



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Hidalgo-Rasmussen, Carlos; Hidalgo-San Martín, Alfredo
Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes
mexicanos, estudiantes de preparatoria
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 11, noviembre, 2015, pp. 3437-3445
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042722015>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria

Suicidal-related behaviors and quality of life according to gender in adolescent Mexican high school students

Carlos Hidalgo-Rasmussen¹
Alfredo Hidalgo-San Martín²

Abstract *The study of pre-suicidal behaviors is important not only because of their association with suicide but also because of their impact on quality of life (QOL). Given the scarcity of information regarding this relationship in adolescence, the objective of this study was to analyze the association between suicidal-related behavior and QOL according to gender in adolescent Mexican high school students. This cross-sectional study was conducted with participants between 14 and 18 years of age. A translated version of the Youth Risk Behavior Survey and the Spanish version of the Youth Quality of Life Research - Instrument version were used. Non-parametric tests were applied. Informed consent was obtained from parents and students, and ethical committee approval was sought. The developmental-transactional model of suicidal behavior in adolescents by Bridge et al. was used. Separate analyses were conducted for males and females to show the suicidal-related behaviors associated with QOL. The behavior of having felt sad or hopeless generally presented the greatest effect sizes. The regression models showed that some suicidal-related behaviors increase the probability of a lower QOL even after adjusting for covariates.*

Key words Suicide attempt, Suicidal ideation, Quality of life, Adolescents, Students

¹ Departamento de Cultura, Arte y Desarrollo Humano, Universidad de Guadalajara, Av. Enrique Arreola Silva 883, 49000 Cd. Guzmán Jalisco México. Centro de Estudios Avanzados, Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile. carlosh@cusur.udg.mx

² Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Resumen *El estudio de los comportamientos que preceden al suicidio es importante no sólo por su asociación con éste sino por su impacto en la calidad de vida (CV). Dada la escasez de información sobre esta relación en adolescentes, el objetivo de este estudio fue analizar la asociación de los comportamientos de riesgo de suicidio y la CV, según género en adolescentes estudiantes de preparatoria mexicanos. Es un estudio transversal, en participantes de 14 a 18 años de edad. Se utilizó una versión traducida del Youth Risk Behavior Survey y la versión en español del Youth Quality of Life Instrument - Research version. Se aplicaron pruebas no paramétricas. Se pidió consentimiento informado a padres y estudiantes y se obtuvo aprobación de Comité de ética. Se consideró el modelo de desarrollo transaccional del comportamiento suicida de la juventud de Bridge et al. El análisis por separado para mujeres y hombres, mostró los comportamientos de riesgo de suicidio asociados con CV, y fue el comportamiento de haberse sentido triste o sin esperanza, el que presentó en general los tamaños de efecto mayores. Los modelos de regresión evidencian que algunos comportamientos de riesgo de suicidio aumentan la posibilidad de una CV inferior aún después de ajustar por co-variables.*

Palabras clave Intento de suicidio, Ideación suicida, Calidad de vida, Adolescentes, Estudiantes

Introducción

El suicidio en jóvenes de 15 a 29 años es la segunda causa principal de muerte en el mundo¹. En México, el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años. Para este estudio se consideró comportamiento de riesgo de suicidio (CRS) al que por estar en cadena causal con el suicidio aumenta la probabilidad de éste. Entre los factores que aumentan la probabilidad de que se desencadene un suicidio se encuentran los CRS siguientes: la *desesperanza*, que es un síntoma de depresión^{2,3} y aumenta la probabilidad de experimentar intentos de suicidio⁴; la *ideación suicida* que se refiere a tener pensamientos de quitarse la vida; la *planeación suicida*, que se refiere a la formulación de un método específico a través del cual uno tiene la intención de morir y el *intento suicida* que se refiere a la participación en una conducta potencialmente autolesiva en la que al menos hay algo de la intención de morir⁵. Se ha destacado la importancia de estudiar los CRS para idear y ejecutar medidas preventivas⁶. Esas mismas variables han sido expuestas por el *modelo de desarrollo transaccional del comportamiento suicida de la juventud* que planteó Bridge et al.⁷, el cual traza una secuencia que comienza con la influencia genética o ambiental de los padres y donde la desesperanza como componente de la depresión, antecede a la ideación suicida, que se encadena con el intento de suicidio y finalmente con el suicidio consumado. La calidad de vida (CV) se ha definido como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”⁸. Existen estudios sobre CV y suicidio en poblaciones clínicas⁹ y en etapas de adulto y adulto mayor¹⁰. Sin embargo se ha destacado que los suicidios en adolescentes podrían tener características distintas a los de las personas mayores por ejemplo en un despliegue mayor de ira y conductas más impulsivas¹¹. En jóvenes, los CRS se han asociado a CV y a satisfacción en la vida, que es un indicador de CV. Así, en estudiantes norteamericanos de preparatorias públicas, peor salud mental y menor satisfacción en la vida se asociaron a intento de suicidio¹² y en estudiantes norteamericanos de 13 a 18 años, menor satisfacción en la vida se asoció a los CRS (ideación, planeación, intento e intento que requirió atención médica)¹³. Además en estudiantes europeos de 11 a 17 años se asociaron los pensamientos de suicidio y los intentos de suicidio a una menor CV relacionada con la salud¹⁴. Dado

