



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MF No. 1



**“DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS
ATENDIDOS EN EL HGZMF No. 1, PACHUCA, HGO.”**

Número de registro SIRELCIS R-2020-1201-001

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JULIO ENRIQUE AGUILAR CUENCA

ASESOR CLÍNICO:

DRA. GARCÍA LAGUNA GABRIELA

ASESORES METODOLÓGICOS:

DR. FRANCISCO CÉSAR NAVA MARTÍNEZ

PACHUCA, HIDALGO.

2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MF No. 1



**"DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS
ATENDIDOS EN EL HGZMF No. 1, PACHUCA, HGO."**

Número de registro SIRELCIS R-2020-1201-001

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JULIO ENRIQUE AGUILAR CUENCA

ASESOR CLÍNICO:

DRA. GARCÍA LAGUNA GABRIELA

ASESORES METODOLÓGICOS:

DR. FRANCISCO CÉSAR NAVA MARTÍNEZ

PACHUCA, HIDALGO.

2020

**"DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS
ATENDIDOS EN EL HGZMF No. 1, PACHUCA, HGO."**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA:**

**DR. JULIO ENRIQUE AGUILAR CUENCA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1**

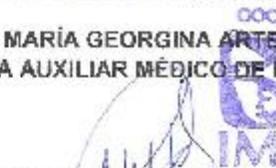
AUTORIZACIONES:



**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA,
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**



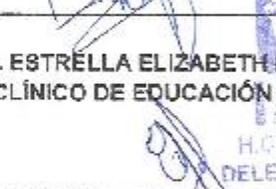
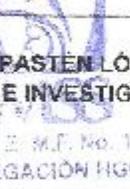
**DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ,
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. ELBA TORRES FLORES,
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.**



**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR**

ASESORES DE TESIS



DRA. GARCÍA LAGUNA GABRIELA
MÉDICO ESPECIALISTA EN PAIDOPSIQUIATRÍA
HÓSPITAL GENERAL DE ZONA Y MÉDICO FAMILIAR No 1.



DR. FRANCISCO CÉSAR NAVA MARTÍNEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.32

PACHUCA, HIDALGO



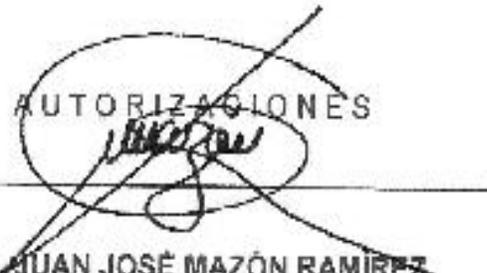
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO 2020

**"DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS
ATENDIDOS EN EL HGZMF No. 1, PACHUCA, HGO."**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA:**

**DR. JULIO ENRIQUE AGUILAR CUENCA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1**

AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PACHUCA DE S. J. AGOSTO 2011

**"DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS
ATENDIDOS EN EL HGZMF No. 1, PACHUCA, HGO."**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR
PRESENTA:**

**DR. JULIO ENRIQUE AGUILAR CUENCA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1**



**PRESIDENTE DEL JURADO
DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
HGZMF No. 1**



**SECRETARIO DEL JURADO
DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF 32 IMSS PACHUCA HIDALGO**



**VOCAL DEL JURADO
DR. FRANCISCO CÉSAR NAVA MARTÍNEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UMF 32 IMSS PACHUCA HIDALGO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1201,
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 13 948 032

Registro CONBIDÉTICA CONBIOÉTICA 13 CEI 001 2018041

FECHA Jueves, 02 de enero de 2020

Dra. GABRIELA GARCIA LAGUNA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS ATENDIDOS EN EL HGZMF No. 1, PACHUCA, HGO.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-1201-001

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dra. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

Impolmir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, en especial a mi madre.

Por todo el compromiso y esfuerzo que puso para impulsarme a lograr mis metas, por ser mi respaldo emocional cuando mi ánimo decaía;

A mi hermana.

Por haber permanecido conmigo en todo momento durante este largo camino, por su incondicional amor fraterno, por ser guía y ejemplo en el ámbito profesional.

A mi novia.

Por haberme mostrado, con todo lo que ello significa, lo que es la “relación plena entre dos personas” con ese apoyo incondicional que me brinda a pesar de las ausencias y la distancia, por ser la fuerza que me impulsa a completar mis metas para que juntos disfrutemos de lo sembrado el día hoy y que en un futuro los nuestros tengan un mejor porvenir.

Y de manera especial a mis maestros, catedráticos, compañeros y amigos

Por haberme brindado su comprensión y apoyo durante este tiempo de aprendizaje, con los cuales he tenido la fortuna de cruzar camino, me quedo con lo mejor de cada uno de ustedes.

¡Muchas Gracias!

ÍNDICE

I.	IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	11
II.	RESUMEN	12
I.	MARCO TEÓRICO	14
III.	JUSTIFICACIÓN	39
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	40
V.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	41
VI.	OBJETIVOS	41
	GENERAL	41
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
VII.	HIPÓTESIS	42
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS	42
	TIPO DE ESTUDIO	42
	UNIVERSO DE TRABAJO	42
	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	42
	TAMAÑO DE LA MUESTRA	42
	CRITERIOS DE SELECCIÓN	42
	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	45
	PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	45
IX.	ASPECTOS ÉTICOS	46
	REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD.	46
	DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL	49
	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (BPC)	50
	ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN	50
	AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL	50
X.	PROGRAMACIÓN DE RECURSOS Y FINANCIAMIENTO	50
	RECURSOS: HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO.	50
	RECURSOS HUMANOS	50
	RECURSOS FÍSICOS.	50
	RECURSOS MATERIALES	50

RECURSOS FINANCIEROS.	51
FACTIBILIDAD.	51
XII. RESULTADOS	52
XIII. DISCUSIÓN	64
XIV. CONCLUSIONES	66
XV. BIBLIOGRAFÍA	67
XVI. ANEXOS	71
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	71
CUESTIONARIO DE BECK	71
INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA	73
CONSENTIMIENTO INFORMADO	75
ASENTIMIENTO INFORMADO	77
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	78

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Asesor Metodológico:

Nombre: Dr. Francisco César Nava Martínez
Especialidad: Medicina Familiar
Adscripción: UMF No. 32, Pachuca, Hidalgo.
Domicilio: Blvrd Luis Donaldo Colosio esq. Jaime Torres Bodet No. 201,
Col. Rincón del Valle
Teléfono: 7711276893
Correo electrónico: cenamart@hotmail.com

Asesor Clínico:

Nombre: Dra. Gabriela García Laguna
Especialidad: Médico especialista en Paidopsiquiatría
Adscripción: HGZ y Familiar No. 1, Pachuca, Hgo.
Domicilio: Prol. Av. Madero No. 405, Colonia Nueva Francisco
I. Madero Pachuca de Soto, Hidalgo.
Teléfono: 7716991981
Correo electrónico: psiquiatragaby@gmail.com

Tesista:

Nombre: Dr. Julio Enrique Aguilar Cuenca
Residente de la especialidad en medicina familiar.
Adscripción: HGZ Y MF No. 1, Pachuca, Hgo
Domicilio: Prol. Av. Madero No. 405, Colonia Nueva Francisco
I. Madero Pachuca de Soto, Hidalgo.
Teléfono: 2223221664
Correo electrónico: jac_182@hotmail.com

II. RESUMEN

TÍTULO: "Depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo "

ANTECEDENTES: Durante la adolescencia, la depresión se considera un factor predisponente en el intento suicida, donde a nivel mundial alrededor del 50% de las muertes por suicidio se deben a este trastorno. En los adolescentes con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos suicidas entendiéndose como primera fase de éste la ideación suicida. El Inventario de Depresión de Beck y El inventario de Orientación Suicida son instrumentos de gran validez para determinar el grado de depresión y riesgo suicida.

OBJETIVO: Determinar el grado de depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZMF No. 1, Pachuca, Hgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, prolectivo, transversal. Se analizó una muestra total de 355 adolescentes de 13 a 19 años de edad, derechohabientes al IMSS atendidos en el HGZ/MF No.1, Pachuca Hidalgo para la determinación de la frecuencia de depresión y el riesgo suicida mediante la aplicación del test de Beck (depresión) y el Inventario de Orientaciones Suicidas (riesgo suicida). Se realizó descripción estadística simple para la caracterización de la población estudiada, para variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar, valores mínimos y máximos). Para la correlación de las variables, se utilizó la prueba Chi cuadrada.

