las autoras encontraron que las mujeres que reportaron no tener intentos de suicidio, percibieron mayor apoyo, comunicación y apego y menos rechazo por parte de sus padres, así como menos problemas entre sus papás. Por lo que respecta a los hombres, sólo encontraron diferencias significativas en el apego y rechazo de la mamá, siendo los jóvenes que no intentaron suicidarse los que percibían mayor apego y menos rechazo de su mamá.

Con respecto a las relaciones intrafamiliares, Rivera (2000) encontró que los jóvenes que no han intentado suicidarse consideran que en su ambiente familiar existe tanto la unión, como la posibilidad de expresar abiertamente emociones, sentimientos e ideas, aunado a la percepción de pocas dificultades en la familia en comparación con los jóvenes que sí lo han intentado. Rivera y Andrade (2006) llevaron a cabo una investigación con estudiantes de bachillerato del Distrito Federal; las autoras encontraron diferencias significativas entre los grupos en lo que se refiere a las dimensiones de unión-apoyo, expresión y dificultades. Los jóvenes que reportaron no haber intentado suicidarse, presentan mayor unión y apoyo, así como mejor expresión de sus emociones dentro de su familia, acompañadas de una menor percepción de dificultades en ésta, a diferencia de los que reportaron haber intentado suicidarse donde aumenta la percepción de dificultades y disminuye la percepción de apoyo, unión y expresión.

Con la presente investigación se pretende aportar evidencia empírica que permita prevenir e intervenir con mayor eficacia a los profesionistas responsables de cuidar y preservar la salud de nuestra sociedad. De esta manera, la prevención del suicidio debe de ir más allá del acto suicida, es decir, el objetivo debe fijarse primordialmente en la atención de las diversas manifestaciones que el adolescente expresa antes de lograr el suicidio consumado; por ello, el presente estudio tuvo como objetivo determinar las diferencias

en la percepción del ambiente familiar en adolescentes que han y no han intentado suicidarse.

Método

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de 317 estudiantes de un bachillerato público de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Los adolescentes se encontraban en un rango de edad de 14 a 19 años ($M = 16.5$, $D.E. = 1.0$), el 47.9% fueron hombres y el 52.1% mujeres. El 65% de los estudiantes reportó que vivía con ambos padres, el 24.6% informó vivir sólo con su madre, el 0.9% vivía sólo con su padre, el 6% con otros familiares, 2.5% con su pareja, el 0.6% vivían solos y el 0.3% con amigos.

Instrumentos

Para evaluar el ambiente familiar se usó la Escala de Relaciones Intrafamiliares (ERI) de Rivera-Heredia (1999), la cual es una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de: totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Esta escala cuenta con tres versiones: larga (56 reactivos), intermedia (37 reactivos) y breve (12 reactivos). Para propósitos de la presente investigación se utilizó la versión intermedia de 37 reactivos, que al igual que las otras dos versiones, está organizada para evaluar tres dimensiones: unión, expresión y dificultades.

La dimensión de *unión y apoyo* mide la tendencia de la familia a realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. Consta de 7 reactivos con una confiabilidad de 0.90. Por otro lado, la dimensión de *dificultades* se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad, como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de *conflicto* dentro de una familia. La confiabilidad de esta dimensión es de 0.92 y es evaluada a través de 15 reactivos. La dimensión de *expresión* mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto; se compone de 15 reactivos con una confiabilidad de 0.94.

Para evaluar el intento suicida se utilizó la Cédula de Indicadores Parasuicidas (CIP) de González-Forteza (1996), la cual a través de 13 indicadores evalúa el intento de suicidio, los motivos para llevarlo a cabo,

el método utilizado, la severidad del intento, la edad del intento, entre otros aspectos.

Procedimiento

Los instrumentos fueron aplicados dentro de los salones de la escuela, en el horario de clases; se hizo énfasis en la confidencialidad de la información recabada, al final de la aplicación, se les proporcionó información acerca de las instituciones a las que pueden acudir para solicitar atención psicológica.

