



Observatorio
Comportamientos de riesgo y
Calidad de vida de estudiantes



Informe Técnico

Generación 2013A CUSUR

Febrero 2013

Agradecimientos

Este informe no hubiera sido posible sin los consejos y contribuciones de muchas personas, tanto dentro como fuera de la Universidad de Guadalajara.

Nuestro agradecimiento más sincero al Dr. Alfredo Hidalgo San Martín fundador y asesor de esta iniciativa, la Dra. Bettylú Rasmussen Cruz asesora del proyecto, el Mtro. Gerardo Jiménez Haro, programador del cuestionario online. A los coordinadores de carrera y autoridades del CUSur por su disposición y apoyo para la realización de esta aplicación, y a cada uno de los estudiantes que participó.

INVESTIGACIÓN Y TABLAS ESTADÍSTICAS, DISEÑO Y PRODUCCION

Dr. Carlos Alejandro Hidalgo Rasmussen

©Carlos Alejandro Hidalgo Rasmussen

Por favor si va a citar este documento hágalo de la siguiente manera:
Hidalgo-Rasmussen, C. (2013A) Observatorio de los comportamientos de riesgo y la calidad de vida en estudiantes. Informe técnico toal del Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara

Prefacio

En este año 2013, se cumplen 10 años desde que en 2003, por primera vez aplicamos un cuestionario en línea que valoraba los comportamientos de riesgo de estudiantes en la Universidad de Guadalajara, en aquella ocasión en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS).

Los comportamientos de riesgo descritos en este informe son: riesgos de accidentes, violencia hacia otros y hacia sí mismo entre los que destacan el suicidio y el bullying; riesgos de adicción al tabaco, el alcohol y otras drogas, riesgos sexuales tanto para contraer infecciones de transmisión sexual como para embarazarse, riesgos alimentarios saludables y extremos. En relación a la salud del individuo se describe la discapacidad, la salud auto reportada y el asma.



Aunque existen Encuestas Nacionales que dan una idea de los riesgos a nivel nacional y estatal, ninguna de ellas permite acercarse tanto a la situación de los estudiantes y con tanta agilidad como lo hace este Observatorio de los riesgos y calidad de vida de estudiantes cuyo URL es: <http://www.cusur.udg.mx/Observatorio/index.htm>

Esto se logra mediante un instrumento que ha sido trabajado y perfeccionado durante años para lograr reducir los errores y aumentar la rapidez con técnicas y software estadísticos que nos permiten monitorear en la actualidad escuelas distantes con gran velocidad y eficacia y además este instrumento de última generación ofrece un reporte al estudiante en cuanto termina de contestarlo.

Estoy redactando este prefacio en Chile donde desarrollo actualmente un año sabático. Esta ha sido una oportunidad para trabajar frente al mar, en una ciudad quizás la más turística de Chile, Viña del Mar. Sin embargo también ha sido una oportunidad para observar en otro país los retos que enfrentan los estudiantes para seguir estudiando. Además de los riesgos por el consumo excesivo de alcohol de los estudiantes y consumo

de drogas, los estudiantes chilenos enfrentan un entorno adverso frente a las condiciones de la educación chilena, una educación donde el derecho a recibir una de calidad solo está aparejado con los grandes aranceles que cobran las universidades privadas. En los últimos meses a partir del cierre de una universidad por el estado se demostró crudamente que cuando los intereses económicos privan sobre los académicos los resultados son socialmente desastrosos. La deserción de los estudiantes vinculada a algunos riesgos que se convierten en daños ha tenido en ocasiones intervenciones maduras de parte de las Universidades públicas, una de ellas, la universidad de Playa Ancha en el puerto de Valparaíso por ejemplo cuando una estudiante resulta embarazada se le asigna una asistente social para que la acompañe durante todo su proceso hasta su reintegración a las clases y le otorgan toda serie de ventajas como guardería y apoyos escolares y médicos para que su embarazo no resulte en deserción. Si es posible evitar el embarazo de una estudiante, sin duda estamos un paso adelante y eso es precisamente lo que buscamos con el observatorio de riesgos, al detectar los comportamientos de riesgo en lugar de los daños en los estudiantes.