RESULTADOS: Se encuestaron 355 adolescentes de 13 a 19 años, 57% mujeres y 43 % hombres; con una media de edad 15 ± 3.85 años, el 56% cursa el nivel secundario, el 1% vivía en unión libre y el 3% casados. Se determinó que el 39% presentan algún grado de presión, de este el 61% en mujeres, con predominando la depresión leve, los cuales se ubicaron entre los 13 a 15 años, en cuanto escolaridad el 16.5% cursa el nivel secundaria, el estado civil predominante fue soltero, de los cuales 38% presentaron algún grado de presión, predominando depresión leve 25.4%; no se determinó asociación estadística entre la edad el grado escolar, el sexo la ocupación y el estado civil con el nivel de depresión.

El 56% presento un riesgo suicida, predominando el sexo femenino 57%, siendo el riesgo moderado el más frecuente con un 34%. En cuanto a la edad el riesgo suicida moderado predomino el grupo de 13 a15 años con un 30%, riesgo suicida alto un 28.5%, la escolaridad del riesgo suicida alto fue 97%, predomino la soltería con un 55% de riesgo moderad y 39% para el alto. Al realizar la asociación estadística entre la edad, el grado de escolaridad, el género, la ocupación y el estado civil con el riesgo suicida, no se identificó a la escolaridad y a la ocupación como variables asociadas al riesgo suicida en la población estudiada.

CONCLUSIONES: De los el 100% de los encuestados el 39% presentaba algún grado de depresión, el grado de depresión predominante fue la depresión moderada, se presentó con predominancia hacia las mujeres 61%. En cuanto al riesgo suicida el 56 % presento un riesgo Suicida moderado

siendo el más frecuente, nuevamente en el sexo femenino fue el de predominancia con un 34%. Ante estos resultados se concluye que no es imprescindible la manifestación de depresión para tener algún tipo de riesgo suicida; además de que el grupo etario más afectado fue el de 13-15 años, se considera importante analizar también el nivel socioeconómico y las características del núcleo familiar, ya que este es el pilar fundamental para la determinación de problemas emocionales como la depresión y el riesgo suicida.

Por ello, se hace necesario profundizar en el análisis de aspectos socioculturales como el nivel socioeconómico y las características del núcleo familiar para poder conocer el impacto de dichas variables en la evolución de la depresión y el riesgo suicida de este grupo poblacional con el objetivo de identificar con mayor precisión factores que pudieran ayudar a prevenir la evolución de este tipo de conductas y reforzar las estrategias de intervención actuales para esta problemática.

I. MARCO TEÓRICO

”La adolescencia es una etapa de transición que supone importantes transformaciones a nivel biológico, cognitivo y social, las cuales aparecen en mayor proporción comparándolas con las que se suscitan en otros periodos de edad.”¹

“La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas. En el caso de la población infantil, la clínica es dependiente de la etapa de desarrollo y sus expresiones particulares son: Trastornos de conducta, deterioro escolar, quejas somáticas y ánimo disfórico”.

Para llegar al diagnóstico de Episodio depresivo o distimia es necesario entrevistar al paciente y comprobar que cumple los criterios CIE-10 o DSM IV los cuales comprenden:

Síntomas principales: 1. Humor depresivo (vivencia de tristeza); 2. Pérdida de interés y disfrute (apatía y anhedonia) 3. Fatigabilidad (cansancio); Otros síntomas
a) Disminución de la atención y concentración. B) Pérdida de confianza en sí mismo un sentimiento de inferioridad. C) Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en episodios leves). D) Perspectiva sombría del futuro. E) Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones. F) Trastornos del sueño G) Pérdida del apetito.

Se toma en cuenta de la intensidad de los síntomas dividiéndolo en leve, moderado y grave; toma en cuenta el grado de “Interferencia” (dificultad para llevar a cabo su vida social y laboral) clasificándose en algún tipo de dificultad, bastante dificultad y extrema dificultad; En cuanto a la duración es un mínimo de dos semanas de aparición del cuadro.

La presencia de sintomatología depresiva durante la adolescencia es un importante indicador de una vulnerabilidad del estado emocional, cuya gravedad puede afectar diversas áreas de la vida y aumentar la probabilidad de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Aunque es necesaria su detección oportuna, ésta se complica dentro de los sistemas educativos y de salud de México y otros países

debido a insuficiencias de infraestructura y recursos humanos. Esta situación representa un reto, dadas la magnitud y la creciente tendencia de la depresión entre la población adolescente. Todo ello vuelve prioritario dirigir esfuerzos para su detección temprana a fin de proporcionar una atención oportuna y crear estrategias para su prevención, además de promover el desarrollo psicosocial de los adolescentes.²

Se sabe que la depresión se relaciona con diversos factores que dificultan su atención, que empeoran su pronóstico y que aumentan el riesgo de otras conductas problemáticas. Entre ellos están el nivel socioeconómico, la historia familiar con problemas de depresión y de consumo de alcohol, las experiencias con la violencia, el abuso físico o sexual y el consumo de tabaco y de drogas ilegales.²

Típicamente la adolescencia se caracteriza por ser un período de baja morbilidad y mortalidad.³ Las principales causas de muerte en jóvenes son: accidentes vehiculares, homicidios y suicidios, con prevalencias mayores en hombres que en mujeres.⁴

Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte". Se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados.⁵

Para la Organización Mundial de la Salud (2010) en la actual población mundial 1.200 millones de personas (una de cada cinco) son adolescentes. Los adolescentes transitan por un periodo de grandes cambios y transformación de las interacciones sociales lo cual incluye riesgos y beneficios para su salud mental y física.⁷

Dentro de los factores psicológicos y psiquiátricos, la depresión ha jugado un papel preponderante en el intento suicida, donde más de 50% de las muertes por suicidio

se deben a este trastorno. En los adolescentes con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos suicidas.⁸

Uno de los factores de riesgo más importante para la consecución de un suicidio es el intento suicida. Se estima que entre 2% y 12% de la población joven ha tratado quitarse la vida, constituyéndose en un motivo frecuente de consulta en salud mental y en un grave problema para la salud pública. La investigación sobre los factores de riesgo para el intento suicida adolescente ha establecido una relación con desórdenes psiquiátricos.⁸

En nuestro país, según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, la prevalencia general de depresión es de 4.5%, 2.5% entre los hombres y 5.8% entre las mujeres. Es importante analizar el curso de la sintomatología depresiva y la depresión durante la adolescencia, ya que influye sobre el estado de ánimo y las situaciones que se viven como poco placenteras o molestas. Por ello puede asumirse como un factor de vulnerabilidad, ya que incide en casi todas las áreas de la vida y aumenta la probabilidad de que ocurran trastornos psiquiátricos y conductas problemáticas.⁹

Es común que las personas con trastornos afectivos consulten con médicos generales de manera temprana y que esta demanda no sea atendida de forma eficaz por carencia de capacitación de estos médicos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos mentales, por lo que resulta importante que se implementen mecanismos que permitan diagnosticar de manera eficaz la sintomatología de la depresión e ideación suicida, con el fin de proporcionar un tratamiento oportuno, así como abordar los trastornos mentales desde una visión multidisciplinaria.¹⁰

ANTECEDENTES GENERALES.

La historia terminológico-conceptual de la depresión está definida, fundamentalmente, por tres vocablos: Melancolía, Acedia, Depresión, que representan las tres perspectivas culturales de la filosofía occidental.³⁰

La *Melaina chole (atra bilis, bilis negra)* o melancolía provenía de la alteración del equilibrio humoral. De acuerdo con la idea hipocrática (siglos V y IV aJC) la

conceptualizaba como la “bilis negra” (uno de los cuatro humores corporales) la cual produciría el estado patológico melancólico depresivo. Esta medicina griega abarca un paréntesis que va desde Hipócrates a Galeno el cual fue referente durante toda la edad media hasta el renacimiento. ³¹

Después de la invasión bárbara, la cultura se refugia en los monasterios y en las catedrales. Y es, principalmente, en el ámbito del monacato, donde se comienza a hablar de Acedia (*accedia, acedia, accidia, acidia*), un síndrome de tristeza y dejadez, de inhibición y apatía, de angustia y pereza. ³⁰

El término griego *akédeia, akedía* (*a--kédos* = sin cuidado), es traducido al latín por *acedia* (en autores como Casiano, Alcuino, Jonás de Orleans)

El principal introductor del concepto de acedia en Occidente es el monje Juan Casiano, el cual, en su libro, *De institutis coenobiorum et de octo principalium vitiorum remediis libri XII*, (escrito entre el 419 y el 426) introduce la lista de los ocho vicios en los que se incluye la acedia. ³¹

Durante la Edad Media, pues, coexisten los dos diagnósticos sobre la acedia: el diagnóstico “melancólico” de la tristeza, eximia de culpa, pues se trataba de una enfermedad corporal; mientras que el diagnóstico “diabólico” de la acedia era un pecado al que había que combatir con confesión, oración y trabajo manual. ³⁰