Resultados

Los análisis descriptivos mostraron que el 9.1% de los estudiantes de los cuales se obtuvo información reportaron haber tenido al menos un intento suicida, de los cuales el 30.8% informó que sólo lo ha intentado una vez y el 69.2% lo ha intentado más de dos veces. El promedio de edad del primer o único intento suicida fue a los 13.8 años (D.E. = 2.0); sin embargo, el rango de edad en el que se presentó con mayor frecuencia el intento suicida fue entre los 16 y 17 años (68.9%). Al hacer el análisis por sexo, se encontró que el intento suicida se presentó con mayor frecuencia en las mujeres (82.7%) en comparación con los hombres (17.2%).

Cuando se les preguntó lo que pensaban acerca de vivir o morir en el primer o único intento de suicidio, el mayor porcentaje reportó que no les importaba si vivían o morían (62.1%), una cuarta parte de los adolescentes (24.1%) informaron que tenían la intención clara de morir y con menor frecuencia (13.8%) expresaron que deseaban seguir viviendo. Los motivos principales que los adolescentes reportaron para hacerse daño con el propósito de quitarse la vida fueron los problemas familiares (59.3%), la falta de apoyo y comprensión (14.8%), conflictos de pareja y decepción amorosa (7.4%), muerte de un familiar (7.4%), problemas en general (7.4%) y dificultades económicas (3.7%). Los objetivos que pretendían alcanzar mediante la conducta suicida fueron el alivio emocional (56%), la muerte directa (24%), llamar la atención de los padres (16%) y la diversión (4%).

Los métodos de autolesión más reportados fueron cortarse con objetos punzo cortantes como navajas, cuchillos, bisturí o alfileres (48.1%), la intoxicación por pastillas y/o medicamentos (48.1%), así como el abuso en el consumo de alcohol (3.8%). En cuanto a la efectividad del método que utilizaron, más de la mitad de los jóvenes (55.2%) reportaron que no sabían si vivirían o morirían, el 37.9% mencio-

nó que con el método utilizado no morirían, mientras que el 6.9% expresaron que estaban seguros que iban a morir.

Otro aspecto del cual se obtuvo información, fue sobre el apoyo recibido y la severidad del intento suicida; de acuerdo con los resultados, el 58.6% de los estudiantes informó que nadie se enteró cuando tuvo el intento suicida; el 17.2% reportó que tuvieron que acudir al hospital; 6.9% mencionaron que tuvieron que ser ayudados pero sin ser llevados al hospital; y 17.2% recibieron algún tipo de apoyo emocional. En cuanto a la búsqueda de apoyo, las fuentes principales fueron los amigos o compañeros de escuela (71.4%) y el psicólogo o psiquiatra (23.8%); los menos recurridos fueron los familiares (9.5%), sacerdotes o pastores (9.5%), maestros u orientadores (9.5%) y médicos generales (4.8%).

Respecto a la búsqueda de ayuda, aproximadamente la mitad de los jóvenes (51.9%) que mencionó haber tenido al menos un intento de suicidio informó que buscó ayuda; de ellos, el 46.2% reportaron que buscaron ayuda por haber percibido sentimientos de malestar; 38.5% por el deseo de superar o resolver la problemática y 15.4% por la motivación de hablar con alguien. No obstante, un poco menos de la mitad de los adolescentes (48.1%) decidieron no buscar ayuda debido al temor de ser criticados o rechazados (25%); porque pensaron que no era importante (25%) o simplemente no quisieron buscar ayuda (25%); otros creían que no serían comprendidos (8.3%); algunos señalaron que no lo volverían a hacer (8.3%) o reflexionaron sobre la problemática (8.3%).

En cuanto se les preguntó si aun tenían la idea de quitarse la vida, el 92% mencionó que no y el 8% informó que sí. Las razones que reportaron por las cuales habían dejado de pensar en quitarse la vida fueron la comprensión o reflexión de la problemática (73.7%), la superación de los problemas (15.8%) y una situación familiar favorable (10.5%). En cuanto a aquellos que persistían en la idea de quitarse la vida, señalaron que los problemas continuaban (50%) y que había ausencia de los padres (50%).