que el género se ha asociado tanto al intento de suicidio¹⁵ como a la CV¹⁶ nos parece importante observar estos fenómenos según género.

Las tasas y tendencias de suicidio en adolescentes han mostrado diferencias según países^{11,17}, del mismo modo los CRS en adolescentes pueden variar al estudiar el fenómeno en distintos países y según género.

Los estudios que existen sobre suicidio y CV son escasos, anglosajones y centrados en población clínica, de adultos y adultos mayores. Existe un vacío sobre la relación entre los CRS y la CV en adolescentes de países latinoamericanos donde las condiciones sociodemográficas, económicas y culturales son distintas.

A partir de estos antecedentes nuestro objetivo fue analizar la asociación de los CRS y la CV, según género en adolescentes estudiantes de preparatoria mexicanos.

Métodos

Estudio con diseño no experimental observational, transversal, dirigido a estudiantes de preparatorias provenientes de Ciudad Guzmán una ciudad considerada media en Jalisco por su desarrollo socioeconómico (100000 habitantes aprox.), de algunas ciudades pequeñas (15 mil a menos de 100000 habitantes) y de localidades mixtas y rurales (menores a 15000 habitantes) de la región centro sur de Jalisco, México. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia en razón de utilizarse un cuestionario en línea que requería escuelas que contaran con equipos de cómputo y conexión a internet, además del respaldo de las autoridades y disposición para distribuir consentimientos informados a los padres. Resultaron seleccionadas 9 escuelas preparatorias públicas y privadas que tenían en el momento de la aplicación una población total de 6429 estudiantes y de los cuales se encuestó al 13.8%. El total de estudiantes por escuela y porcentaje de estudiantes analizado por escuela (e) fue: e1 (N = 894, 2.3%), e2 (N = 132, 40.9%), e3 (N = 794, 17%), e4 (N = 1689, 5.1%), e5 (N = 1228, 14.6%), e6 (N = 333, 56.5%), e7 (N = 522, 8.6%), e8 (N = 180, 73.9%), e9 (N = 657, 7.3%). El cuestionario fue auto aplicado en línea a todos los estudiantes que estuvieron disponibles el día de aplicación (907) e incluyó a alumnos de 14 a 18 años que aceptaron participar después de leer el consentimiento informado (899).

Comportamientos de riesgo de suicidio. Se midió mediante cinco ítems sobre CRS traducidos

al español del *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) 2007 del National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion¹⁸. Cuatro ítems indagaron en los últimos 12 meses sobre: 1) *desesperanza*: sentirse triste o sin esperanza casi todos los días por dos semanas o más al grado de que haber dejado de hacer sus actividades usuales (opciones de respuesta: sí/no); 2) *ideación*: haber considerado seriamente intentar suicidarse (opciones de respuesta: sí/no); 3) *planeación*: haber hecho un plan acerca de cómo intentaría suicidarse (opciones de respuesta: sí/no); 4) *intento*: las veces que ha intentado suicidarse en realidad (opciones de respuesta: 0 veces, 1, 2-3, 4-5, 6 o más) que se codificó como sí/no. Y una pregunta que no se encuentra en el YRBS e indaga sobre: 5) *ideación o planeación último mes*: haber pensado o planeado suicidarse los últimos 30 días (opciones de respuesta: sí/no). En nuestro estudio un análisis de consistencia interna mediante Kuder-Richardson (KR20) de los 4 ítems del YRBS utilizados para valorar los comportamientos de riesgo de suicidio en los últimos 12 meses (desesperanza, ideación, planeación e intento) obtuvo 0.69.