El Renacimiento supuso una “vuelta” a las ideas de Rufo de Éfeso y de Galeno de Pérgamo. Así, Paracelso (1567) habla de cuatro clases de melancólicos; Th. Elyot (1530) hace referencia al temperamento melancólico y T. Bright (1586) publica un Tratado sobre la melancolía, en el que se desmarca de la etiología pecaminosa de la depresión, constituyendo este libro la primera monografía específica sobre la depresión. R. Burton comienza la nueva concepción “nerviosa” o “mental” de la depresión. El término “depresión” se fragua a partir de la Ilustración. ³⁰

Conceptualmente, el término se transforma al tener que expresar la bipolaridad de euforia-disforia. Así J.P. Falret (1854) tematiza esta bipolaridad depresiva hablando

de “folie circulaire” y Baillarguer alude a la “folie à double forme”, mientras E. Kraepelin (1896) habla ya de “locura maníaco-depresiva” como entidad nosológica Independiente.³¹

La depresión ha tenido pues, a lo largo del tiempo, tres principales nombres, melancolía, acedia y depresión, que significaban una misma realidad: el abatimiento, la postración, el hundimiento, la distonía, el descenso a la oscuridad vital y a la muerte.³⁰

Con respecto al suicidio Durante la antigüedad, se ha abordado de manera general, sin hacer referencia al suicidio de una población en específico. En las civilizaciones mesopotámica, egipcia, griega y romana, ya se consideraba al suicidio como producto de un estado de ánimo melancólico.¹²

En el siglo XVII Robert Burton, pionero en el estudio médico del suicidio, escribe el ensayo anatomía de la Melancolía; el filósofo inglés Sir Thomas Brown define por primera vez la palabra suicidio en su obra “Religio Medici misma” que sigue vigente en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. En la segunda mitad del siglo XVIII, en el año 1790, Francia se convierte en el primer país que logra cambiar la ley que juzgaba al suicidio como crimen y lo considera como problema médico y social, consolida a la Psiquiatría como especialidad e integra al suicidio en las primeras clasificaciones de enfermedades mentales.¹²

En los primeros siglos del cristianismo el suicidio fue aceptado, sin embargo, San Agustín (354–430 D.C) eliminó la tradición al considerarla una acción contra la ley natural, es decir, un pecado contra de la ley de Dios. Diekstra, (1989) consideró que el estudio de la ideación suicida en adolescentes tiene una referencia básica en la antigua Grecia, cuando Plutarco llevó a cabo un estudio sobre los suicidios entre los siglos IV y III A. de C., llegando a la conclusión que había una frecuencia elevada de tentativas de suicidio y suicidios consumados en muchos de los adolescentes griegos. La historia del suicidio ha tenido connotaciones diversas, Sarró y De la Cruz (1991) afirman que, en Oriente, se consideraba un acto elogiado ligado a condiciones rituales-religiosas, como por ejemplo el Seppuku o Hara-kiri, ritual

japonés de suicidio en la cultura Samurai y el suicidio masivo de discípulos de Confucio tras haberse quemado sus libros sagrados.⁷

El suicidio ha sido visto de diversas formas a lo largo del tiempo y en diferentes culturas. Para los griegos y romanos era un acto sublime; para los cristianos, el pecado más grande, pues atenta contra la propia vida. En la actualidad es un problema de salud pública que puede ser prevenido (Guzmán, 2006).¹¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio se define como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal. Las características del suicidio varían de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades.¹¹ presentándose a modo de componente de ritual de purificación, expiación o como elección ante las dificultades para adaptarse a ciertas coyunturas socioculturales.⁷

LA DEPRESIÓN EN NÚMEROS.

El número de personas con trastornos mentales comunes está aumentando a nivel mundial, en especial en los países de menos ingresos, debido a que la población está aumentando y a que más personas están llegando a la edad en que la depresión y la ansiedad ocurren con mayor frecuencia. Se calcula que, en el 2015, el número total de personas con depresión a escala mundial supera los 300 millones. Casi el mismo número de personas sufre algún tipo de trastorno de ansiedad.³⁵

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.

Las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas.

Para tener una idea de la magnitud del problema, estudios internacionales en epidemiología psiquiátrica realizados en población general reportan que la

prevalencia a lo largo de la vida de este tipo de comorbilidad puede oscilar entre 41 y 66%, mientras que los estudios efectuados en población clínica reportan prevalencias mayores que van desde 50% para la *comorbilidad concurrente* (actual), hasta 80% en la comorbilidad a lo largo de la vida.³⁴

El número total de personas que tienen depresión en el mundo es de 322 millones. Casi la mitad de estas personas viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental, lo que refleja las poblaciones relativamente más grandes de esas dos regiones (que incluyen India y China, por ejemplo).³⁵

La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%). La violencia de la que son víctimas las mujeres es un factor importante que desencadena la depresión, en este sentido, el 35% de la diferencia por género en depresión podría explicarse por el abuso sexual ocurrido en la infancia a niñas.

Cabe señalar que la probabilidad de tener un siguiente Estado Depresivo Mayor fue 1.8 veces mayor entre quienes iniciaron en la niñez o la adolescencia.³³

El riesgo de suicidio de los pacientes diagnosticados con depresión mayor es tres veces mayor que en la población general y se estima que el 80% de los suicidios consumados presentan un cuadro depresivo.

EL SUICIDIO EN NÚMEROS.

La Organización Mundial de la Salud (2015) estima que actualmente el suicidio es una de las primeras diez causas de muerte en todos los países y se encuentra entre las tres primeras causas de muerte entre la población de 15 a 35 años de edad. Asimismo, que en el año 2000 hasta un millón de suicidios ocurriría anualmente, uno cada 40 segundos, y habría de 10 a 20 intentos de suicidio por cada uno consumado (un intento cada tres segundos).⁶

Por su parte, respecto al costo económico del suicidio, la OPS indica que “Se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio o con las lesiones

auto infligidas suman miles de millones de dólares estadounidenses al año” (Organización Panamericana de la Salud, 2003), lo anterior independientemente de los costos emocionales que significa para parientes y amigos y, en general, para el entorno del que se suicida. ⁶

De acuerdo con datos estandarizados de mortalidad por causas para el año 2004 de la Organización Mundial de la Salud (2009), los países que muestran tasas de suicidios más altas son algunos de Europa oriental (como Rusia, Ucrania, Bielorrusia, Lituania, Polonia) y occidental (Finlandia, Bélgica, Francia, Austria, Suiza) y algunos países asiáticos (India, Japón, República de Corea). ⁶

En el caso de la mayoría de los países europeos, estos se encuentran dentro de un rango de siete a 15 suicidios por cada 100 mil habitantes. En cuanto a América Latina, los países con las tasas más altas son Nicaragua, Cuba y Chile (con tasas de entre 10.7 y 12.1 por 100 mil). Pero en términos generales, comparativamente los países latinoamericanos no muestran tasas demasiado elevadas (y casi todos se encuentran dentro de un rango entre 9.2 de Argentina y cuatro por 100 mil de Guatemala). En relación con México (con tasas de 4.3 suicidios por 100 mil personas en 2004), dentro de un total de 192 países, ordenados de mayor a menor tasa, ocupaba la posición 161 en ese año. ⁶

La Organización Mundial de la Salud (2000) a su vez, señala que, si bien el suicidio no es necesariamente la manifestación de una enfermedad, los trastornos mentales sí son un factor muy importante asociado con el suicidio. Estudios realizados por la OMS para países tanto en vía de desarrollo como desarrollados revelan una prevalencia total de 80 a 100 % de trastornos mentales en casos de suicidio consumado. Se estima que el riesgo de suicidio en personas con trastornos como la depresión es de seis a 15 %; alcoholismo, siete a 15 %; y con esquizofrenia, cuatro a 10 %. ⁶

El suicidio se entiende ahora como un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. ⁶

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

El suicidio; El primer desafío al evaluar a un paciente con síntomas depresivos es establecer si éste sufre una reacción normal de tristeza o es un trastorno diagnosticable de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR o la CIE 10, Tal como un Trastorno de Adaptación o un Episodio Depresivo Mayor, es importante tanto por el riesgo de intento de suicidio y suicidio consumado como por la disponibilidad de tratamientos farmacológicos y psicológicos eficaces, es esencial establecer el diagnóstico diferencial entre un episodio de tipo “monopolar” o uno de tipo “bipolar”.