Es de reconocer el entusiasmo y apoyo que ha recibido estos años el observatorio en el Centro Universitario del sur, de Administrativos, profesores y estudiantes.

Es una labor que no cesa sin embargo, el crear un contexto donde 700 estudiantes que ingresan cada semestre al CUSUR puedan desarrollarse en contextos más saludables para sí mismo y que puedan resultar modelos para su práctica profesional y su vida familiar.



Dr. Carlos Alejandro Hidalgo Rasmussen
Investigador Responsable
Viña del Mar, Chile, Febrero 2013

Prefacio	3
Introducción	2
1.-Condicion de salud y actividad física	3
2.-Discapacidad y asma	4
4.-Riesgos de adicciones	7
5.-Riesgos de violencia	11
6.-Riesgo alimentarios.....	12
7.-Riesgos sexuales	14
8.-Riesgos de suicidio	16

Introducción

Se señalan enseguida los datos socio demográficos de la aplicación realizada en el Centro Universitario del Sur (Cuadro 1) y posteriormente en cada apartado, el nombre del aspecto valorado y los antecedentes relacionados para ese aspecto, finalmente las tablas correspondientes a los resultados específicos del Centro Universitario del Sur. Los antecedentes sirven para entender la situación y su severidad a nivel nacional, también sirven para comparar los datos nacionales con los del Centro Universitario del Sur en particular.

Cuadro 1. Datos sociodemográficos.

		Count	Column N %
genero	Femenino	385	55,6%
	Masculino	307	44,4%
semestre	Cuarto	1	,1%
	Primero	683	98,7%
	Quinto	2	,3%
	Segundo	2	,3%
	Sexto	1	,1%
	Tercero	3	,4%
	edad	17	2
18		280	40,5%
19		200	28,9%
20		97	14,0%
21		46	6,6%
22		21	3,0%
23		11	1,6%
24		8	1,2%
25		8	1,2%
26		4	,6%
27		1	,1%
28		2	,3%
29		2	,3%
30 y más		10	1,4%
edocivil	Casado (a)	15	2,2%
	Separado (a)	1	,1%

	Soltero (a)	666	96,2%
	Unión libre	10	1,4%
trabajas	No trabajo	414	59,8%
	Sí, con contrato	53	7,7%
	Sí, sin contrato	225	32,5%

1.-Condicion de salud y actividad física

El aumento de las actividades físicas tiene numerosas compensaciones, entre ellas la reducción del riesgo de padecer ciertas enfermedades y afecciones, y la mejora de la salud mental. El cuerpo humano está diseñado para moverse, y por ello una vida sedentaria puede tener como consecuencia enfermedades.

La actividad física es un estímulo vital biológico necesario para mantener la estructura y función de los órganos del cuerpo y sistemas de órganos. Además, la actividad física regular se asocia con reducción de la ansiedad y la depresión.

Cuadro 2. Variables relacionadas con salud, actividad física y sedentarismo

		Count	Column N %
Cómo categorizaría su salud	Mal	1	,1%
	Mas o menos	13	1,9%
	Bien	268	38,7%
	Muy bien	300	43,4%
	Excelente	110	15,9%
Últimos 7 días cuántos días estuvo físicamente activo al menos 60 minutos	0 días	93	13,4%
	1 día	103	14,9%
	2 días	117	16,9%

	3 días	97	14,0%
	4 días	78	11,3%
	5 días	82	11,8%
	6 días	34	4,9%
	7 días	88	12,7%
En un día de escuela horas que mira la televisión	1 hora al día	164	23,7%
	2 horas al día	172	24,9%
	3 horas al día	83	12,0%
	4 horas al día	24	3,5%
	5 o más horas por día	13	1,9%
	Menos de 1 hora por día	165	23,8%
En un día escolar horas de juego en video o computadora que no sea trabajo de escuela	No veo la televisión en días de escuela	71	10,3%
	1 hora al día	126	18,2%
	2 horas al día	137	19,8%
	3 horas al día	64	9,2%
	4 horas al día	35	5,1%
	5 o más horas por día	18	2,6%
	Menos de 1 hora por día	179	25,9%
	Yo no juego juegos de vídeo, computadora o utilizzo	133	19,2%