Con el propósito de comparar los adolescentes con y sin intento de suicidio respecto al ambiente familiar, se igualaron en cuanto a número los dos grupos por sexo y edad, quedando en el análisis un total de 58 adolescentes, 29 con intento y 29 sin intento. Se llevaron a cabo pruebas *t* de Student para muestras independientes (ver Cuadro 1).

Como se puede apreciar en el Cuadro 1, se encontraron diferencias significativas en las tres dimensio-

Cuadro 1. Diferencias en el ambiente familiar entre adolescentes que han intentado y no han intentado suicidarse

	Con intento		Sin intento		t
	M	D.E.	M	D.E.	
Unión/apoyo	3.41	0.86	4.11	0.82	-3.17**
Dificultades	2.72	0.63	2.37	0.68	2.02*
Expresión	3.15	0.70	3.86	0.69	-3.87***

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

nes de ambiente familiar, donde los adolescentes con al menos un intento de suicidio reportaron bajos puntajes en las dimensiones de unión/apoyo y expresión y puntajes mayores en la dimensión de dificultades en comparación con los adolescentes sin intento de suicidio, esto es, que los adolescentes con intento de suicidio percibían a sus familias como menos unidas y donde tenían menos oportunidad de expresar lo que pensaban, así como con mayores dificultades en contraste con los adolescentes sin intento de suicidio.

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue determinar las diferencias en la percepción del ambiente familiar entre adolescentes que han intentado suicidarse contra los que no lo han intentado. Los hallazgos mostraron una prevalencia similar en los intentos de suicidio que lo reportado por González-Forteza *et al.* (2002). Sin embargo, es importante tomar con cautela dicha comparación debido a la diferencia en la población estudiada (Distrito Federal vs. Chiapas) así como la diferencia en las fechas de evaluación; no obstante, la información aquí obtenida proporciona una idea de cómo está la problemática en esta región del país en la actualidad.

Otro aspecto importante, son las diferencias por género, donde los resultados indicaron que fue mayor la proporción de mujeres que han intentado suicidarse que de hombres, lo cual concuerda con lo reportado por González-Forteza *et al.* (2002) quienes explican que en las diferentes mediciones que examinan, las mujeres siempre tienen una mayor prevalencia que los hombres; aquí es importante señalar que estos hallazgos se refieren al intento de suicidio, porque cuando se analiza el suicidio consumado los datos se invierten.

Con respecto a las razones que impulsaron el intento suicida, los resultados fueron similares a lo reportado por González-Forteza *et al.* (2002), donde los problemas familiares ocuparon el primer lugar, segui-

dos por los sentimientos de soledad, tristeza y depresión. Por otro lado, en cuanto a los métodos utilizados para llevar a cabo el intento de suicidio, los dos métodos utilizados con mayor frecuencia fueron los objetos punzo cortantes y la intoxicación por pastillas y medicamentos, lo cual concuerda parcialmente con lo reportado por González-Forteza *et al.* (2002), ya que estos autores encontraron en primer lugar el uso de objetos punzo cortantes y en segundo, el uso de medicamentos y en la presente investigación se ubicaron con la misma frecuencia.

En cuanto a la efectividad de los métodos utilizados, más de la mitad de los jóvenes que informaron haber intentado suicidarse, expresaron incertidumbre al reportar que no sabían si vivirían o morirían al realizar el intento; además, más de la tercera parte de los jóvenes, señalaron que estaban seguros que no iban a morir. Esta incertidumbre manifestada con respecto a la efectividad del método, probablemente se relaciona con los objetivos que pretendían alcanzar mediante la conducta suicida, los cuales fueron en más de la mitad de los adolescentes para encontrar alivio emocional, seguido por la muerte directa, para llamar la atención de los padres y la diversión. A partir de estos datos se podría concluir que la incertidumbre reportada en la mayoría de los casos con respecto a la efectividad del método utilizado se debe probablemente a que el objetivo al que se pretendía llegar no era la muerte directa, sino obtener alivio emocional a los diversos problemas que aquejan la vida de estos adolescentes.

