

Familia multiproblemática como factor en el desarrollo de la ideación e intento suicida en adolescentes

Manuel Pérez-Chán

manuelperezchan78@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo. Identificar la relación entre ideación e intento de suicida y la familia multiproblemática en adolescentes con el propósito de realizar un análisis estratégico interno en este grupo de riesgo, en una institución de salud en Tabasco, 2014. **Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, con una población de n = 178 adolescentes derechohabientes a la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, Casablanca, Centro, Tabasco. Se identificaron las variables familias multiproblemáticas, la ideación e intento suicida en la población. **Resultados.** La media de edad observada fue de 14 años y predominó el sexo femenino con una frecuencia del 56.2%. Se observó una incidencia con ideación suicida con el 18.4%, (n = 37), teniendo una actitud de aceptación hacia el pensamiento/deseo suicida con una frecuencia de 43.8%. La frecuencia para el intento suicida fue de 8% (n = 16). Las razones para pensar/desear el intento suicida predominó el de escapar, acabar, salir de problemas con una frecuencia de 37.8%. En las familias de los adolescentes se observó una incidencia de 22.4% (n = 45) para aquellas consideradas como multiproblemáticas, las dimensiones con más probabilidades de presentar ideación suicida fue la farmacodependencia y la de conducta alcohólica con un 20.11 y 10.47 respectivamente con el propósito de realizar un análisis estratégico interno de este estudio. **Conclusión.** Existe una importante relación entre las familias multiproblemáticas y la ideación e intento suicida en adolescentes, principalmente de la edad de 14 años. El adolescente con un alto riesgo para desarrollar ideación/intento suicida si tiene relación principalmente a un ambiente agresivo y al conflicto familiar, otros factores asociados podrían controlarse con programas de prevención y promoción de salud mental.

Palabras Claves: *Ideación suicida, intento suicida, familias multiproblemáticas, adolescentes.*

SUMMARY

Objective. Identify the relationship between ideation and attempted suicide and family multiproblem in adolescents with the purpose of conducting an internal strategic analysis in this risk group, in a health institution in Tabasco, 2014. **Material and methods.** An observational, cross-sectional analytical study was conducted, with a population of n = 178 rightful claimant adolescents to the Family Medicine Clinic ISSSTE, Casablanca, Centro, Tabasco. Variable multi-problem families, ideation and suicide attempts in the population are identified. **Results.** The observed average age was 14 years and the female predominance with a frequency of 56.2%. Incidence was observed with suicidal ideation with 18.4% (n = 37), having an attitude of acceptance towards the thinking / suicidal desire with a frequency of 43.8%. In the reasons to think / wish suicide attempt prevailed to escape, finish, out of trouble with a frequency of 37.8%. In families of adolescents an incidence of 22.4% (n = 45) was observed for those considered multiproblem, dimensions more likely to have suicidal ideation was the drug and alcohol behavior with 20.11 and 10.47 respectively for the purpose to conduct an internal strategic analysis of this study. **Conclusion.** There is an important relationship between multi-problem families and ideation and suicide attempts in adolescents, mainly from the age of 14 years. The teenager with a high risk for suicidal ideation / attempt if it relates mainly to an aggressive environment and family conflict, other associated factors should be controlled prevention programs and mental health promotion.

Keywords: *Suicidal ideation, suicide attempt, multi-problem families, adolescents.*

INTRODUCCIÓN

El pensamiento suicida hace referencia a ideas de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida; mientras que el comportamiento suicida se refiere a las acciones concretas realizadas por quien está pensando o preparando su propia muerte. La familia puede volverse nociva, cuando sin saberlo se convierte en un medio patógeno, relaciones no armónicas contribuyendo a incrementar el riesgo de la conducta suicida. El suicidio es: “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma, y que según ella sabía, que debía producir ese resultado.”¹ En diversas regiones del mundo y durante los últimos años, se han observado un incremento paulatino aunque constante de la conducta suicida en los adolescentes. Siendo un problema de salud pública que afecta el entorno social, afectivo y/o económico de familiares y amigos. La niñez y la adolescencia, como etapas de la vida, se caracterizan por ser periodos de baja morbilidad y mortalidad. Estudios realizados sobre el suicidio refieren que son aspecto patológico de las sociedades modernas donde reaparece la relación entre el individuo y la sociedad.

A principios del siglo XX surgen dos teorías del suicidio, una la de Emilio Durkheim desde el punto de vista sociológico y la otra de Sigmund Freud quien estudió los aspectos psicológicos.² Durkheim, contempla dos teorías, la primera el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada, la segunda el suicidio está asociado al cambio de valores de la sociedad en particular. Freud desarrolló una teoría psicológica que basa la conducta en el inconsciente del hombre, su hipótesis plantea que el individuo suicida vuelca sobre sí su ira inconsciente, no expresada hacia una persona amada.³

Conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, por un lado, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o enmascarar el suceso. En el adolescente se generan cambios referidos a la adaptación e integración de una nueva estructura corporal, es cuando el adolescente deja de ser niño, pero todavía no es adulto. Generándose cambios en la adaptación e integración de una nueva estructura corporal, al desarrollo del pensamiento y juicio crítico a la reestructuración de la identidad y la construcción de un proyecto de vida. Siendo una de las perturbaciones que afectan al sistema familiar, donde participan cada uno de los integrantes y que se transforma en el conjunto de interacciones, originando un nuevo sistema de relaciones, donde implican nuevos comportamientos de cada miembro del sistema. Podemos decir que el adolescente transita en esta etapa de la vida, por un periodo de autoconocimiento que le permite construir una personalidad firme.