27

En el primer caso, el Episodio de Depresión Mayor es un episodio más en el contexto de un Trastorno Depresivo Recurrente o Recidivante. En el segundo caso, el Episodio de Depresión Mayor representa uno de los llamados “polos” del Trastorno Bipolar (TB). En otras palabras, en nuestro país potencialmente alrededor de 300 mil personas sufren de Trastorno Bipolar, condición asociada con una tasa de suicidio de 10 al 15%, abuso de alcohol y drogas , y un impacto muy negativo en el trabajo y la vida familiar y social.²⁷

Como todo trastorno psiquiátrico, el TB debe ser diagnosticado usando criterios estandarizados y la queja del paciente de tener “cambios bruscos de ánimo” debe ser sólo el comienzo de una evaluación clínica que debe evitar la presión derivada de “modas” diagnósticas. Por otro lado, el diagnóstico correcto y oportuno de la depresión bipolar es importante porque la mayoría de los pacientes con TB debutan con un Estado de Depresión Mayor (EDM).²⁷

Además, después de un primer EDM pueden transcurrir hasta 5 años antes de que ocurra el primer episodio de elevación patológica del ánimo. Aún en la actualidad, hasta 69% de las personas con TB reciben un diagnóstico inicial incorrecto y la demora en el diagnóstico adecuado alcanza 9 años o más.²⁷

El EDM puede presentarse con otros trastornos. Quienes lo padecieron en la niñez y/o adolescencia tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a las drogas, en comparación con los deprimidos con inicio en la etapa adulta. Además, quienes

padecieron depresión desde edades tempranas, tuvieron el 50% más probabilidades de haber intentado suicidarse.³³

PANORAMA DE LA DEPRESIÓN EN MÉXICO.

Un primer estudio realizado en México, en 1999, con estudiantes de secundaria de 12 a 15 años de edad, aplicando la CES-D, permitió identificar una prevalencia del 16.3% de sintomatología depresiva, con una proporción ligeramente mayor en las mujeres (18.2%), que en los varones (14.4%).³³

Posteriormente, se realizaron otros estudios con dos cohortes (2002 y 2006), también con estudiantes de secundaria entre 12 y 15 años de edad en el Centro Histórico de la Ciudad de México, Los resultados obtenidos indicaron que el 8.2% de los estudiantes cursaba con un probable EDM, con predominio de las mujeres en proporción de 5 a 1 (13.5% y 3.8%, respectivamente). La categoría de “depresión subclínica” se identificó en casi la tercera parte de la población escolar, en el 31.5%, y una prevalencia del 36.6% para las mujeres y del 27.3% en los varones. Esto puso de manifiesto síntomas notorios de depresión que no rebasaron el umbral clínico necesario para establecer un diagnóstico de EDM, pero que indicaron la presencia de problemas emocionales de importancia que requieren prevención.³³

En México del total del presupuesto asignado a la salud, que equivale a 6.5% del PIB, sólo 2% está orientado a la salud mental; y de este monto, se destina 80% a la manutención de los hospitales psiquiátricos. El total de recursos humanos que trabajan en el área de la salud mental asciende a 10.000 personas y la tasa de psiquiatras por cada 100.000 habitantes es de 1.6, lo cual resulta notoriamente insuficiente.³⁴ La depresión en nuestro país, ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Además, se estima que 9.2% de la población ha sufrido depresión, que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años y que los jóvenes presentan tasas mayores.

Entre 2001 y 2002 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), que es representativa de la población urbana entre 18 y 65

años de edad. Se les entrevistó en sus hogares con el Composite International Diagnostic Interview (CIDI), el cual es un instrumento diagnóstico computarizado alineado con los criterios de la OMS y de la Asociación Psiquiátrica Americana establecidos en el DSM-IV. Los resultados indicaron que la prevalencia del EDM alguna vez en la vida fue del 7.2%, con una proporción de 2 mujeres por cada hombre (9.8% y 4.4%, respectivamente).³³

En 2005 se llevó a cabo la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de la Ciudad de México, con el mismo método que la ENEP. La prevalencia de EDM durante el último año en los adolescentes fue del 4.8%, mayor a la reportada por la ENEP en adultos: el 1.1% en hombres y el 2.8% en mujeres.³³

El INEGI (2017) documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. También, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace.³³

En nuestro país El INEGI (2017) reporta que hasta un 66.9 % de los integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión algunas veces al año.²⁸

PANORAMA DEL SUICIDIO EN MÉXICO.

De acuerdo con estadísticas del INEGI en 2013 se registraron 5909 suicidios, que representan 1% del total de muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte a nivel nacional. Los suicidios en el país presentan una tasa de cerca de cinco suicidios por cada 100 mil habitantes. Del total de registros en 2013, 5754 suicidios ocurrieron en el mismo año (97.4%); 131 suicidios ocurrieron en 2012 (2.2%);¹² y 24 ocurrieron en 2011 o antes (0.2por ciento).

Entre el año 2000 y 2013, la tasa de suicidios presentó una tendencia creciente, pues de 2000 a 2013 se elevó de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes.

En 2013 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 8.1 por cada 100 mil hombres y de 1.7 suicidios por cada 100 mil mujeres.

- TASA ESTANDARIZADA DE SUICIDIOS POR ENTIDAD FEDERATIVA.

Estadísticas del INEGI en 2013 señalan que el comportamiento de los suicidios por entidad federativa muestra que Aguascalientes, Quintana Roo y Campeche, fueron las entidades que presentaron mayor tasa de suicidios con 9.2, 8.8 y 8.5 por cada 100 mil habitantes, respectivamente. En tanto que Guerrero (2.7), Oaxaca (3.0), y Tlaxcala (3.1), presenta las tasas más bajas.

Los actores y víctimas principales de suicidio son los jóvenes entre 15 y 34 años y las personas mayores de 65 años, en su inmensa mayoría del sexo masculino. Ambos grupos de edad son, por el cambio demográfico debido al envejecimiento de la población, cada vez más numerosos por lo que el número de suicidios, de conservarse las actuales condiciones socioeconómicas y la falta de medidas preventivas, seguirá probablemente aumentando. ⁶

En el caso de las mujeres, es entre las jóvenes de los grupos de edad entre 15 y 24 años donde se presentan las tasas de suicidios más altas. ⁶

- INTENTOS DE SUICIDIO.

En cuanto a los intentos de suicidio, en México se contabilizan muy pocos de los que suceden y serían mayoritariamente realizados por mujeres. Así, de acuerdo con compilaciones de datos del INEGI (INEGI 2005, 2003, 2000, 1997), no pasarían de 300 o 400 intentos frustrados al año y, para 2004 (INEGI, 2005), se habrían producido 17 suicidios consumados por cada intento de suicidio. En contraparte la OMS (2008) estima que se producen de 20 a 40 intentos por cada suicidio consumado. Lo que lleva a pensar que realmente las cifras en México están subestimadas. ⁶

- EL SUICIDIO Y LA ADOLESCENCIA.

El suicidio en la adolescencia es un problema de salud pública que afecta el entorno social, afectivo y/o económico de familiares y amigos. ⁴

La depresión juega un papel preponderante en el intento suicida, donde más de 50% de las muertes por suicidio se deben a este trastorno. En los adolescentes con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos suicidas.⁸

Se considera conducta suicida (CS) cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo.¹¹

Diversas investigaciones han identificado etapas previas al suicidio consumado, como la ideación suicida, que es la idea de quitarse la vida, pensamientos de falta de valor o deseos de muerte, de intentos suicidas en los cuales no necesariamente se busca la muerte (en ocasiones existen otras motivaciones como pretender ganar algo o castigar a alguien). Dichas investigaciones permiten conocer la problemática de la conducta suicida en población adolescente e identificar factores de riesgo.⁴

Un estudio realizado en México arrojó conductas suicidas (pensamientos suicidas) en el 12% de estudiantes de primaria (10 a 12 años), 35% en la secundaria (12-15 años) y 65% en la preparatoria (15 a 18 años), lo que evidencia el elevado riesgo en adolescentes y su aumento a razón de la edad.⁷

DEPRESIÓN, UN FACTOR DETERMINANTE.