Calidad de vida. Se midió mediante el cuestionario *Youth Quality of Life Instrument Research* versión (YQOL-R)^{19,20} en su versión en español de 61 reactivos seleccionándose de ellos los ítems perceptuales que son aquellos conocidos sólo por el adolescente y que son los primarios para valorar la CV¹⁹. El instrumento está formado por cuatro dominios: el general, de 3 ítems, con declaraciones sobre la satisfacción con su vida y el valor de esta y sentimiento de seguridad en la escuela; el personal, de 14 ítems, aborda los sentimientos acerca de sí mismo, respecto al estrés, la soledad, sentimientos y creencias, las dificultades y errores, la exclusión, la energía y sexualidad; el relational, con 14 ítems, acerca de las relaciones con la familia, adultos, amigos, pares y satisfacción con su vida social y por último el ambiental, con 10 ítems sobre oportunidades y obstáculos para el futuro, la educación y acceso a la información, el dinero, el disfrutar lo nuevo y seguridad en el hogar. Se usó para cada ítem una escala de Likert de 11 opciones. Los índices se crearon llevando los puntajes de los ítems a puntuación T, para reflejarse en una escala de CV de 0 a 100 (donde la mayor puntuación significa CV superior). El instrumento ha sido validado para 236 adolescentes norteamericanos de 12 a 18 años con y sin discapacidad, la validez de constructo con el KINDL® *Children quality of life questionnaire*²¹, obtuvo una correlación de .73, indicando signifi-

cativa asociación entre las dos medidas, la consistencia interna mediante alfa de Cronbach .77 a .96 y la reproducibilidad con el coeficiente de correlación intra clase .74 a .85^{19,20}. El instrumento ha sido utilizado con población mexicana^{22,23}. Al ser aplicado a la población de nuestro estudio, su consistencia interna superó el estándar²⁴ para resultados grupales en el índice total (0.95) y sus dominios: general (0.88), personal (0.86), relational (0.88) y ambiental (0.84).

Ética

El proyecto Observatorio de Investigación de los comportamientos de riesgo y calidad de vida de estudiantes, del cual esta investigación forma parte, fue aprobado por el Comité de ética del Centro de Investigación en Comportamiento Alimentario (CICAN) de la Universidad de Guadalajara que analizó el proyecto y documentos anexos a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2002. Se pidió consentimiento informado de los y las estudiantes y de los padres. La información fue confidencial. La participación fue voluntaria. Los datos fueron anónimos y confidenciales.

Estadística

Se aplicaron pruebas no paramétricas porque los datos no se distribuyeron normalmente. Para analizar la relación entre conductas de riesgo de suicidio y CV se utilizaron regresiones logísticas simples y múltiples. Se obtuvo odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95%, además se calculó el coeficiente Phi como un segundo tamaño de efecto, se interpretó como coeficiente pequeño cuando se obtuvo menos de .10, moderado .30 y grande .50. En todos los análisis se adoptó un nivel de significación del 5%. Para generar valores de CV inferiores y superiores, se usó como punto de corte el percentil 33 del índice total o de cada uno de los dominios de CV; cuando la puntuación fue menor al percentil 33 se consideró CV inferior. Para los modelos de regresión logística múltiple se verificó la interacción y confusión de intento de suicidio con cada una de las covariables: ideación, planeación, desesperanza. Los modelos fueron llevados a cabo mediante el método de eliminación hacia atrás (razón de verosimilitud). La multicolinealidad fue evaluada mediante el factor de inflación de la varianza (que considera hasta 10 como aceptable) y

la tolerancia (que considera menor a 0.1 como problema). Para evaluar la bondad de ajuste se utilizó la prueba Hosmer-Lemeshow. En todos los análisis se adoptó un nivel de significación del 5%. Se utilizó el software estadístico SPSS V20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Resultados

La muestra final fue de 899 estudiantes. La media de edad fue de 15.45 años (DE .87) y el rango de 14 a 18 años. Eran solteros el 97.6% y no trabajaban el 80.8% de estudiantes.