Los diferentes cambios físicos y psicológicos, que en él se producen, más la gran inseguridad a la hora de tomar decisiones y sus constantes cuestionamientos lo llevan que se

originen conflictos con sus padres, producto de la búsqueda de más libertades.

La familia puede volverse nociva, cuando sin saberlo se convierte en un medio patógeno.⁴ Cuando el medio familiar ostenta conflictos que afectan la estabilidad emocional de sus integrantes se considera un factor de riesgo relevante para la ideación suicida. La ausencia de calidad familiar, la falta de comunicación con los padres genera que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas. El inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativa a la orientación sexual, constituyen también factores de riesgos para los comportamientos suicidas, sobre todo en una cultura homofóbica.⁵

Los motivos principales para estudiar la conducta suicidas, aparte del suicidio consumado, radican en que estas no solo producen un gran malestar mental y sufrimiento psíquico, si no que también pueden producir consecuencias físicas de primera magnitud, siendo un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado. Con mucha frecuencia, un acto que llevó a una muerte por suicidio se ve, precedido por una serie de intentos fallidos previos.

Por lo tanto si logramos comprender y evitar los intentos de suicidio, podremos evitar también posteriores suicidios consumados.⁴ Las conductas suicidas desde el punto de vista epidemiológico, es diferente al suicidio consumado, que se basa en gran medida en estadísticas recolectadas rutinariamente por las instancias oficiales a través del certificado de defunción.⁶

La sociedad ha experimentado un aumento importante en la afectación de la salud mental, debido a los diferentes acontecimientos vitales negativos como el estrés familiar o interpersonal, la insuficiencia en el apoyo social o en los recursos personales entre otros, convirtiéndose de esta manera en un problema de salud pública.⁷ Actualmente a nivel mundial, los adolescentes y adultos jóvenes constituye la segunda causa de muerte en la mayoría de países.³ Se ha encontrado que habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes, entre 15 y 24 años son los grupos de edad de mayor riesgo suicida en el continente americano. México no es la excepción, se ha identificado un mayor riesgo de conducta suicida entre las mujeres de 15 a 19 años de edad. y si bien sus tasas de suicidios e intentos no son las más altas en la región panamericana y en el resto del mundo, el problema amerita ser considerado, precisamente por su naturaleza incipiente.⁸

Evaluaciones epidemiológicas se basan en los registros oficiales, en cuanto a la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables de los suicidios consumados e intentos.⁹ En lo que a ideación suicida se refiere, en múltiples estudios se ha destacado su asociación con la conducta suicida. Así como se han tratado de analizar los factores asociados con la ideación suicida, reconociendo que no es solo la participación de uno de ellos,

si no su interacción lo que los convierte en actores de riesgo.¹⁰ Por lo que es incuestionable la necesidad de poner una mayor atención a este problema, pues por otra parte, se ha observado repetidamente que las personas con pensamientos suicidas pueden tener una mayor predisposición a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales.¹¹

La ideación suicida ha sido poco estudiada, pero es un importante predictor del intento suicida. Asimismo se ha demostrado en estudios anteriores que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno, relacionado con la desesperanza, la depresión, al igual que con el consumo de alcohol y drogas.¹² A menudo se carece de datos reales sobre los casos de suicidio a causa del estigma que llevan consigo, y que a veces incluye sanciones penales y religiosas, por lo que se refiere atribuir la muerte a una causa accidental más que a una intencionada. (OMS) 1995.¹³

Internacionalmente la conducta suicida en sus distintas formas, representa un problema de salud pública. En la mayoría de los países, el suicidio se encuentra dentro de las diez principales causas de mortalidad general y en muchos de ellos, se ubica entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de 15 a 34 años de edad con predominio al sexo masculino.¹⁴

Sin embargo, los datos solo se aproximan a la realidad, pues solo se registran y se atiende uno de cada cuatro intentos de suicidio.¹⁴ Asimismo, debe de tenerse en cuenta de que por cada suicidio consumado hay diez tentativas fallidas, Diekstra (1993).

De acuerdo con Beck, Rush y Shaw (1979), la etiología implicada en el intento suicida es un continuo en el que hay que otorgarle especial atención a los deseos y a los planes para cometerlos (ideas suicidas), a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza y a la incapacidad para pedir ayuda. Por medio de la escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), que es una entrevista clínica semi-estructurada se pretende detectar los pensamientos en la ideación suicida y así poder intervenir eficiente y oportunamente para evitar la conducta suicida en el futuro.¹⁵

Por lo que respecta la conducta suicida puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por el intento de suicidio hasta concluir con la muerte auto infligido, es decir el suicidio consumado. La ideación suicida, parte de este proceso, se considera así como un proceso heterogéneo.¹⁶ Las ideas suicidas logran incluir desde pensamientos de falta de valor de la vida, hasta la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte y, en algunos casos, una intensa preocupación autodestructiva de naturaleza alusiva.¹⁷ Siendo la ideación suicida previa uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio.¹⁸

Trabajos previos han reconocido que niveles bajos de cohesión familiar se asocian con un mayor riesgo de ideación suicida¹¹ otros han demostrado que es un factor protector contra la ideación suicida¹⁹ pero ninguno ha analizado la cohesión familiar como una característica que en mayor o menor medida tienen todas las familias y que puede variar desde extremos muy bajos (familias desligadas) hasta extremos muy altos (familias amalgamadas) según el modelo circunplejo de la dinámica familiar.²⁰

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Se utilizó un procedimiento de muestreo no probabilístico por conveniencia seleccionando a los adolescentes que acudieron a la consulta médica en la C.M.F ISSSTE Casablanca Centro, en los turnos matutinos y vespertino, con una Población de estudio de 178 Adolescentes entre las edades de 10 a 19 años, derechohabientes de la C.M.F ISSSTE Casablanca Centro, Tabasco. De los cuales son 112 mujeres y 66 hombres.