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.¹⁴

En nuestro país, según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, la prevalencia general de depresión es de 4.5%, 2.5% entre los hombres y 5.8% entre las mujeres. Es importante analizar el curso de la sintomatología depresiva y la depresión durante la adolescencia, ya que influye sobre el estado de ánimo y las situaciones que se viven como poco placenteras o molestas. Por ello puede asumirse como un factor de vulnerabilidad, ya que incide en casi todas las áreas de la vida y aumenta la probabilidad de que ocurran trastornos psiquiátricos y conductas problemáticas.⁹

La depresión generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.¹⁴

Los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida.¹⁴

La Organización Mundial de la Salud prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares.¹⁴

Es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otras patologías mentales, como los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias adictivas, además, las personas que padecen síntomas de depresión tienen mayores probabilidades de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias; condiciones crónicas responsables de más de 60% de las muertes en el mundo.¹⁴

De importancia es recalcar que cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración.¹⁴

- **DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA.**

Estudios con población adolescente muestran que, entre los trastornos más frecuentes en esa etapa de la vida, se encuentran los depresivos; estos padecimientos generan discapacidad entre los adolescentes debido a que pueden interferir en su desarrollo y limitarlos en la toma de decisiones importantes en su vida. Es probable que la presencia de síntomas depresivos se relacione con el maltrato, la falta de oportunidades para realizar sus aspiraciones y la violencia del entorno en que viven, entre otros.¹⁴

La depresión afecta un 5-10% de los adolescentes. En personas pre-puberales, las tasas son similares para niños y en niñas, sin embargo, en etapas puberales las tasas aumentan el doble en niñas. Según estudios esto se ha relacionado con los niveles hormonales y con las influencias ambientales que han contribuido al aumento de la depresión en el sexo femenino.¹⁵

La depresión en niños de 8 años o menores muchas veces no es reconocida. La razón de lo anterior es porque este grupo, expresa los síntomas de la depresión de una forma no verbal, lo hacen frecuentemente de una manera somática (dolores de cabeza, dolores de estómago, o con una simple expresión de “no sentirse bien”), algunas veces asocian alucinaciones auditivas. Otras veces, la depresión se manifiesta como problemas de comportamiento, desinterés en los juegos con los amigos, etc. Niños mayores (9-12 años) expresan la depresión como el querer huir de la casa, problemas de baja autoestima, desesperanza o deseo de morir. En adolescentes (12-17 años) se expresa más como alteraciones en el apetito y en el sueño, desilusión, ideación suicida, y rebeldía.¹⁵

Con frecuencia, la depresión queda enmascarada bajo otros síntomas, como agresividad o irritabilidad. Indicios tan típicos de la depresión como la tristeza, problemas para dormir o falta de autoestima pueden estar solapados por una conducta desobediente, discusiones frecuentes, consumo de drogas.²⁸

Los avances en el conocimiento sobre la depresión no dejan duda respecto al tremendo impacto que ésta tiene en la calidad de vida de la población. Pese a ello, una gran mayoría de los individuos no acude a tratamiento, lo que conlleva a un incremento en la discapacidad y en el impacto económico y social¹⁴

En la adolescencia el riesgo de suicidio de los pacientes diagnosticados con depresión mayor es tres veces mayor que en la población general y se estima que el 80% de los suicidios consumados presentan un cuadro depresivo.¹⁴

FACTORES DE RIESGO PARA EL SUICIDIO.

El modelo teórico ecológico de Bronfenbrenner ha sido ampliamente usado en investigaciones sobre los factores asociados a la conducta suicida. Dicho modelo

plantea cómo la interacción de sistemas puede influir en cada persona de modo significativo.⁴

- Factores individuales (desarrollo ontogénico).

Se encuentra la depresión como factor de mayor riesgo para el suicidio e ideación suicida en adolescentes. También las adicciones, principalmente drogas y alcohol, se asocia a la conducta suicida. Algunos estudios han encontrado asociación entre la ideación, intento suicida y algunas prácticas sexuales de riesgo.⁴

- Factores familiares (microsistema).

Pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, presentar conflictos con padre y/o madre, presenciar discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano, entre otros, posibilitan la ideación e intento suicida.⁴

- Factores del ecosistema.

Se refiere a las “estructuras sociales” (por ejemplo: la escuela, la colonia); cómo percibe su entorno, si es o no violento, agresivo.⁴

- Factores del macrosistema.

Capa exterior, implica la cultural y creencias. Establece roles de género y otras conductas prediseñadas.⁴

INDICADORES DE RIESGO GENERALES.¹³

- Intentos previos, propios o de familiares, sobre todo si éstos han sido silenciados.
- Insomnio crónico
- Fracaso escolar o académico
- Cambios abruptos en personas débiles o inseguras.
- Rupturas o quiebres afectivos y/o económicos.
- Accidentes reiterados.
- Incomunicación o indiferencia familiar
- Enfermedades mentales sin atención o mal atendidas
- Sociopatías: estafadores, delincuentes, homicidas.
- Adicciones: al juego compulsivo de apuestas, al alcohol, a las drogas, sobre todo en cuadros de abstinencia.

- Afección a las armas.
- Marginación social y aislamiento elegido o forzado.
- Enfermedades terminales (cáncer, SIDA).
- Amenazas masivas a la dignidad personal: abuso sexual, maltrato físico, verbal o psicológico, privación de la libertad.

INDICADORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES.

A continuación, se mencionan los indicadores de riesgo en adolescentes. ¹³

- Depresión y desesperanza.
- Decepción y culpa ante la imposibilidad de satisfacer las expectativas paternas.
- Antecedentes de suicidio en familiares, amigos y/o compañeros.
- Dificultades en la comunicación, tendencia al aislamiento, escasas relaciones interpersonales.
- Abuso de sustancias tóxicas.
- Cortes o golpes en el cuerpo.
- Ideas fantasías o intentos previos.
- Considerar suicidio como un acto heroico.

FACTORES PROTECTORES.

Los principales factores que proveen protección frente a la ideación suicida y la múltiple gama de comportamientos autodestructivos, establecidos por la Organización Mundial de la Salud, son: ¹³

1. Patrones familiares
 - Buena relación con los miembros de la familia.
 - Apoyo de la familia.

2. Estilo cognitivo y personalidad
 - Buenas habilidades sociales
 - Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.

- Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar.
 - Búsqueda de consejo cuando hay que tomar decisiones importantes
 - Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas.
 - Receptividad hacia conocimientos nuevos.
3. Factores culturales y sociodemográficos.
- Integración social (participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes)
 - Buenas relaciones con compañeros.
 - Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos
 - Apoyo de personas relevantes.

IDEACIÓN SUICIDA COMO PRIMERA ETAPA DEL SUICIDIO CONSUMADO.

El suicidio podría entenderse como un proceso que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, deseo de muerte) discurre por el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado. Por esta razón, se considera que la investigación en ideación suicida, así como la identificación de factores asociados a ésta, resulta de particular importancia en la prevención del suicidio (Paneth y Susser, 2002; Pérez, 1999).¹⁷

La ideación suicida se define como una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón (Wilburn y Smith, 2005) y puede ser conceptuada como la primera fase de una conducta que termina con la vida.¹⁸

De importancia es recalcar que la ideación puede ser un antecedente del intento suicida, el cual, a su vez, es el principal predictor de futuros intentos, e incluso del suicidio consumado (De Wilde, 2000; Wild, Flisher y Lombard, 2004).¹⁸

En numerosas investigaciones que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida, en este sentido, Hintikka, Koivumaa, Lehto, Tolmunen, Honkalampi, Haatainen, y Viinamaki, (2009) concluyeron en un interesante trabajo que un estado de ánimo depresivo se debe considerar como una condición previa necesaria para que surja la ideación suicida.¹⁷

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.

La depresión en adolescentes abarca un espectro amplio de sintomatología, que va desde lo subsindromático hasta lo sindromático. Para establecer el diagnóstico, el adolescente debe presentar por lo menos durante 2 semanas: Cambios persistentes en el estado de ánimo o pérdida de interés en actividades placenteras practicadas de forma cotidiana.

Sumado a otra gran variedad de síntomas como aumento o incremento en el apetito, en el sueño, disminución de la energía, ideas de muerte o suicidas, considerando también los intentos suicidas, estos síntomas deben representar un cambio significativo del nivel de funcionamiento previo a la enfermedad.

La depresión es una enfermedad heterogénea, con una amplia gama de síntomas emocionales, físicos y cognitivos. Estos incluyen, ánimo depresivo, anhedonia, falta de interés y de disfrutar las cosas, energía disminuida, falta de concentración y memoria, sentimientos de culpa, pesimismo, pobre autoestima, ideas suicidas, alteraciones del sueño, así como diversos síntomas somáticos como dolor, fatiga, disminución de peso. Estos síntomas, deben estar presentes durante por lo menos 2 semanas.

Las tres áreas afectadas son el área Emocional; en esta se presenta irritabilidad, ideación suicida, culpa inapropiada, Falta de interés, falta de placer, desesperación, ánimo depresivo, ansiedad. En cuanto al área cognitivas se presenta Deterioro de la capacidad de pensar, pobre concentración dificultad de memorizar, indecisión, y finalmente en el área física se presentan cefaleas, problemas estomacales, agitaciones psicomotoras, insomnio, hipersomnias, cambio en la alimentación cambios en el peso, disminución del libido, fatiga y dolor.

Los adolescentes que presentan este cuadro clínico pueden presentar comorbilidades siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno por oposición y desafío y, específicamente del grupo de edad, el abuso de sustancias. El inicio y la permanencia de la depresión en adolescentes suele estar mediada por, estresores

individuales, familiares y escolares. Es imprescindible valorar la relación de éstos con el cuadro clínico.

CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES.