2.-Discapacidad y asma

En la actualidad la discapacidad se ve desde una perspectiva ecológica (es decir, desde la interacción persona-ambiente). Por ejemplo, la OMS (*Bradley, 1995; OMS, 1997*) define la discapacidad de una persona como resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y las variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos. Este cambio en la concepción de la discapacidad tiene numerosas implicaciones para la educación y la rehabilitación personal, entre las que se incluyen (*Schalock 1998*):

La discapacidad no está ni fijada ni dicotomizada; es más bien fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en el ambiente personal.

Una forma de reducir las limitaciones funcionales y por tanto la discapacidad de la persona consiste en intervenir o proveer servicios y apoyos que se centren en la conducta adaptativa y en el nivel del papel que se desempeña en la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), de acuerdo con los estudios más recientes, ha dado a conocer que en la actualidad la población con problemas de discapacidad en la República Mexicana alcanza ya el 14 por ciento, mientras que hace una década era tan solo del 10 por ciento (OMS La Organización Mundial de la Salud , 2010).

Cuadro 3. Variables sobre discapacidad física y emocional y asma.

		Count	Column N %
Tiene discapacidad física o problema médico	No	617	89,2%
	Si	42	6,1%
	No se	33	4,8%
Tiene problema emocional o discapacidad para aprender	No	650	93,9%
	Si	15	2,2%
	No se	27	3,9%
Otros consideran que tiene una discapacidad	No	600	86,7%
	Si	20	2,9%
	No se	72	10,4%
Está limitado por una discapacidad física o emocional	No	653	94,4%
	Si	17	2,5%
	No se	22	3,2%
Le han dicho que tiene asma	No	626	90,5%
	No estoy seguro/a	21	3,0%
	Si	45	6,5%

3.-Riesgos de accidentes

La tasa de muertes por accidente con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos en el 2005, fue del 72.6% en varones de 10 a 14 años y del 64.1% de 15 a 19 años. En el caso de las mujeres fue ligeramente menor con un 69.6% y 62.9% respectivamente en el grupo de edad. (INEGI. Estadísticas de Mortalidad, tasa por 100,000 hab., 2005.)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006, refleja un aumento considerable en la prevalencia de accidentes en el grupo de adolescentes de 10 a 19 ya que aumentó del 6% según resultados de la ENSA 2000 A 8.8% en el 2005.

En el Cuadro 4 puede observarse los niveles de riesgo para diferentes comportamientos de los estudiantes en el Centro Universitario del Sur específica.

Cuadro 4. Variables sobre riesgo de accidentes.

		Count	Column N %
Usa cinturón	Algunas veces	209	30,2%
	La mayor parte del tiempo	195	28,2%
	Nunca	32	4,6%
	Rara vez	146	21,1%
	Siempre	110	15,9%
Último mes en carro con conductor había bebido alcohol	0 veces	394	56,9%
	1 vez	151	21,8%
	2 ó 3 veces	101	14,6%
	4 ó 5 veces	22	3,2%
	6 ó más veces	24	3,5%
Último mes conducido habiendo bebido alcohol	0 veces	583	84,2%
	1 vez	51	7,4%
	2 ó 3 veces	44	6,4%
	4 ó 5 veces	9	1,3%
	6 ó más veces	5	,7%

4.-Riesgos de adicciones

El uso de alcohol ha aumentado entre los jóvenes y se ha convertido en una importante fuente de morbilidad y mortalidad.

La información acerca del consumo de alcohol en la población adolescente mostró que 17.7% ha ingerido bebidas que contienen alcohol, se encontró que, independientemente de la frecuencia de consumo de alcohol por ocasión y por grupo de edad hay una tendencia sostenida a aumentar la ingesta con la edad, tanto en hombres como en mujeres. (INSP, SSA, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2006.)

La ENA 2002, mostró que 3'522,427 adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población en este grupo. (Consejo Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones, 2002.)