RESULTADOS

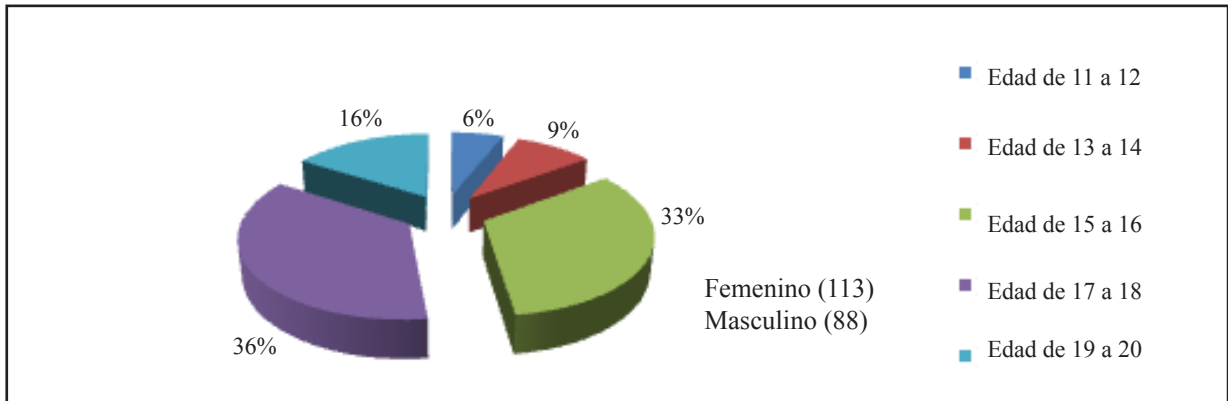
Se estudiaron a 201 adolescentes derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Casablanca, Centro. A los cuales se les aplicó dos tipos de instrumentos para analizar la ideación suicida y los problemas familiares, obteniendo los siguientes resultados:

Se observó que los adolescentes se encuentran entre las edades de 10 a 19 años de edad, sobresaliendo el sexo femenino, En cuanto a la edad total el rango que predominó fue de 14 a 15 años, por lo que tienen 2.7 veces más probabilidades de presentar ideación suicida, comparados con el total de los grupos de edad. Gráfica 1.

En cuanto a la actitud al deseo de vivir se presentó una frecuencia de 9% para aquellos que tienen poco a ningún deseo y con referencia al deseo de morir se presentó con un 8% para los adolescentes con poco a intenso deseo. Gráfica 2.

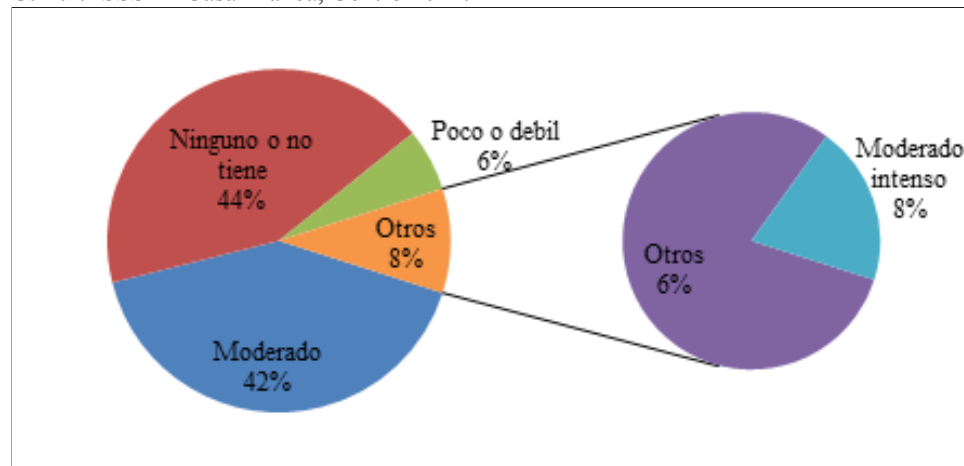
Por lo que respecta al deseo de realizar un intento de suicidio activo la frecuencia obtenida fue de 11.9% para los que tienen poco a fuerte deseo, en cuanto al deseo pasivo de suicidio en los adolescentes se obtuvo una frecuencia de 10% en aquellos que evitarían los pasos para salvar su vida. La frecuencia obtenida para la actitud hacia el pensamiento deseo suicida en los adolescentes fue de 43.8 para la aceptación e indiferencia. Y para los que se detienen ante la tentativa suicida destacó lo que presenta ningún interés en las razones que lo detienen con una frecuencia de 12.4%.

Gráfica 1. Distribución de género y rango de edad de los adolescentes encuestados de la C.M.F. ISSSTE Casablanca, Centro 2014.



Fuente: Escala “ideación suicida de Beck” realizada en el C.M.F ISSSTE Casablanca. 2014.

Gráfica 2. Referente a la actitud del deseo de vivir/deseo de morir de los adolescentes de la C.M.F. ISSSTE Casa Blanca, Centro 2014.



Fuente: Escala “ideación suicida de Beck” realizada en el C.M.F ISSSTE Casablanca. 2014.

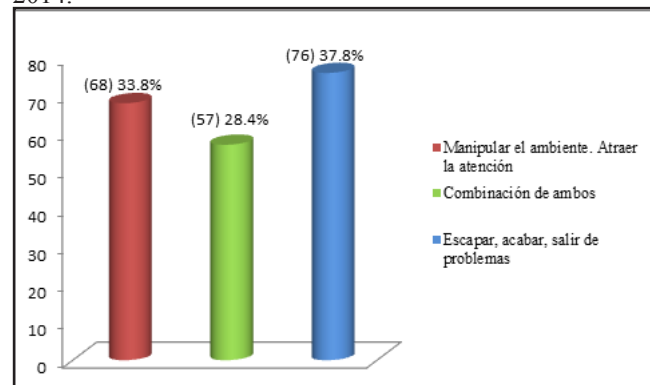
Las razones para pensar desear el intento suicida predominó el de escapar, acabar, salir de problemas con una frecuencia obtenida de un 37.8%. Gráfica 3.