Estudios calculan que “por cada suicidio consumado hay de 8 a 10 intentos, y que por cada intento de suicidio otras 5 u 8 lo pensaron”.⁷

De acuerdo con Miralles y Cano (2009) en la clasificación tradicional existen tres formas de actos suicidas: el suicidio consumado (conduce a la muerte), suicidio frustrado (situación en la que el sujeto queda en un estado de gravedad mortal) y el intento de suicidio (se sorprende al sujeto cuando se dispone a realizar el hecho) según Pérez (2008).⁷

Autores como Tubert (1982) han señalado dos tipos de intentos de suicidio: el “maligno” caracterizado por ser un acto impulsivo y peligroso vinculado a estructuras de personalidad disfuncional y procesos psicopatológicos (previos y actuales) que han marcado la historia personal del suicida e indican que la búsqueda de la muerte es una finalidad primordial (sin testigos), y el segundo o “suicidio benigno”, caracterizado por actos compulsivos de menor peligrosidad, de características reactivas ante situaciones de cambio o pérdida (Moya, 2007) en un contexto clínico de tono depresivo.⁷

COMPORTAMIENTO SUICIDA

El comportamiento suicida se entiende como un proceso que se presenta de forma gradual y que puede manifestarse de diversas formas entre las que se encuentran el deseo o la manifestación de morir, la imagen de muerte y el intento suicida, hasta el suicidio consumado.⁷

Los actos suicidas se caracterizan por tres momentos: deseo de morir, representación suicida e idea suicida (sin método específico, con método inespecífico, con método específico sin planificación, con método específico y un plan suicida).⁷

El comportamiento suicida se identifica con tres componentes que pueden o no ser secuenciales; ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado (Pokorny,

1974; Brown, Jeglinc, Henriques & Beck, 2008). A partir de lo anterior se definen tres poblaciones de estudio.¹⁹

La primera se conforma por los ideadores suicidas; en esta los sujetos piensan, desean y planean cometer suicidio, pero no han efectuado un intento. La segunda corresponde a los intentadores suicidas, quienes llevaron a cabo un acto de autolesión con el propósito de finalizar con su vida, pero no lo lograron. A la última población pertenecen los consumidores del suicidio, que se caracterizan por realizar un acto de autolesión con el fin de terminar con su vida y logran su cometido.¹⁹

La primera dimensión o “deseo de Morir”, expresa una frustración vital asociada a la inconformidad e insatisfacción de algunas personas con su estilo de vida actual, situación que puede prevalecer en adolescentes explotados, víctimas de tortura, abusos de poder y tratos degradantes. Al respecto frases como: “la vida no vale la pena vivirla”, “lo que más quisiera es morirme”, “para vivir así lo mejor es estar muerto”, “sin ti no puedo vivir”, dan cuenta de dicho deseo y aunque no son una condición sine qua non del acto suicida, se debe prestar atención a su emergencia en el discurso, porque pueden constituirse en alertas tempranas ante un posible desajuste emocional que refuerce la representación suicida como salida ante una crisis.⁷

La elaboración de estas ideas implica condiciones mentales de tipo obsesivo-compulsivo aunadas a depresiones recurrentes que promueven la elaboración de creencias irracionales o ideas absolutas acerca de la muerte. Estudios demuestran que el “patrón de comportamiento de riesgo para la salud en adolescentes se asocia significativamente a síntomas depresivos con importancia clínica” (Campo, Cogollo y Díaz. 2008), llegando con facilidad a identificar métodos y elaborando planes suicidas con una mayor especificidad.⁷

La ideación suicida se entiende como un síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes. La ideación suicida incluye los deseos, planes, ideas o pensamientos del sujeto, relacionados con quitarse la vida, así como sus planes para llevarlo a cabo.²⁰

Respecto a la ideación suicida Pérez (2008) identifica cuatro tipologías: ⁷

1) Idea suicida sin método específico: La persona tiene deseos de auto eliminarse, pero cuando se le cuestiona el método responde “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.

2) Idea suicida con método inespecífico o indeterminado: La persona expone sus deseos de morir y responde ante la pregunta del cómo de la siguiente manera: “de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, etc.”, es importante considerar que en esta fase lo más importante resulta ser la representación fija y estructurada que se tiene del hecho.

3) Idea suicida con método específico no planificado: La persona desea de manera imperiosa suicidarse y elige un método fulminante, aunque aún no haya ideado en qué momento lo va a realizar, por lo que prepara el hecho y toma todas las precauciones posibles para no ser descubierto.

4) Plan suicida o idea suicida planificada: La persona elige un método definitivo y mortal, especifica el lugar, el momento y tiempo oportuno, dándole volumen a los motivos que sustentan su decisión. Esta etapa es la más peligrosa de todas y emerge tanto en estados de embotamiento afectivo, como en condiciones mixtas de tipo ansioso-depresiva y en fases maníaca e hipomaniacas.

ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS Y SOCIO FAMILIARES DE LA DEPRESIÓN Y EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES.

El estudio de la adolescencia debe incluir todos los factores que afectan al individuo, la cultura a la que pertenece, el ambiente físico y social que le rodea, los aspectos psicológicos, la calidad de las relaciones interpersonales y familiares, las condiciones biológicas y las circunstancias y el momento histórico en que se encuentre el joven. Estos elementos están entrelazados y conforman una red compleja y organizada de factores, que se va desarrollando a través del ciclo vital (DiClemente, Hansen & Pontón, 1996).

Además, la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta. La depresión ha sido asociada al síndrome de riesgo en la adolescencia (Maddaleno, 1987). El síndrome de riesgo consiste en la presencia simultánea y covariada de factores de riesgo asociados a la presentación de los cuatro problemas típicos en salud del adolescente: (a) abuso de sustancias, (b) embarazo o iniciación sexual temprana, (c) deserción escolar o problemas de rendimiento académico, y (d) delincuencia.

Así mismo Maddaleno (2000, citado por Blum, 2003), en un estudio cuyo propósito es el seguimiento de investigaciones sobre riesgo en adolescentes latinoamericanos, plantea como indicadores mayores de riesgo los siguientes: (a) presentar trastornos psiquiátricos, (b) ser portadores de malformaciones importantes, (c) enfermedad grave o potencialmente mortal, (d) no estudiar ni trabajar, (e) haber abandonado la escolaridad primaria o no haberla iniciado, (f) iniciar relaciones sexuales antes de los 15 años de edad de manera promiscua, homosexual, o con resultados emocionales traumáticos, (g) haber atentado contra su vida o manifestarlo de manera implícita o explícita, (h) presentar un embarazo no deseado, (i) fumar tabaco antes de los 13 años de edad, beber alcohol de manera asidua y hacer uso de drogas aunque sea de manera ocasional, (j) vivir o haber vivido una situación de abandono familiar, (k) hacer parte de un medio social patológico (promiscuidad, drogas, violencia), (l) presentar antecedentes judiciales o penales (hechos delictivos o violentos), y (m) antecedentes de abuso o maltrato.

Como criterios secundarios a enfermedad emocional aparecen carencias afectivas importantes, fracaso escolar o problemas de rendimiento académico constante y disfunción familiar crónica.

Se ha reportado que la construcción del comportamiento de los jóvenes en edad escolar está relacionada con las características del estilo de paternidad y la familia. Así, se ha encontrado que, aunque el vínculo con los padres sea pobre, estas

figuras contribuyen de manera significativa e independiente, a construir el comportamiento de las y los adolescentes (Flour & Buchanan, 2003).

El vínculo padre–hijo también ha sido asociado a las respuestas cognitivas de los jóvenes ante eventos vitales negativos y a la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia. En este sentido, la relación del joven con sus padres se considera una variable de gran peso en el desarrollo de síntomas depresivos en niños y jóvenes, ya que quienes tienen un vínculo pobre con sus padres son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a eventos vitales adversos, en comparación con aquellos que tienen estilos de relación más cercanos y de mayor soporte emocional (Kraaij, Garnefski, Jan de Wilde & Dijkstra, 2003). Según estos mismos autores, los tipos de cogniciones más frecuentes son auto–culpa, rotulación, catastrofización, reinterpretación y evaluación negativas. Además, se encuentra asociación entre la cantidad de estrés experimentado y los síntomas depresivos experimentados.