El consumo de altas cantidades es el patrón más habitual, en mujeres 7.1% respecto a 0.9% consuetudinarios y en hombres adolescentes 11% de altas cantidades respecto a 2.2% consuetudinarios, esto considerando en hombres 5 o más copas por ocasiones y en mujeres 4 o más copas por ocasión. (Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz , 2008). El cuadro 5 muestra las variables de consumo de alcohol en el Centro Universitario del Sur específica.

Cuadro 5. Variables sobre consumo de alcohol.

		Count	Column N %
Ha tomado alcohol tuvo su primer consumo de alcohol mas allá de unos pocos tragos	No aplica	138	19,9%
	Si	554	80,1%
Edad que tenía cuando tuvo su primer consumo de alcohol	11 o 12 años de edad	6	,9%
	13 o 14 años de edad	47	6,8%
	15 o 16 años de edad	195	28,2%
	17 años de edad o más	257	37,1%
	8 años de edad o menos	4	,6%
	9 o 10 años de edad	9	1,3%
	No aplica	138	19,9%
	Nunca he consumido alcohol que no sea unos tragos	36	5,2%
Último mes días cuántos días bebió	0 días	139	20,1%
	1 o 2 días	240	34,7%
	10 a 19 días	26	3,8%
	20 a 29 días	3	,4%
	3 a 5 días	95	13,7%
	6 a 9 días	46	6,6%
	Los 30 días	5	,7%
	No aplica	138	19,9%
Último mes cuántos días 5 o más bebidas alcohólicas	0 días	313	45,2%
	1 día	111	16,0%
	10 a 19 días	10	1,4%
	2 días	61	8,8%
	20 días o más	2	,3%
	3 y 5 días	41	5,9%
	6 a 9 días	16	2,3%
	No aplica	138	19,9%

Cuadro 6. Variables sobre consumo de tabaco.

		Count	Column N %
Ha fumado	No	462	66,8%
	Si	230	33,2%
Edad que tenía cuando fumó un cigarro entero por primera vez	11 o 12 años de edad	11	1,6%
	13 o 14 años de edad	21	3,0%
	15 o 16 años de edad	65	9,4%
	17 años de edad o más	117	16,9%
	8 años de edad o menos	1	,1%
	9 o 10 años de edad	4	,6%
	No aplica	463	66,9%
Último mes días en que fumó	Nunca he fumado un cigarro entero	10	1,4%
	0 días	81	11,7%
	1 o 2 días	63	9,1%
	10 a 19 días	16	2,3%
	20 a 29 días	10	1,4%
	3 a 5 días	29	4,2%
	6 a 9 días	17	2,5%
	Los 30 días	13	1,9%
	No aplica	463	66,9%
	Último mes cigarros fumados por día	1 cigarrillo por día	54
11 a 20 cigarrillos por día		2	,3%
2 a 5 cigarrillos por día		46	6,6%
6 a 10 cigarrillos por día		7	1,0%
Menos de un cigarrillo al día		33	4,8%
No aplica		463	66,9%
No he fumado cigarrillos durante los últimos 30 días		87	12,6%
Últimos doce meses ha intentado alguna vez de dejar de fumar cigarro	No	35	5,1%
	No aplica	463	66,9%
	No he fumado durante los últimos 12 meses	61	8,8%
	Si	133	19,2%

En la

E

El uso de drogas ha aumentado entre los jóvenes y se ha convertido en una importante fuente de morbilidad y mortalidad. La detección es relativamente difícil, dado que los signos o síntomas que permite descubrir a tiempo el uso de drogas en los adolescentes raramente son evidentes. (INSP, SSA, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2006.)

El cuadro 7 muestra el consumo reportado de drogas ilegales en el Centro Universitario del Sur específica.