Con respecto a las características del intento suicidio planeado, el método de oportunidad futura y la disponibilidad de anticiparlo, se obtuvo una frecuencia de 8.5%. Gráfica 4.

La sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento suicida, fue del 19.4% en aquellos adolescentes que están seguros de tener valor. Gráfica 5.

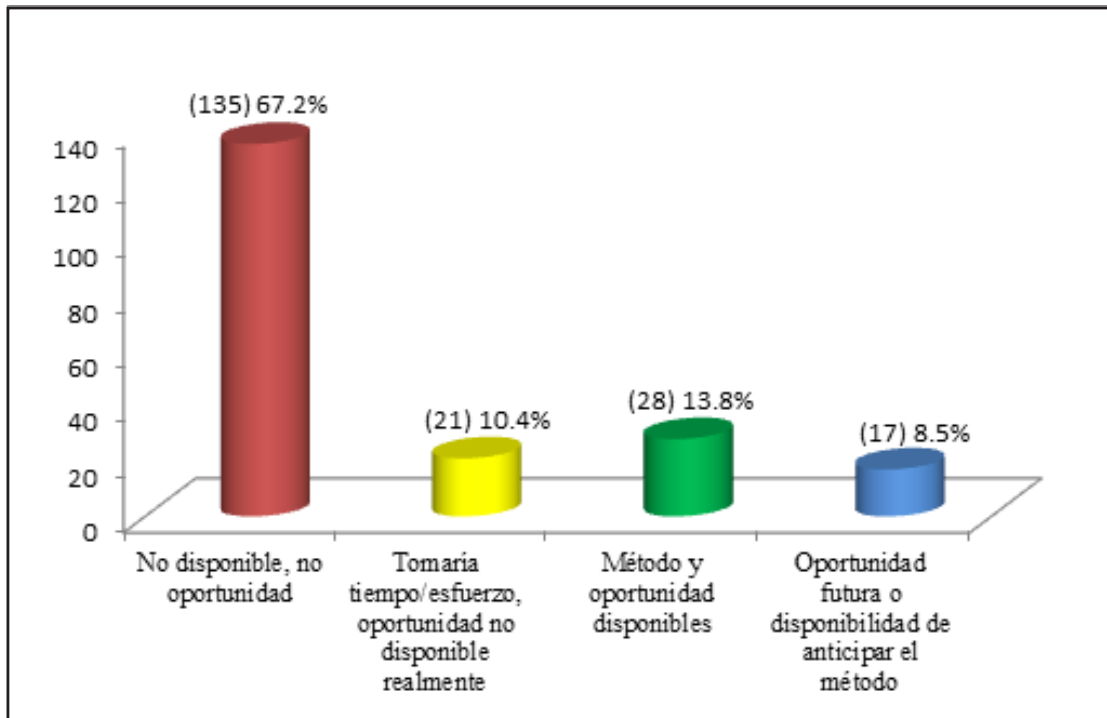
En cuanto al antecedente de uno o más intentos suicidas se observó una frecuencia de 8% (n = 16). La intención de morir con dichos intentos se presentó con una frecuencia de 4.5% (n = 9), en relación con el último intento. Gráfica 6.

Gráfica 3. Razones para pensar/desear el intento suicida en los adolescentes de la C.M.F ISSSTE Casablanca, Centro 2014.



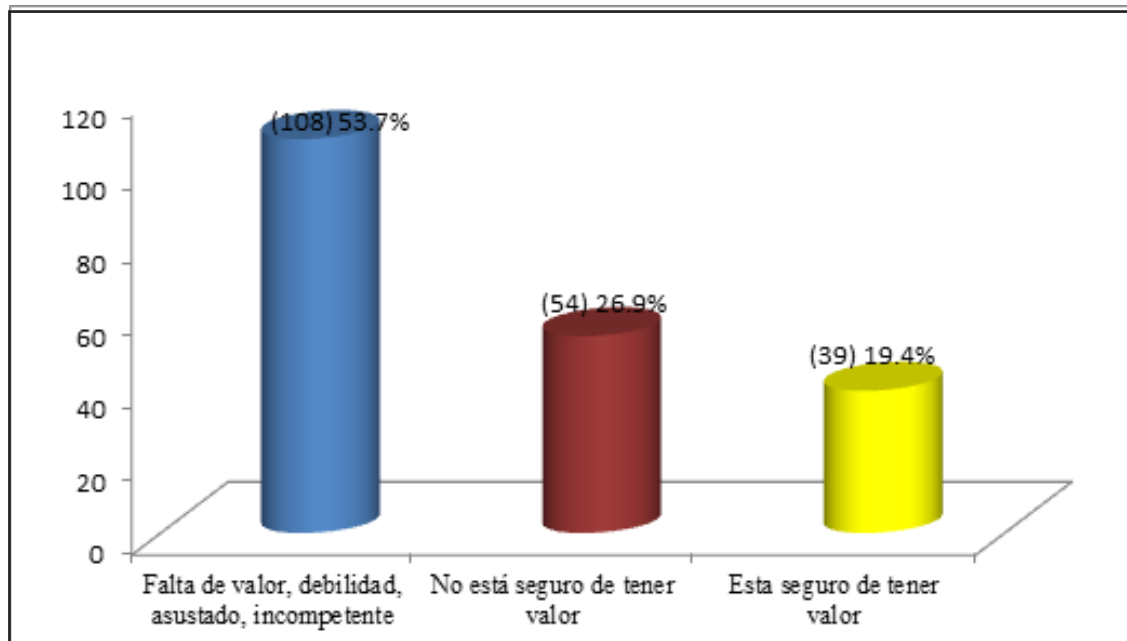
Fuente: Escala “ideación suicida de Beck” realizada en el C.M.F ISSSTE Casablanca. 2014.