La mayoría de los estudiantes que reportaron intento de suicidio buscaron ayuda principalmente con amigos o compañeros de escuela; por lo tanto, bajo estas condiciones se vuelve importante informar y sensibilizar a la población estudiantil con respecto al fenómeno del suicidio debido a que son ellos mismos su principal fuente de apoyo y también quienes más lo padecen: Cabe mencionar que esta forma de prevención también ha sido propuesta por otros autores, que obtuvieron resultados positivos y alentadores (Chávez, Medina y Macías, 2008).

En lo referente a los puntajes obtenidos en las dimensiones de ambiente familiar, se encontró que los adolescentes con intento de suicidio perciben a sus familias como menos unidas y cuentan con menores oportunidades de expresar lo que piensan, así como con mayores dificultades, en contraste con los adolescentes sin intento de suicidio; estos resultados coinciden con lo reportado por Rivera (2000) y Rivera y Andrade (2006), quienes también compararon adolescentes con intento suicida y sin él. Otros estudios (Andrade; Betancourt y Camacho; 2003; Espinoza, Zepeda, Bautista, Hernández, Newton y Plasencia, 2010; Monge, Cubillas, Román y Abril, 2007), indican que los adolescentes que perciben su ambiente familiar como negativo y hostil, tienen mayor riesgo de intentar suicidarse, lo cual es congruente con los hallazgos encontrados en la presente investigación.

Los resultados aquí encontrados proporcionan información que puede servir como marco de referencia para el desarrollo de programas de prevención y tratamiento sobre las conductas suicidas en adolescentes, ya que, como se mencionó previamente, si bien México no es el país con mayor prevalencia en esta problemática, los datos indican (por ejemplo, González-Forteza *et al.*, 2002) un constante incremento en especial en población joven, de ahí que sea importante generar programas que puedan proporcionar herramientas a los jóvenes para afrontar de una manera más adecuada las diferentes problemáticas a las que se enfrentan, entre ellas las familiares. Además, es importante que dentro de estos programas de prevención se involucre a los padres ya que, como muestran los resultados, son un factor importante en la presencia de conductas suicidas.

Referencias

- ANDRADE, P. P., BETANCOURT, O. D. y CAMACHO, V. M. (2003). Ambiente familiar de adolescentes que han intentado suicidarse. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 19, 1, 55-64.
- CHÁVEZ-HERNANDEZ, A.M., MEDINA, M.C., y MACÍAS, L.F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*, 31, 3, 197-203.
- ESPINOZA, F., ZEPEDA, V., BAUTISTA, V., HERNÁNDEZ, C.M., NEWTON, O. A., y PLASENCIA, G. R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública de México*, 52, 3, 213-219.
- GONZÁLEZ-FORTEZA, C. (1996). *Indicadores protectores y de riesgo de depresión e intento suicida en adolescentes*. Tesis de doctorado en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. México: UNAM.
- GONZÁLEZ-FORTEZA, C., VILLATORO, J., ALCANTAR, I., MEDINA, M.E., FLEIZ, C., BERMÚDEZ, P., y AMADOR, N. (2002). Prevalencia e intento de suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25, 6, 1-12.
- GONZÁLEZ-FORTEZA, C., y ANDRADE, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo. Correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18, 4, 41-48.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. (2006). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. México: INEGI. Disponible en: www.inegi.org.mx
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. (2007). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. México: INEGI. Disponible en: www.inegi.org.mx
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. (2009). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios*. México: INEGI. Disponible en: www.inegi.org.mx
- MONGE, J. A., CUBILLAS, M.J., ROMÁN, R., y ABRIL, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17, 1, 45-51.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001). *Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004). *El suicidio: Un problema público enorme y sin embargo prevenible*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
- RIVERA, H., M.E. (1999). Percepción de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala. Tesis de maestría en Psicología Clínica por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. México: UNAM.
- RIVERA, M.E. (2000). "Percepción de las relaciones intrafamiliares y su relación con el intento suicida en adolescentes". *La Psicología Social en México*, VIII, 555-559.
- RIVERA, M.E., y ANDRADE, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8, 2, 23-40.