Cuadro 7. Variables sobre consumo de drogas ilegales

		Count	Column N %
Último mes cuántas veces fumó marihuana	0 veces	654	94,5%
	1 o 2 veces	28	4,0%
	10 a 19 veces	3	,4%
	20 a 39 veces	1	,1%
	3 a 9 veces	5	,7%
	40 o más veces	1	,1%
Último mes cuántas veces consumió otra droga	0 veces	682	98,6%
	1 o 2 veces	9	1,3%
	3 a 9 veces	1	,1%

5.-Riesgos de violencia

Cuadro 8. Variables sobre violencia

		Count	Column N %
Último mes portado pistola navaja o cuchillo	0 días	656	94,8%
	1 día	11	1,6%
	2 ó 3 días	11	1,6%
	4 ó 5 días	2	,3%
	6 ó más días	12	1,7%
Último mes portado pistola	Algunas veces	1	,1%
	La mayor parte del tiempo	1	,1%
	No aplica	656	94,8%
	Nunca	29	4,2%
	Rara vez	5	,7%
Últimos 12 meses participación en pelea física	0 veces	602	87,0%
	1 vez	56	8,1%
	12 o más veces	1	,1%
	2 o 3 veces	27	3,9%
	4 o 5 veces	5	,7%
	6 o 7 veces	1	,1%
Haber sido forzado(a) físicamente a tener relaciones sexuales cuando no lo quería	No	680	98,3%
	Si	12	1,7%
Últimos 12 meses maltratado en el Centro Universitario del Sur	No	676	97,7%
	Si	16	2,3%

Las principales causas de muerte entre los jóvenes son las relacionadas, directa e indirectamente, con la violencia. Las denominadas causas externas como son los accidentes vehiculares, los homicidios y los suicidios son causas predominantemente altas en su nivel de incidencia.

En el 2005 la tasa de muertes por violencia en adolescentes varones fue de 65.4% en el rango de 15-19 años. Mientras que en el caso de las mujeres fue del 37.7%. (INEGI. Estadísticas de Mortalidad, tasa por 100,000 hab., 2005.)

En el Cuadro 8 se pueden observar las variables relacionadas con violencia auto-reportadas por los estudiantes del Centro Universitario del Sur específica. Entre ellas, el hecho de portar armas, involucrarse en peleas, la violencia en pareja, el abuso sexual y el bullying.

6.-Riesgo alimentarios

La desnutrición, las deficiencias de micro nutrientes, el sobrepeso y la obesidad son los más importantes problemas de salud nutricional entre los adolescentes.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la prevalencia de baja talla en las mujeres de 12 a 17 años de edad disminuyó entre 1999 y 2006 de 19.5% a 12.3%, al igual que en 1999, durante el año 2006 la prevalencia de baja talla aumentó progresivamente con la edad. Así, en las mujeres de 12 años fue de 6.5% aumentando hasta 19.7% en las de 17 años.

La incidencia nacional de anemia en adolescentes de ambos sexos fue de 11.5%, lo cual representa a 2'116,582 adolescentes anémicos en todo el país. Los adolescentes hombres de 12 años tuvieron la prevalencia más alta (28.6%) (ENSANUT)

En 2006, de acuerdo con los resultados de esta misma encuesta, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tenían sobrepeso u obesidad. Esto representaba alrededor de 5'757,400 adolescentes en el país. (ENSANUT)

La presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social. Los resultados señalan que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer. (ENSANUT)

Otras prácticas de riesgo son las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. A este respecto, 3.2% de los adolescentes indicó haber practicado estas conductas en los últimos tres meses. En menor proporción se encuentra la práctica del vómito auto inducido

y la ingesta de medicamentos. Por otra parte, se observó que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años. (ENSANUT).

En el Cuadro 9 se pueden observar las variables sobre el peso percibido, lo que ha intentado hacer respecto a su peso y las conductas de control de peso reportadas por estudiantes del Centro Universitario del Sur específica.

Cuadro 9. Variables sobre peso y conductas de control del peso.

		Count	Column N %
Describe peso	Cerca del peso correcto	394	56,9%
	Ligeramente bajo de peso	56	8,1%
	Ligeramente con sobrepeso	204	29,5%
	Mucho sobrepeso	31	4,5%
	Muy bajo peso	7	1,0%
Que ha tratado sobre su peso	Bajar de peso	332	48,0%
	Mantener el mismo peso	198	28,6%
	No estoy tratando de hacer algo sobre mi peso	51	7,4%
	Subir de peso	111	16,0%
Último mes dejó de comer por 24 horas para bajar peso	No	677	97,8%
	Si	15	2,2%
Último mes dieta o productos sin supervisión para perder peso	No	671	97,0%
	Si	21	3,0%
Último mes vomito o tomó laxantes para bajar peso	No	679	98,1%
	Si	13	1,9%

7.-Riesgos sexuales

La Encuesta Nacional de Juventud 2005, reportó que en la mayor parte de los encuestados el inicio de las relaciones sexuales se dio entre los 15 y 19 años.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) se especifica que el 14.4% de los adolescentes del país refieren haber tenido relaciones sexuales, siendo el mayor porcentaje entre los 16 a 19 años con el 29.6% de los encuestados.