Gráfica 4. Características del método de suicidio planeado, disponibilidad/oportunidad de pensar en los adolescentes de la C.M.F ISSSTE Casablanca, Centro 2014.



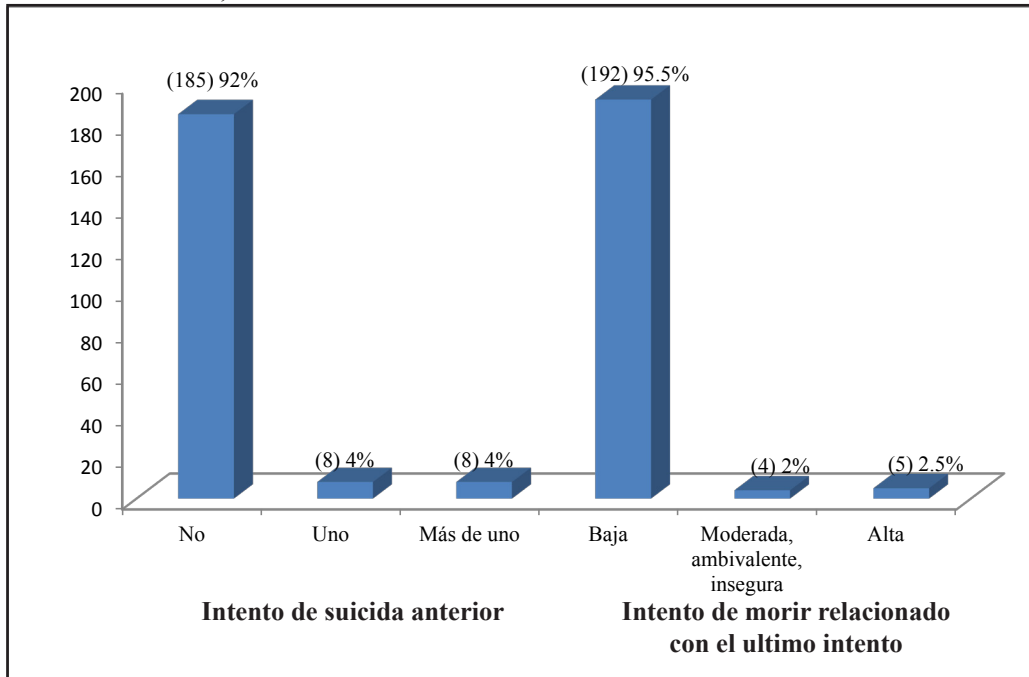
Fuente: Escala “ideación suicida de Beck” realizada en el C.M.F ISSSTE Casablanca. 2014.

Gráfica 5 . Características del método de suicidio planeado, disponibilidad/oportunidad de pensar en los adolescentes de la C.M.F ISSSTE Casablanca, Centro 2014.



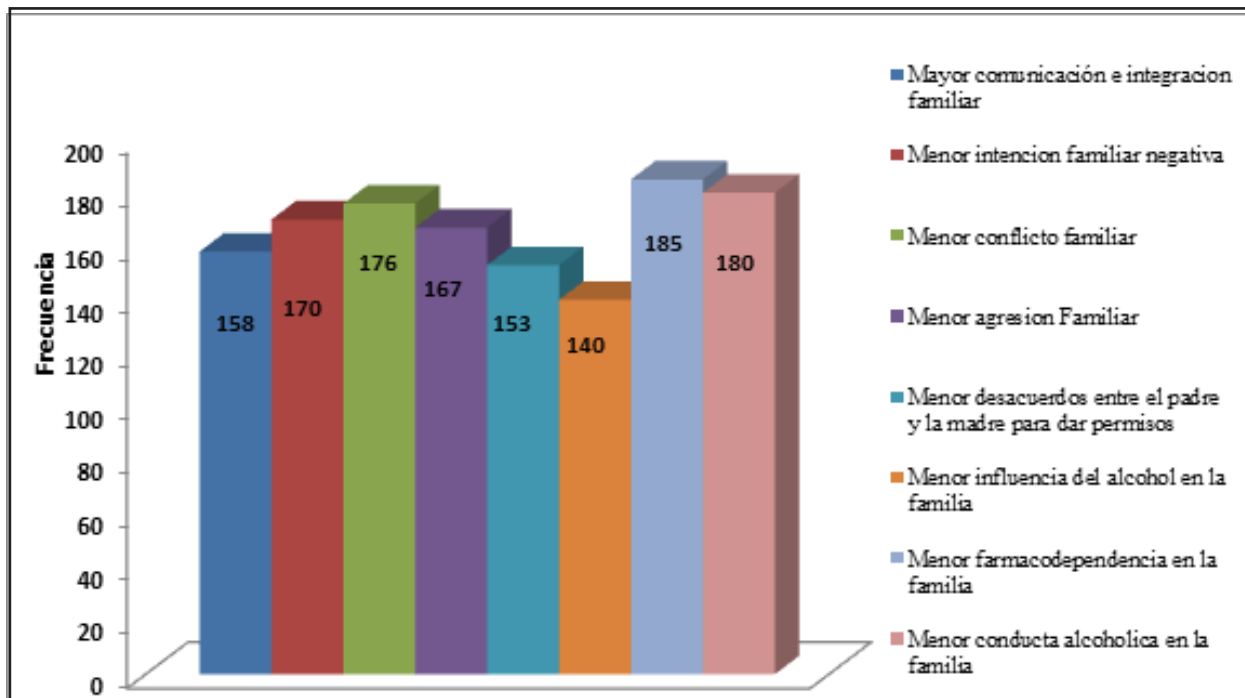
Fuente: Escala “ideación suicida de Beck” realizada en el C.M.F ISSSTE Casablanca. 2014.