En el último año 17.2% de la muestra refirió haberse sentido triste o sin esperanza cada día durante dos o más semanas, 6.4% refirió haber considerado seriamente suicidarse, 6.1% haber hecho un plan para suicidarse, 7.6% haber intentado en realidad el suicidio. Finalmente 6.4% refirió haber pensado o planeado suicidarse el último mes. En la Tabla 1 se pueden ver los resultados por género. Las mujeres tuvieron una probabilidad de 1.7 a dos veces mayor que los hombres de tener comportamientos de suicidio en 4 de las 5 conductas.

La prevalencia de CV inferior en el índice total fue 33.3%, en el dominio general 31.6%, en el dominio personal 35.5%, en el dominio relacional 34.3% y en el dominio ambiental 36.9%. En la Tabla 2 se puede observar la prevalencia de CV inferior según género. Las mujeres tuvieron una probabilidad mayor que los hombres de puntuación inferior en el dominio general y el dominio personal.

En cuanto a conductas de riesgo de suicidio en mujeres aumentaron en un rango de 2.8 a 7.6 veces la posibilidad de una CV inferior en el índice total o los dominios (Tabla 3). La conducta que aumentó la posibilidad de una CV inferior más veces fue haber hecho un plan para suicidarse en el último año aumentando la posibilidad de una CV inferior en un rango de 5.6 a 7.6 veces con la posibilidad más grande para el dominio relacional. Los tamaños de efecto basados en el Coeficiente Phi, fueron pequeños en todos los casos (entre .15 y .28), excepto en el caso de haberse sentido triste o sin esperanza que obtuvo moderado en índice total (0.34) dominio personal (0.35), dominio relacional (0.30) y dominio ambiental (0.34).

Tabla 1. Prevalencia de comportamientos de riesgo de suicidio, según género en estudiantes adolescentes de preparatoria.

Comportamientos de riesgo de suicidio	Mujeres ^a (n = 485)	Hombres ^b (n = 404)	OR	IC 95%
Desesperanza ^a	20.6	13.1	1.7**	1.2-2.5
Ideación ^a	8.0	4.5	1.9*	1.0-3.3
Planeación ^a	7.0	5.0	1.5	0.8-2.6
Intento ^a	9.7	5.2	2.0*	1.1-3.3
Ideación o planeación último mes	8.2	4.2	2.0*	1.1-3.7

OR, odds ratio; IC, intervalo de confianza.

^a Se les preguntó si habían presentado esa conducta en los últimos 12 meses. ^b En las celdas se muestran porcentajes.

*p < .05, **p < .01.

Tabla 2. Prevalencia de calidad de vida inferior, según género en estudiantes de preparatoria.

Calidad de vida inferior	Mujeres ^a (n = 485)	Hombres ^a (n = 404)	OR	IC 95%
Índice total	36.1	30	1.3	1.0-1.75
Dominio General	35.1	27.5	1.4*	1.1-2.0
Dominio Personal	40.4	29.7	1.6**	1.2-2.1
Dominio Relacional	36.9	31.2	1.3	1.0-1.7
Dominio Ambiental	35.5	38.9	0.9	0.6-1.1

Calidad de vida inferior es ≤ percentil 33; OR, odds ratio; IC, intervalo de confianza.

^a En las celdas se muestran porcentajes.

*p < .05, **p < .01.

Tabla 3. Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida inferior en mujeres estudiantes de preparatoria (n = 485).