La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad, en el 2005 fue de 79 por cada mil mujeres. Mientras la tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 embarazos por cada mil, y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres. (ENSANUT). El total de números de casos de egreso hospitalarios en adolescentes atendidos por el sistema de salud durante el 2006 fue de 201,475 por parto, y de 19,291 por abortos. (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, DGIS/SSA)

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en adolescentes, paso de 26.7% en 1997 a 36% en el 2006. (Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID. 1997 Y 2006). La prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de entre 15 a 19 años que han iniciado vida sexual se incrementó del 36.4% en 1992 a 39.4% en el 2006 (Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, 1992, 2006). Del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, se observa que el porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual es más alto en los hombres. Ya que 71.5% de ellos declaró haber utilizado algún método, mientras que en las mujeres la utilización reportada fue de 44.2%. (ENSANUT)

En el Cuadro 10 pueden observarse las variables relacionadas con la práctica de la sexualidad reportada por los estudiantes del Centro Universitario del Sur específica.

Cuadro 10. Variables sobre prácticas sexuales.

		Count	Column N %
Ha tenido relaciones sexuales	No	351	50,7%
	Si	341	49,3%
Edad que tenía cuando tuvo su primera relación sexual	11 años de edad o menos	1	,1%
	12 años	2	,3%
	13 años	7	1,0%
	14 años	13	1,9%
	15 años	40	5,8%
	16 años	59	8,5%
	17 años	105	15,2%
	18 años o más	113	16,3%
	No aplica	351	50,7%
	Nunca he tenido relaciones sexuales	1	,1%
Últimos 3 meses cantidad de parejas sexuales	1 persona	221	31,9%
	2 personas	24	3,5%
	3 personas	9	1,3%
	4 personas	6	,9%
	5 personas	2	,3%
	6 o más personas	3	,4%
	He tenido relaciones sexuales, pero no durante los	73	10,5%
	No aplica	351	50,7%
	Nunca he tenido relaciones sexuales	3	,4%
La última vez que tuvo relaciones sexuales uso de anticonceptivos	No aplica	351	50,7%
	No usamos	152	22,0%
	Si usamos	189	27,3%
Última vez relaciones sexuales uso de condón	No	99	14,3%
	No aplica	351	50,7%
	Si	242	35,0%

8.-Riesgos de suicidio

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, permiten identificar que la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes aumentó en aquellos que viven con su pareja (3.1%), en los que consumen alcohol (3.0%) y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses (4.1%).

Asimismo, las estadísticas del INEGI muestran el alto nivel de muertes por suicidio en adolescentes, ya que en el rango de 15 a 19 años es de 12.6 .(INEGI. Estadísticas de Mortalidad, tasa por 100,000 hab., 2005).

En el Cuadro 11 se puede observar los resultados reportados para los comportamientos de riesgo sobre suicidio. El hecho de que la persona reporte que se ha intentado suicidar no significa que lo vaya a intentar de nuevo.

Cuadro 11. Variables sobre riesgos de suicidio.

		Count	Column N %
Último año se ha sentido triste o sin esperanza cada día	No	610	88,2%
	Si	82	11,8%
Último año ha hecho plan para suicidarse	No	669	96,7%
	Si	23	3,3%
Último mes ha pensado o planeado suicidarse	No	670	96,8%
	Si	22	3,2%
Último año cuántas veces ha intentado suicidio en realidad	0 veces	666	96,2%
	1 vez	19	2,7%
	2 o 3 veces	3	,4%
	4 o 5 veces	3	,4%
	6 o más veces	1	,1%