Gráfica 6. Antecedente del intento suicida y la intensidad de morir en los adolescentes en el C.M.F ISSSTE Casablanca, Centro 2014.



Fuente: Escala “ideación suicida de Beck” realizada en el C.M.F ISSSTE Casablanca. 2014.

Gráfica 7. Distribución de las dimensiones del instrumento problemas familiares aplicado a los adolescentes en el C.M.F ISSSTE Casablanca, Centro 2014.



Fuente: Escala “ideación suicida de Beck” realizada en el C.M.F ISSSTE Casablanca. 2014.

De la distribución de los problemas familiares en los adolescentes, predominó la dimensión farmacodependencia con una frecuencia de 92%. Gráfica 7.

Los resultados de tendencia central y dispersión en las dimensiones de los problemas familiares, se observó que la comunicación e integración familiar presentó una $\bar{X} = 104.61 \pm DE 20.38$ ubicando a la población bajo estudio en mayor comunicación e integración; en cuanto a la interacción familiar negativa se presentó con una $\bar{X} = 64.12 \pm DE 16.52$ lo cual se ubica en menor conflicto, la agresión familiar presentó una $\bar{X} = 32.71 \pm DE 9.97$ lo cual la ubica en menor agresión, los desacuerdos entre el padre y la madre para dar permiso se presentó $\bar{X} = 28.08 \pm DE 6.30$ situándola en mayor desacuerdo entre los padres, la influencia del alcohol en la familia presentó una $\bar{X} = 17.37 \pm DE 5.90$ mostrando mayor influencia, la farmacodependencia en la familia

presentó una $\bar{X} = 10.30 \pm DE 5.75$ lo cual se ubica en menor farmacodependencia, para la conducta alcohólica en la familia se presentó una $\bar{X} = 11.92 \pm DE 5.83$ ubicándola en menor conducta alcohólica de acuerdo a los puntajes para esta dimensiones. Tabla 1

En las familias de los adolescentes se observó una incidencia de 22.4% para aquellas consideradas como multiproblemáticas, la correlación con la ideación suicida que presentó en las familias multiproblemáticas tienen 157.63 veces más probabilidad de presentar ideación suicida comparadas con aquellas familias no multiproblemáticas, las dimensiones con más probabilidades de presentar ideación suicida fue la farmacodependencia y la de conducta alcohólica.

La mayor incidencia en los adolescentes con uno o más intentos suicidas fueron las mujeres (62.5%, n = 10). Tabla 2.

Tabla 1. Estadístico descriptivo de las dimensiones de los problemas familiares e ideación suicida.

	Comunicación e integración familiar	Interacción familiar negativa	Conflicto familiar	Agresión familiar	Desacuerdos entre el padre y la madre para dar permisos.	Influencia del alcohol en la familia	Farmacodependencia en la familia	Conducta alcohólica en la familia
Media (\bar{X})	104.61	64.12	39.91	32.71	28.08	17.37	10.30	11.92
Desviación típica (DE)	20.385	16.526	13.418	9.978	6.303	5.909	5.758	5.836

Fuente: Escala “ideación suicida de Beck” realizada en el C.M.F ISSSTE Casablanca. 2014.

Tabla 2. Relación al sexo con el intento suicida en los adolescentes de la C.M.F. ISSSTE Casablanca.

		Intentos de Suicidios		Total	
		Uno y más	No		
Sexo	Hombre	Recuento % de	6	82	88
		Intentos de Suicidios	37.5%	44.3%	43.8%
		% del total.	3.0%	40.8%	43.8%
	Mujer	Recuento %	10	103	113
		Intentos de Suicidios	62.5%	55.7%	56.2%
		% del total.	5.0%	51.2%	56.2%
Total		Recuento % de	16	185	201
		Intentos de Suicidios	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total.	8.0%	92.0%	100.0%

Fuente: Escala “ideación suicida de Beck” realizada en el C.M.F ISSSTE Casablanca. 2014.

DISCUSIÓN

La ideación e intento suicida en este estudio se encontró relacionado con el sexo femenino, similar con los estudios realizados por Castro en México y Cervantes en España. La edad promedio en nuestro estudio con ideación suicida fue el grupo de 15 a 16 años, similar a lo descrito por Rodríguez y Cols.

Los adolescentes que se encontraron en las familias no multiproblemáticas en nuestro estudio presentaron mayor comunicación familiar, semejante a lo descrito por Rivera y Andrade en su estudio donde describieron que los adolescentes que no intentaron suicidarse presentaron mayor expresión de sus emociones dentro de la familia.

Los resultados de este estudio demuestran la relación entre la ideación suicida y las diferentes dimensiones para las familias multiproblemáticas principalmente las de interacción familiar negativa y las conflictivas, similar a lo observado por Castellanos y Carrillo, en que los adolescentes que tuvieron conducta suicidas estaban relacionados a diferentes tipos de problemáticas familiares. Y con lo referido por Valadez, que el intento suicida está determinado por inadecuadas interacciones en la familia, conflicto y agresividad. Estas situaciones muestran que ambas etapas de la conducta suicida presentan los mismo factores condicionantes.