Comportamientos de riesgo de suicidio	Índice Total		D. General		D. Personal	
	I (n = 175)	OR (IC 95%)	I (n = 170)	OR (IC 95%)	I (n = 176)	OR (IC 95%)
Desesperanza ^a		5.5 (3.4-8.9)***		4.4 (3.0-6.3)***		6.1 (3.7-10.1)***
No	27.8		28.3		31.7	
Sí	68.0		61.0		74.0	
Ideación ^a		5.2 (2.5-10.7)***		5.8 (3.2-10.4)***		5.6 (2.6-12.1)***
No	33.0		32.3		37.2	
Sí	71.8		66.7		76.9	
Planeación ^a		5.6 (2.5-12.2)***		6.4 (3.4-11.8)***		6.4 (2.7-15.1)***
No	33.3		31.9		37.5	
Sí	73.5		76.5		79.4	
Intento ^a		3.6 (1.9-6.7)***		3.2 (1.9-5.3)***		3.2 (1.7-6.0)***
No	33.1		32.6		37.7	
Sí	63.8		57.4		66.0	
Ideación o planeación último mes		4.2 (2.1-8.3)***		5.3 (3.0-9.4)***		6.8 (3.1-15.2)***
No	33.3		31.7		36.9	
Sí	67.5		72.5		80.0	
Comportamientos de riesgo de suicidio	D. Relacional			D. Ambiental		
	I (n = 179)	OR (IC 95%)		I (n = 171)	OR (IC 95%)	
Desesperanza ^a			4.4 (2.7-7.0)***			5.5 (3.4-8.8)***
No	29.6			27.0		
Sí	65.0			67.0		
Ideación ^a			4.3 (2.1-8.8)***			4.7 (2.3-9.6)***
No	34.1			32.3		
Sí	69.2			69.2		
Planeación ^a			7.6 (3.2-17.8)***			6.9 (3.0-15.5)***
No	33.7			32.2		
Sí	79.4			76.5		
Intento ^a			2.8 (1.5-5.2)**			2.8 (1.5-5.1)**
No	34.5			32.9		
Sí	59.6			57.4		
Ideación o planeación último mes			6.0 (2.8-12.5)***			4.9 (2.4-10.0)***
No	33.5			32.1		
Sí	75.0			70.0		

I= Calidad de vida inferior ≤ percentil 33.

En las celdas debajo I se muestran porcentajes; OR, odds ratio; IC, intervalo de confianza.

^aSe les preguntó si habían presentado esa conducta en los últimos 12 meses.

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

En el caso de los hombres (Tabla 4) la presencia de los CRS incrementaron la posibilidad de un índice total y dominios de CV en un rango de 2.1 a 13.4 veces. Los tamaños de efecto basados en el Coeficiente Phi fueron pequeños en todos los casos (entre .12 y .29).

Para poder identificar cuál o cuáles de las variables estudiadas de CRS explicaban mejor la CV, se realizaron modelos de regresión múltiple por género (Tabla 5). No hubo problemas de colinealidad verificados mediante la tolerancia que en todos los casos fue mayor a 0.1 y el factor de

Tabla 4. Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida inferior en hombres estudiantes de preparatoria (n = 404).

Comportamientos de riesgo de suicidio	Índice Total		D. General		D. Personal	
	I (n = 121)	OR (IC 95%)	I (n = 111)	OR (IC 95%)	I (n = 120)	OR (IC 95%)
Desesperanza ^a		4.9(2.7-9.0)***		4.8(2.6-8.7)***		5.5(3.0-10.2)***
No	25.1		22.8		24.5	
Sí	62.3		58.5		64.2	
Ideación ^a		9.1(2.9-28.3)***		10.4(3.3-32.4)***		13.4(3.8-47.2)***
No	27.7		25.1		27.2	
Sí	77.8		77.8		83.3	
Planeación ^a		7.9(2.8-22.2)***		5.4(2.1-14.0)***		8.0(2.8-22.5)***
No	27.6		25.5		27.3	
Sí	75		65		75	
Intento ^a		5.2(2.0-13.1)***		3.8(1.6-9.3)**		4.2(1.7-10.4)**
No	27.9		25.8		27.9	
Sí	66.7		57.1		61.9	
Ideación o planeación último mes		8.4(2.-26.3)***		4.0(1.5-10.9)**		8.5(2.7-26.7)***
No	27.9		26.1		27.6	
Sí	76.5		58.8		76.5	
Comportamientos de riesgo de suicidio	D. Relacional			D. Ambiental		
	I (n = 126)	OR (IC 95%)		I (n = 157)	OR (IC 95%)	
Desesperanza ^a			2.2(1.2-4.0)**			2.1(1.2-3.8)*
No	28.8			36.5		
Sí	47.2			54.7		
Ideación ^a			3.7(1.4-9.8)**			3.3(1.2-9.0)*
No	29.8			37.6		
Sí	61.1			66.7		
Planeación ^a			4.4(1.7-11.4)**			5.1(1.8-14.4)**
No	29.4			37		
Sí	65			75		
Intento ^a			3.1(1.3-7.7)**			3.4(1.3-8.5)**
No	29.8			37.3		
Sí	57.1			66.7		
Ideación o planeación último mes			5.7(2.0-16.7)***			5.5(1.7-17.1)**
No	29.5			37.2		
Sí	70.6			76.5		

S=Calidad de vida superior > percentil 33; I = Calidad de vida inferior ≤ percentil 33.

En las celdas, debajo de I se muestran porcentajes, OR, odds ratio; IC, intervalo de confianza.

^a Se les preguntó si habían presentado esa conducta en los últimos 12 meses.

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

la inflación de la varianza que tuvo puntuaciones menores a 10. El modelo de mujeres final incluyó la conducta de haberse sentido triste o sin esperanza, que aumentó la posibilidad de una CV inferior 4.69 veces, y la de haber hecho un plan el último año para suicidarse, que la aumentó 3.13 veces. El modelo de hombres incluyó tres

variables que aumentaron la posibilidad de una CV inferior: haberse sentido triste o sin esperanza 3.56 veces, haber hecho un plan el último año 3.68 veces y haber intentado el último año el suicidio 3.72 veces. Los modelos resultaron bien ajustados más, el porcentaje de explicación de la CV inferior fue pequeño.

Tabla 5. Modelos de regresión logística múltiple entre comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida en mujeres y hombres adolescentes mexicanos, ajustado por covariables.

Variables predictoras	Modelo Mujeres (n = 485)				Modelo Hombres (n = 404)			
	B	SE	OR _{ajustado}	IC 95%	B	SE	OR _{ajustado}	IC 95%
Desesperanza								
No			1				1	
Sí	1.55	0.25	4.69***	2.87-7.65	1.27	0.52	3.56*	1.29-9.86
Planeación último año								
No			1				1	
Sí	1.14	0.43	3.13**	1.34-7.29	1.30	0.33	3.68***	1.93-7.01
Intento								
No	-	-	-	-	1.31	0.60	1	
Sí	-	-	-	-	1.31	0.58	3.72*	1.19-11.66
<i>Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit, X²</i>								
				0.71			0.11	
<i>P value</i>								
				0.40			0.74	
<i>Cox & Snell R²</i>								
				0.12			0.10	
<i>Nagelkerke R²_N</i>								
				0.16			0.14	

El guion (-) significa que la variable no apareció en el modelo final.

B = Coeficiente B, SE = Error típico de B.

OR, odds ratio; IC, intervalo de confianza.

CV=Calidad de vida: El punto de corte corresponde al percentil 33 de la población total.

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Discusión

En este estudio se pretendía analizar la asociación de los CRS con la CV, según género en estudiantes de preparatoria. El análisis por separado para mujeres y hombres, mostró los CRS asociados con CV, y fue el comportamiento de haberse sentido triste o sin esperanza por al menos dos semanas en el último año, el que presentó en general los tamaños de efecto mayores. Los modelos de regresión evidencian que algunos CRS aumentan la posibilidad de una CV inferior aún después de ajustar por covariables.

Los resultados muestran una prevalencia de CRS mayor en mujeres que en hombres, excepto en hacer un plan para suicidarse, comportamiento en el que, aun cuando la prevalencia fue mayor en mujeres que en hombres, la diferencia no fue significativa, resultados que van en la misma dirección de estudios previos²⁵. Estos resultados podrían tener que ver con que mientras que a diferencia de los factores que explican una prevalencia mayor en hombres que en mujeres de suicidio consumado como la elección de métodos más letales en los hombres, en el caso de los comportamientos suicidas es la percepción de salud

mental negativa la que juega un importante rol en la decisión del adolescente a intentar el suicidio como ha señalado Tatcher et al.¹² y este factor podría ser más importante en las mujeres. Probablemente las mujeres podrían tener una sensibilidad mayor a su salud mental negativa percibida que los hombres, por sus características culturales formadas y su función social y biológica en la crianza y el cuidado de los hijos. La CV fue mayor en hombres que en mujeres y en los dominios personal y relacional semejante a otros estudios²⁶. La explicación de dichas diferencias podría tener que ver con lo planteado por Ferrans et al.²⁷, respecto a que existen factores individuales que influyen en la CV como los biológicos y características sociales como el nivel socioeconómico, que podrían afectar a las mujeres negativamente en su percepción de la CV o de sus dominios.