La agresión familiar encontrada y la farmacodependencia en este estudio relacionada a la ideación suicida coincide con los resultados descritos por Pérez y Rodríguez, donde se observaron que el intento suicida en los jóvenes ocurría dentro de la familia con un ambiente agresivo con maltrato físico y psicológico además de asociarse a la intoxicación con pastillas como un método suicida.

La incidencia de ideación e intento suicida encontrado en esta investigación, coinciden con lo reportado por Hernández Cervantes. Se demostró relación directa entre la ideación suicida con la farmacodependencia, conducta alcohólica y los conflictos familiares coincidiendo con lo mencionado por Larraguibel y Cols, los cuales refieren que los factores para la conducta suicida están relacionados con el abuso de sustancias, adversidades familiares, conductas antisociales y agresivas.

El consumo y la influencia del alcohol encontrado en nuestro estudio sí presentó significancia alguna en relación al pensamiento suicida en los adolescentes, lo que coincide con lo encontrado por Ocampo y Bojorquez en que el consumo de alcohol se asoció a la conducta suicida. La capacidad para llevar a cabo el intento suicida entre los adolescentes que se presentó en nuestro estudio, fue la falta de valor, debilidad,

miedo, ser incompetente asociado con las razones para pensar/desear el intento suicida tales, como la de escapar, acabar, salir de problemas, similar a lo descrito por Chávez y Leenaars sobre las notas póstumas donde describen sobre el dolor psicológico, a la agresión y la incapacidad para enfrentar la vida y problemas ante el rechazo. La aceptación hacia el pensamiento/deseo suicida encontrada en nuestro estudio se relacionó con los problemas familiares, principalmente hacia los comportamientos destructivos, tales como el desacuerdo en los padres y el conflicto familiar, similar a lo observado en el estudio de González y Arana sobre la problemática suicida en adolescentes, donde dicha conducta está provocada por problemas familiares, tristeza, soledad y depresión.

Los adolescentes con ideación e intento suicida encontrados en este estudio están siendo tratados por el médico familiar, salud psicosocial, trabajo social. Los casos en los que se encontró situación de riesgo potencial de suicidio fueron referidos a terapia familiar, para estricto seguimiento.

CONCLUSIÓN

Según estudios de Diestra, con datos de la Organización Mundial de la Salud, las tasas de suicidios que con más frecuencia se han incrementado entre los adolescentes y jóvenes, en forma global. Las tasas más altas, en casi todo el mundo, son las de 25 a 34 años de edad. Son más frecuentes los suicidios en varones, llegando en algunos países a ser más del triple. (Venezuela, Uruguay, Chile y Brasil). Paraguay constituye una excepción a la regla, ya que es más alta la prevalencia en el sexo femenino. En México, las tasas se elevaron con mayor predominio en el sexo masculino.²¹ En las estadísticas nacionales que mayor predominio tienen son los intentos suicidas en mujeres y los suicidios consumados en hombre. Los estados que presentan mayor tasas de suicidios consumados son Campeche, Tabasco, Baja California Sur y Quintana Roo, según la revista de Epidemiología del Suicidio en México de 1970 a 1994.²¹

El suicidio es un problema de salud pública, durante los últimos 50 años según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de morbilidad a causa del suicidio han incrementado en un 60%. Cada año se suicidan más de 1 millón de personas. Cada 40 segundos una persona se quita la vida en algún lugar del mundo y cada 3 segundos una persona intenta quitarse la vida de forma fallida, por cada persona que se quita la vida hay 20 que fallan en el intento, para el año 2020 la OMS estima que el índice de suicidios a nivel global podría crecer en un 50%. Es decir que aproximadamente 1,53 millones de personas morirían por esta causa alrededor del mundo siendo las sociedades que viven en el subdesarrollo y la pobreza.

En el 2004 la OMS estableció el suicidio como la 16 causa de muerte en todo el mundo con un total de 0.8 millones de muertes. No olvidemos que los suicidios consumados son la segunda causa de muerte después de los accidentes, tanto en la adolescencia como en los adultos jóvenes. En relación con este estudio se afinó que fueron identificadas familias multiproblemáticas en la población en estudio. Existe la presencia de ideación e intento suicida, principalmente en las familias multiproblemáticas. Presentándose una importante relación entre las familias multiproblemáticas y la ideación suicida en adolescentes, principalmente en el grupo de edad entre 15 y 16 años de los adolescentes derechohabientes de la C.M.F ISSSTE Casablanca, Centro. El estar en una familia considerada multiproblemáticas representa un factor de riesgo en los adolescentes, este dato coincide con lo revisado en la literatura ya que es el grupo de edad donde mayor número de ideación suicidas se reporta, por ser la etapa de la adolescencia donde se desarrolla una serie de cambios siendo más frecuentes en las mujeres adolescentes, un intento suicida condiciona un elevado riesgo para el acto suicida consumado en nuestra población. El adolescente con alto riesgo para desarrollar ideación/intento suicida tiene relación principalmente a un ambiente agresivo y al conflicto familiar.

El módulo de atención al adolescentes, representa una de las bases para el apoyo a las familias donde se puede trabajar los niveles de atención en las relaciones intrafamiliares. En este sentido, tanto los jóvenes que se encuentran en un proceso de ideación y aquellos que han intentado suicidarse, es importante hacerles percibir que cuentan con una red de apoyo para solucionar todos los problemas intrafamiliares.