La relación entre CRS y CV fue significativa aunque los tamaños de efecto fueron pequeños excepto por la conducta de sentirse triste o sin esperanza. El que los efectos sean pequeños no es extraño ya que la CV es un constructo multidimensional y como tal hay innumerables variables tanto del individuo como del entorno que influyen en su determinación, y a pesar de que los

CRS son eventos que pueden tener un enorme impacto en la vida, sin embargo también otros acontecimientos son importantes para explicar la percepción que la persona tiene de su vida, de hecho podrían haber eventos que neutralizan la manera en que se asocian los CRS a la CV, entre ellos por ejemplo, la relación con personas significativas como la relación con la familia y amigos/ as a los que hacen referencia Thatcher et al.¹².

En los modelos de regresión separados para mujeres y hombres dos conductas coinciden en aumentar la posibilidad de una CV inferior: la desesperanza y el haber hecho un plan el último año para suicidarse. Respecto a haber hecho un plan para suicidarse, este es un paso avanzando dentro de las conductas que pueden llevar al suicidio, probablemente el hecho de que las personas se concentren y dediquen tiempo a ello implica que efectivamente hay distintas dimensiones en su vida que no están funcionando bien. En relación al intento de suicidio nos llamó la atención que la conducta sí estuviera presente en el modelo para hombres pero no el de mujeres. La investigación epidemiológica internacional ha evidenciado que las mujeres intentan más el suicidio que los hombres sin embargo los hombres lo logran más debido entre otros factores²⁸ a los métodos que utilizan, que tienen menos probabilidades de fallar^{29,30}. Eso pudiera explicar en parte el hecho de que en mujeres el modelo multivariado no incluyera la conducta de intento de suicidio ya que la utilización por parte de las mujeres de métodos suaves pudieran haber pasado desapercibidos por parte de familiares y amigos, reduciendo así el impacto en el Dominio de las relaciones dentro de la CV. Otra hipótesis que podría formularse sería que la CV de las mujeres no es tan afectada por el intento de suicidio como en los hombres ya que el impacto del intento de suicidio podría ser amortiguado por la capacidad de interdependencia, la consulta a amigas y la disposición para aceptar ayuda que se ha argumentado que tienen las mujeres³¹, muy distinta a la de los hombres, quienes de hecho acuden con menos frecuencia a pedir ayuda a los servicios de atención mental que las mujeres³².

Como limitaciones de este estudio se encuentra su diseño que por ser transversal no permite determinar las relaciones causales, así, no es posible determinar con estos datos si una CV inferior

impulsa a tener CRS o es el CRS la que lleva a una CV inferior. Otra limitación fue que algunas escuelas hubo problemas de la señal de internet o reducida cantidad de computadoras disponibles para el período de estudio, lo que dificultó encuestar a una población mayor de estudiantes. El muestreo por ser no probabilístico limita las generalizaciones que se puede hacer de los hallazgos, sin embargo las características de homogeneidad socioeconómica de los escolares podría reflejar una realidad semejante de estudiantes de toda la región.

Dado que los hallazgos de nuestro estudio señalan que tanto para las mujeres como para los hombres la desesperanza como la planeación son importantes para aumentar la probabilidad de una CV menor, los administradores de las escuelas deberían darles tanta importancia a personas que han hecho algún intento de suicidio como a aquellas que se muestran tristes de manera permanente, se muestran absortos en sí mismos o dejan de alimentarse, asearse o faltan a la escuela. Los servicios de salud mental de nivel medio superior podrían enseñar estrategias protectoras preventivas para poder salir de estados de tristeza o desesperanza por medio de recursos sociales o escolares al estimular otros aspectos de la calidad de vida como es la relación con personas significativas o el desarrollo de nuevas habilidades para la vida, como la comunicación y expresión de emociones. La aplicación de encuestas de CV sistemáticas por medio de Observatorios de riesgos y calidad de vida podría permitir la identificación oportuna de casos y grupos de riesgo y con ello facilitar la intervención temprana.

Colaboradores

C Hidalgo-Rasmussen y A Hidalgo-San Martín contribuyeron para la concepción, diseño, desarrollo, análisis y elaboración del manuscrito. Los autores aprovaron la versión final para publicación.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Prevención Del Suicidio: Un Imperativo Global*. Washington: World Health Organization; 2014. [acceso 2014 oct 22]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1
2. Beck AT. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row; 1967.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
4. Bagge CL, Lamis DA, Nadorff M, Osman A. Relations between hopelessness, depressive symptoms and suicidality: mediation by reasons for living. *J Clin Psychol* 2014; 70(1):18-31.
5. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30(1):133-154.
6. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicide and suicidal behaviors in Mexico: Retrospective and current status. *Salud Publica Mex* 2010; 52(4):292-304.
7. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(3-4):372-394.
8. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2(2):153-159.
9. De Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: An update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31(3):271-280.
10. Kwon J-W, Kim J-H. The Impact of Health-Related Quality of Life on Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Korean Older Adults. *J Gerontol Nurs* 2012; 38(11):48-59.
11. Lester D. Youth suicide: a cross-cultural perspective. *Adolescence* 1988; 23(92):955-958.
12. Thatcher WG, Reininger BM, Drane JW. Using path analysis to examine adolescent suicide attempts, life satisfaction, and health risk behavior. *J Sch Health* 2002; 72(2):71-77.
13. Valois RF, Zullig KJ, Huebner ES, Drane JW. Life Satisfaction and Suicide among High School Adolescents. *Soc Indic Res* 2004; 66(1/2):81-105.
14. Resch F, Parzer P, Brunner R. Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17(Supl. 1):92-98.
15. Bae S, Ye R, Chen S, Rivers PA, Singh KP. Risky behaviors and factors associated with suicide attempt in adolescents. *Arch Suicide Res* 2005; 9(2):193-202.
16. Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Qual Life Res* 2009; 18(9):1147-1157.
17. Abassee MLF, Oliveira RC de, Silva TC, Souza ER de. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):407-416.
18. American Psychological Association. Centers for Disease Control and Prevention. State and local Youth Risk Behavior Survey. *PsycExtra* 2007; 1.
19. Patrick DL, Edwards T, Topolski T, Walwick JA. Youth Quality of Life: A New Measure Incorporating the Voices of Adolescents. *QoL News* 2002; (28):7-8.
20. Patrick DL, Edwards TC, Topolski TD. Adolescent quality of Life, Part II: initial validation of a new instrument. *J Adolesc* 2002; 25(3):287-300.
21. Wee H-L, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Li S-C. Factor structure of the Singapore English version of the KINDL children quality of life questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*; 2007; 5:4.
22. Hidalgo-Rasmussen CA, Hidalgo-San-Martín A, Rasmussen-Cruz B, Montaño-Espinoza R. Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México. *Cad Saude Publica* 2011; 27(1):67-77.
23. Hidalgo-Rasmussen CA, Ramírez-López G, Hidalgo-San Martín A. Actividad física, conductas sedentarias y calidad de vida en adolescentes universitarios de Ciudad Guzmán, Jalisco, México. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7):1943-1952.
24. Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lohr KN, Patrick DL, Perrin E, Stein RE. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res* 2002; 11(3):193-205.
25. Mann JJ, Currier D. Suicide and attempted suicide. In: Fatemi SH, Clayton PJ, Sartorius N, editors. *The Medical Basis of Psychiatry*. 3rd ed. Clifton: Humana Press; 2008. p. 561-576.
26. Vélez Galárraga R, López Aguilà S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y adolescencia en España. *Gac Sanit* 2009; 23(5):433-4394.
27. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh* 2005; 37(4):336-342.
28. Cibis A, Mergl R, Bramesfeld A, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U. Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *J Affect Disord* 2012; 136(1-2):9-16.
29. Langhinrichsen-Rohling J, Friend J, Powell A. Adolescent suicide, gender, and culture: A rate and risk factor analysis. *Aggress Violent Behav* 2009; 14(5):402-414.
30. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord* 2012; 138(1-2):19-26.
31. Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry* 1998; 39(4):165-175.
32. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol* 2003; 58(1):5-14.

Artigo apresentado em 17/11/2014

Aprovado em 20/03/2015

Versão final apresentada em 22/03/2015