Hoy por hoy, el suicidio sigue y quizás seguirá siendo uno de los flagelos que más laceran a las sociedades modernas. La prevención del suicidio es una tarea compleja, constituye a su vez un gran reto para el personal de salud. Después de haber analizado la problemática de las familias multiproblemáticas en ideación e intento suicida es obvio que todos aquellos que estemos involucrados en el trabajo y en este tipo de situaciones, tenemos que organizarnos para establecer pautas que ayuden a minorar y a prevenir este gravísimo problema del suicidio. Es un tema complejo y difícil que requiere de muchos recursos humanos y económicos así como de un marco legal y gubernamental que permita actuar, pues no olvidemos que la OMS en su declaratoria de Mayo del 2003, recomienda la adopción de “medidas urgentes” para frenar el impacto de la violencia entre ella la muerte por suicidio en la salud pública. Por lo que debemos de implementar la prevención de conductas suicidas mediante programas de información colectiva a distintos grupos de la población con la colaboración de médicos, psicólogos de los servicios de atención primaria, personal de servicios sociales y maestros. Para solucionar problemas intrafamiliares por lo que se

recomienda:

Organizar equipos multidisciplinarios en salud mental en las unidades de atención primaria del estado, integrado por médicos familiares y/o de terapia familiar, trabajo social, y psicólogos para realizar la atención a todos los adolescentes con ideación/intento suicida y garantizar el seguimiento adecuado.

Identificar en la consulta los recursos con que cuentan los adolescentes y las familias para tratar precozmente el riesgo de disfuncionalidad e incrementar la vigilancia y el tratamiento adecuado de esta población de riesgo.

Crear talleres de atención y auto ayuda a los adolescentes para materializar el apoyo integral de las familias y propiciar espacios de reflexión y debates que den expectativas de solución a sus principios. personal de servicios sociales y maestros. Para solucionar problemas intrafamiliares por lo que se recomienda:

Organizar equipos multidisciplinarios en salud mental en las unidades de atención primaria del estado, integrado por médicos familiares y/o de terapia familiar, trabajo social, y psicólogos para realizar la atención a todos los adolescentes con ideación/intento suicida y garantizar el seguimiento adecuado.

Identificar en la consulta los recursos con que cuentan los adolescentes y las familias para tratar precozmente el riesgo de disfuncionalidad e incrementar la vigilancia y el tratamiento adecuado de esta población de riesgo.

Crear talleres de atención y auto ayuda a los adolescentes para materializar el apoyo integral de las familias y propiciar espacios de reflexión y debates que den expectativas de solución a sus principios.

REFERENCIAS

1. Gemile Durkheim y la sociología positiva, Capítulo 3 el suicidio. Publicado 14 agosto 2007. Autor Martin Aja.
2. Trenzado RN, Parras TE, Feliu T. Suicidio, cuarta causa de muerte. Rev. Cubana Higa Epidemiol. 2001; 39(2): 115-9.
3. Kosky R, Silburn S, Zubrick S. Are children in adolescence that has suicidal thoughts different from those who attempt suicide? J Nerv Men Dis 1990 ;(178):38-43.
4. Cuadernos de Medicina Forense. Versión impresa ISSN 113- 7606. No. 40, Sevilla abr. 2005. Consummated suicide rate in the judicial district of San Vicente del Raspeig (Alicante).

5. Tondo Leonardo, Baldessarini Ross. Suicide: descriptive and epidemiological considerations. www.medscape.com. 17/12/2002.
6. Gutiérrez García AG, et al. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, Vol. 29, No. 5, Septiembre – Octubre 2006.
7. Haw ton K. A national target for reducing suicide. *Br Med J*. 1998; 317:1567.
8. Saucedo – García JM, et al. Violencia auto dirigido en la adolescencia: el intento de suicidio. *Bol. MedHospInfantMex*. Vol. 63 Julio –Agosto 2006: 223-231.
9. Maris R. Suicide. *Lancet*. 2002; 360:319.26.
10. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud de la Américas*. Volumen I. Washington, D.C: OPS, (Publicación Científica No. 587).2014 | GINEBRA
11. George Howe Colt. *Number of the Soul. The enigma of suicide*. Editorial Scribner 1230. Av. de las Americas New. NY 10020 Ed. 2006.
12. García de Jalón E, Peralta V. suicidio y riesgo de suicidio. *Anales SIS San Navarra* 2007; 25 (supl. 3): 87-96.
13. Casullo MM, Fernández Liporace M. Estudiantes adolescentes argentinos en riesgo suicida: una investigación comparativa. *Revistas ciencias psicológicas* 2007. 1(1):37-45.
14. Gómez E, Muñoz MM Familias Multiproblemáticas y en riesgo social características e intervención. *Revista psykhe* 2007, vol. 16, No. 2: 43-54.
15. Olmeda, M. et al (2002). Rasgos de personalidad en duelo complicado. Trabajo presentado en el III congreso virtual de psiquiatría. 06 de febrero. OMS (1992) Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. 10 revisiones. Edit. Meditor, Madrid.
16. Benia W, Contera N, EchebesteL. Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas. Uruguay. 1998-1999. Observatorio Uruguayo de Drogas JND. Montevideo, 2000.
17. Laferté Trebejo A, Laferté Trebejo LA. Comportamiento del suicidio en Ciudad de La Habana. Intervención de enfermería en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Enfermer* 2000; 16(2):78- 87.
18. Micciolo R. Williams, P. Zimmermann-Tansella, M. Geographical and urban-rural variation in the seasonality of suicide: some further evidence. *Journal of Affective Disorders* 1991;21:39-43.
19. García Pérez. T. La autopsia psicológica como método de estudio del suicida. Presentado en el Congreso Internacional de Ciencias Forenses del Instituto de Medicina Legal la Habana, 1993.
20. Tondo Leonardo, Baldessarini Ross. Suicide: descriptiveandepidemiologicalconsiderations. www.medscape.com. 17/12/2002.
21. Hawton K. A national target for reducing suicide. *Br Med J*. 1998;317:156.