En el aspecto socio-familiar, es necesario considerar como factores de riesgo, la influencia y/o exposición a actos violentos, el suicidio del padre o de un familiar, los factores depresivos derivados de las necesidades básicas insatisfechas, los grupos de exclusión social, el manejo inadecuado de la autoridad en el hogar y en general, toda situación de vulnerabilidad que genere un monto de estrés importante al interior del sistema familiar y social del adolescente.⁷

En este campo Zuleta (1980) afirma que el sistema educativo «familiar y escolar» a menudo veda la vivencia particular del individuo, es decir, la manera como él ve las cosas espontáneamente, lo que piensa y a cambio, se le imponen resultados que aparentemente refutan su propia vivencia y que son considerados y deben ser considerados como la verdad absoluta. Como consecuencia el crecimiento del suicidio también guarda relación con la permanencia de sistemas educativos orientados a la recepción y reproducción de conocimientos sin posibilidad de construcción dinámica de saber a través de la experiencia, lo cuales se presenta igualmente al interior de la familia; estas personas presentan indicadores de conflicto emocional a partir de hogares con padres de estructuras ansiosas y

depresivas, trastorno límite de la personalidad (TLP), trastornos ansiosos, bipolares, obsesiones y depresiones graves que probablemente fueron comórbidos en la etapa adolescente a conductas tipo Bullying, trastorno oposicionista desafiante, trastornos depresivos y de ansiedad por separación especialmente. Estos factores guardan relación con secuelas psicológicas derivadas de trastorno por situaciones de estrés elevado producto de la tensión psicosocial generada por tres variables: el conflicto sociopolítico, la creciente inequidad social y la descomposición familiar que afecta a todo el tejido comunitario.⁷

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

INVENTARIO DE ORIENTACIÓN SUICIDA ISO 30.

Diseñada por King y Kowalchuk, evalúa la orientación suicida del examinado y, en virtud de su brevedad y sensibilidad se vuelve una herramienta útil para el despistaje o screening de la presencia de riesgo suicida.²⁵ cuya consistencia interna es de $\alpha = 0.92$ ¹⁰

Se trata de un instrumento autoadministrable compuesto por 30 ítems formulados de forma positiva y negativa que se responden según una escala Likert de 4 posiciones (0: Totalmente en desacuerdo, 1: En parte en desacuerdo, 2: En parte de acuerdo y 3: Totalmente de acuerdo). Permite clasificar al sujeto en 3 categorías de riesgo suicida: bajo: entre 0 y 29, Moderado: de 30-44 y Alto: de 45 a 90. Existen ítems críticos (numerados como 5, 10, 15, 20, 25 y 30) que permiten determinar el riesgo de suicidio total independientemente de la puntuación obtenida; la presencia de 3 o más de estos elementos respondidos con 2 o 3 implica riesgo suicida alto.

^{25,26}

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

Escala que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos y su intensidad, compuesta por 21 ítems con calificaciones entre 0 y 3, su interpretación se realiza de la siguiente manera: entre 0 y 9: Sin Depresión, de 10 a 18: Depresión Leve, de 19 a 29: Depresión Moderada y de 30 en adelante: Depresión Grave.²⁶ La confiabilidad de este instrumento, obtenida por consistencia interna, es de $a = 0.87$, $p < .000$, con una validez concurrente de $r = 0.70$, $p < .000$.¹⁰

III. JUSTIFICACIÓN

El suicidio en la adolescencia es un problema de salud pública que afecta el entorno social, afectivo y económico de familiares y amigos. La Organización Mundial de la Salud (2000) señala que los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio. Estudios realizados por la OMS en países tanto en vía de desarrollo como desarrollados revelan una prevalencia total de 80 a 100 % de trastornos mentales, principalmente la depresión, en casos de suicidio consumado.

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social, la depresión constituye una de las mayores causas de discapacidad aún por encima de otras causas crónicas como la Diabetes, trastornos respiratorios o enfermedades cardíacas; afectan las funciones físicas, mentales y sociales y pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas mermando la calidad de vida. Por lo que la detección, tratamiento oportuno y prevención resultarían en considerables ahorros económicos a nuestra institución.

La OMS, en su iniciativa mundial para la Prevención del Suicidio (2000) considera estratégica la intervención de los profesionales de la atención primaria para la prevención del suicidio ya que mantienen un vínculo estrecho con la comunidad y son conocedores de las redes de sostén y de apoyo psicológico de la población, lo que resalta sin duda el importante papel que debe desarrollar el Médico Familiar.

Surge la idea de realizar el presente protocolo dado que durante la rotación por el servicio de Urgencias en la Unidad de Medicina Familiar Número 1 se hace evidente que el intento de suicidio es una causa frecuente de consulta, y que, por cuestiones de tiempo o falta de recursos, no se brinda seguimiento a estos pacientes.

Por otro lado, la depresión y el suicidio son entidades prevenibles, que nacen y se alimentan de un entorno familiar y social desfavorable; no constituyen patologías aisladas, por el contrario, su complejidad solo puede ser entendida desde una perspectiva multidisciplinaria atendiendo a estos pacientes de manera integral. Siendo precisamente la familia nuestro fin principal como Médicos Familiares este tipo de estudio alcanza mayor relevancia.

De acuerdo al INEGI el suicidio es una entidad de alta frecuencia en nuestra sociedad principalmente en los adolescentes, por lo que llama la atención que el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N°1, no se cuente con una estadística actual que se acerque a la realidad de este padecimiento, por lo que resulta de gran interés dimensionar la magnitud de este problema dentro de nuestros derechohabientes lo que sin duda nos permitirá diseñar estrategias de intervención, pero sobre todo de prevención.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión constituye hoy en día un problema de salud pública; se estima que en México afecta del 12 al 20% de personas adultas (entre 18 y 65 años) y de 5 al 10% de adolescentes, con una mayor proporción de casos entre mujeres, pero con consecuencias de mayor gravedad entre los hombres.

La depresión es un problema cuyo principal trasfondo lo constituyen entidades de mayor complejidad entre las que se encuentran disfunción familiar, violencia, crisis de vida entre otras que sin duda son campo de acción de Médico Familiar como principal actor en la Medicina Preventiva.

La depresión juega un papel preponderante en el intento suicida, donde más de 50% de las muertes por suicidio se deben a este trastorno. En los adolescentes con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos suicidas.

V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en la consulta externa del HGZ MF No? 1, Pachuca, Hgo?

VI. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar el grado de depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZMF No. 1, Pachuca, Hgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el grado de depresión predominante entre los adolescentes de 13 a 19 años en el HGZMF No. 1, PACHUCA, HGO.
2. Determinar el género que predomina la depresión en los adolescentes de 13 a 19 años en el HGZMF No. 1, PACHUCA, HGO.
3. Determinar el riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años del servicio de consulta externa del HGZMF No. 1, PACHUCA, HGO.
4. Determinar el género que predomina el riesgo suicida en los adolescentes de 13 a 19 años en el HGZMF No. 1, PACHUCA, HGO.

VII. HIPÓTESIS

Hipótesis Alterna:

La depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZMF No. 1, Pachuca, Hgo. Se presenta por debajo del 35 % mencionado en la literatura.

Hipótesis Nula:

La depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZMF No. 1, Pachuca, Hgo. Se presenta por arriba del 35 % mencionado la literatura.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, observacional, descriptivo, prospectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1, Pachuca.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Adolescentes de 13 a 19 años, ambos sexos, atendidos en el HGZ/MF No 1 de Pachuca, Hidalgo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se obtuvo una muestra de 355 adolescentes, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, con un nivel de confianza del 95%.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1. Derechohabientes del IMSS, adscritos al HGZMF No. 1
2. Adolescentes de 13 a 19 años.
3. Ambos sexos

4. Que sepan leer y escribir.
5. Pacientes adolescentes que acepten participar en el estudio y den su autorización por escrito (mediante consentimiento y/o asentimiento informados).

Criterios de exclusión:

1. Adolescentes con alguna discapacidad mental.
2. Adolescentes con alguna adicción.
3. Adolescentes con Diagnóstico previo de depresión con tratamiento.
4. Adolescentes bajo tratamiento con intento suicida.
5. Adolescentes con Diagnóstico previo de Trastorno bipolar con y sin tratamiento.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes que no deseen continuar en el estudio una vez iniciada la encuesta.
2. Encuestas contestadas parcialmente o ilegibles.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Depresión

VARIABLES DEPENDIENTES: Riesgo suicida

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
DEPRESIÓN	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Enfermedad caracterizada por un decaimiento del estado de ánimo y tristeza profunda, se medirá a través del Inventario de Depresión de Beck: 0-9: SIN DEPRESIÓN. 10-18: DEPRESIÓN LEVE. 19-29: DEPRESIÓN MODERADA. +30: DEPRESIÓN GRAVE.	Cualitativa	Ordinal	1. SIN DEPRESIÓN 2. DEPRESIÓN LEVE. 3. DEPRESIÓN MODERADO DEPRESIÓN GRAVE.
RIESGO SUICIDA	Posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.	Riesgo de intentar atentar contra la vida. Inventario de Orientación Suicidas: 0-29: RIESGO SUICIDA BAJO 30-44: RIESGO SUICIDA MODERADO. 45-90: RIESGO SUICIDA ALTO. * 3 O MÁS ÍTEMS CRÍTICOS (NÚMEROS 5,10,15,20, 25 Y 30) RESPONDIDOS CON 2 Ò 3: RIESGO SUICIDA ALTO.	Cualitativa	Ordinal	BAJO MODERAD ALTO.
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Número de años vividos hasta el momento del registro	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo, medido en años, durante el cual alguien ha asistido a la escuela.	Años de estudio realizados por el individuo hasta el momento del registro.	Cualitativa	Ordinal	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Bachillerato Técnica Licenciatura
SEXO	Condición biológica masculina o femenina de las personas.	Condición morfológica determinada por los genitales externos.	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. Se elaboró el protocolo de investigación para su presentación al Comité Local de Ética y de Investigación en Salud de la Institución para su revisión y aprobación.
2. Una vez aprobado, se procedió a la selección de la muestra con base en los criterios de inclusión.
3. Se procedió a la aplicación de consentimiento y/o asentimiento informado a la población seleccionada para su autorización en la participación del estudio.
4. Se aplicaron los instrumentos (cuestionario de Beck e Inventario de Orientaciones Suicidas) a los participantes seleccionados.
5. Posteriormente, se capturó la información recolectada en una base de datos diseñada en Microsoft Excel ®, para después exportarla al paquete estadístico spss Statistics 23 para su análisis estadístico.

PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se generó una base de datos en el software Microsoft Excel 2017 para la captura de datos, posteriormente la información se exportó y analizó con el paquete estadístico spss Statistics 23. Dado que se realizó un estudio transversal-descriptivo, se aplicó estadística descriptiva; para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media) y las medidas de dispersión (desviación estándar, valores mínimos y máximos), se calcularon los intervalos para un 95% de confiabilidad. Para la correlación de las variables se utilizó la prueba Chi cuadrada.

IX. ASPECTOS ÉTICOS

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD.

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, en base a su fracción I, la investigación a realizar se clasifica en la siguiente categoría:

RIESGO MÍNIMO

Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se

manipulara la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables;

II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud; Fracción reformada DOF 02-04-2014

III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTÍCULO 118.- El investigador principal seleccionará al personal técnico y de apoyo con la experiencia necesaria para asegurar su competencia en la realización de las actividades que se les asignen y, en su caso, cuidará que reciban adiestramiento y capacitación para realizar correctamente sus tareas de acuerdo al nivel de supervisión que estará disponible durante la conducción del estudio.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos en las investigaciones médicas en seres humanos, con última revisión octubre 2013.

Principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado: "Todos los sujetos en estudio firmarán el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato de los participantes".

El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (BPC)

Para la recolección de datos, se aplicaron las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) las cuales permiten la estandarización y validación de resultados.

ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial y para uso exclusivo de los investigadores, será ordenada, clasificada y archivada bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de dos años una vez capturada en una base de datos.

AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL

La ley General de Salud señala que toda investigación debe estar autorizada por el titular de la institución donde sea realizada (Art 14 Fracción VIII), por lo que mediante un oficio de autorización emitido por los comités de la institución se obtuvo la autorización correspondiente para proceder a la recolección de la información.

X. PROGRAMACIÓN DE RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS: HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO.

RECURSOS HUMANOS

Se contó con dos asesores metodológico y un asesor clínico con experiencia en el tema, los cuales han participado en otros proyectos de investigación, así como un tesista Médico Residente de Medicina Familiar, así como personal administrativo que laboran en el HGZ/MF No 1 de Pachuca, Hgo.

RECURSOS FÍSICOS.

Infraestructura del HGZMF No. 1, pacientes adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión estipulados.

RECURSOS MATERIALES

1. Equipo de computo
2. Hojas para la recopilación de los datos
3. Lápices
4. Bolígrafos.

5. Engrapadora estándar
6. Grapas estándar
7. Impresora
8. Cartuchos de tinta
9. Revistas médicas de investigación
10. Libros de metodología de la investigación

RECURSOS FINANCIEROS.

Los gastos generados por material de papelería, recolección de información, reproducción y compra de documentos fueron costeados con recursos propios del investigador principal.

FACTIBILIDAD.

Fue un estudio de investigación factible ya que se contó con recursos humanos, materiales y financieros adecuados, para la ejecución de la investigación.

XI. RESULTADOS

Se analizó un estudio Transversal, observacional, descriptivo y prospectivo, con aplicación de encuestas directas a 355 adolescentes de 13 a 19 años en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No1. De Pachuca, Hidalgo, previa autorización por los comités de Ética e investigación, y obtenido su consentimiento bajo información, no se excluyó ningún cuestionario ya que todos cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos obtenidos fueron en base a las variables de estudio y previa codificación, se obtuvo la frecuencia de las mismas, se elaboraron cuadros y gráficos en función al tipo de escala y variable.

SEXO DEL ADOLESCENTE.

Dentro de las características sociodemográficas de los participantes, se observó un predominio del 57 % para el sexo femenino y un 43% para el Sexo masculino. (Gráfico 1)

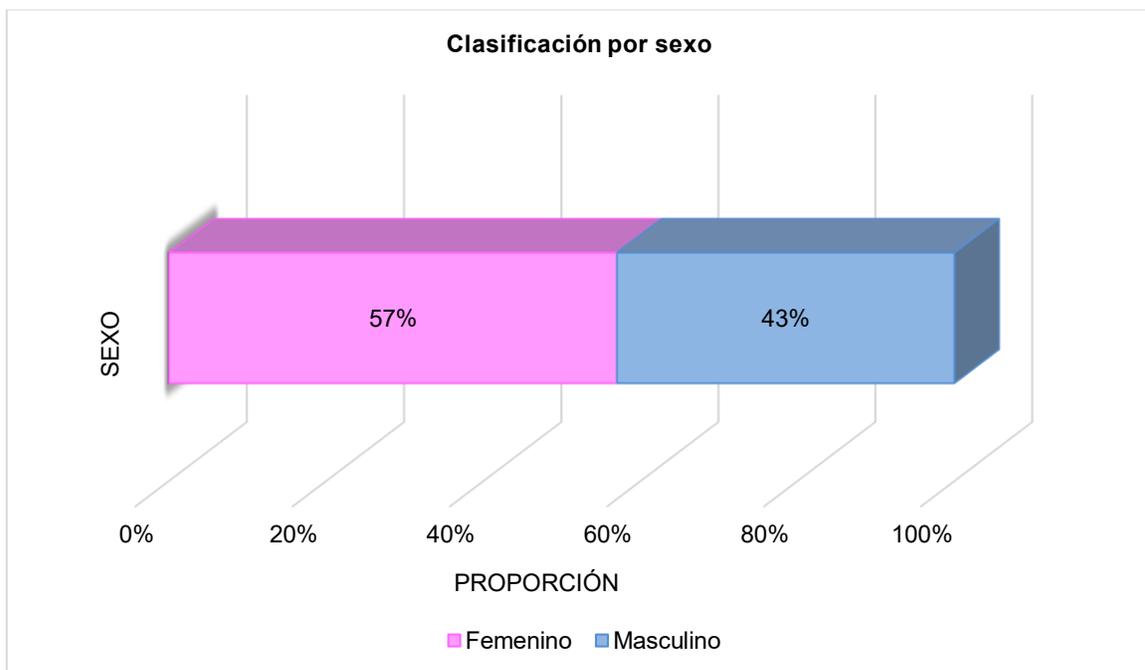


Gráfico 1. Clasificación por sexo de adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No.1 Pachuca, Hgo.

VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS.

La media de edad fue de 15 ± 3.85 años. Respecto a la escolaridad, el 94.9% indico ser estudiante, observando a un 56.3% de ellos en el nivel secundaria. En relación con el estado civil se identificó que el 98.6% estaba soltero, el 1.% vivían en unión libre, el .3% eran casados, como se puede apreciar en la tabla 1.

Variab les		Frecuencia	Porcentaje
sociodemográficas	Categoría	(n=355)	(%)
Sexo	Femenino	204	57
	Masculino	151	43
Escolaridad	Secundaria	200	56
	Bachillerato	106	30
	Licenciatura	49	14
Ocupación	Estudiante	337	94.9
	Ama de casa	1	0.3
	Estudia y trabaja	10	2.8
	Empleado	7	2
Estado civil	Soltero	350	98.6
	Casado	1	0.3
	Unión libre	4	1.1

Tabla 1. Características de la muestra según variables sociodemográficas.

DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.

En relación con el grado de depresión se observó que el 39% de la muestra estudiada presentó algún tipo de depresión (gráfico 2). Al hacer la clasificación por sexo, se identificó que el 61% de las mujeres padecían depresión, siendo depresión leve el grado más frecuente como se puede observar en la tabla 2 y gráfico 3.

No se encontró asociación estadística entre el sexo y el grado de depresión ($p=0.681$).

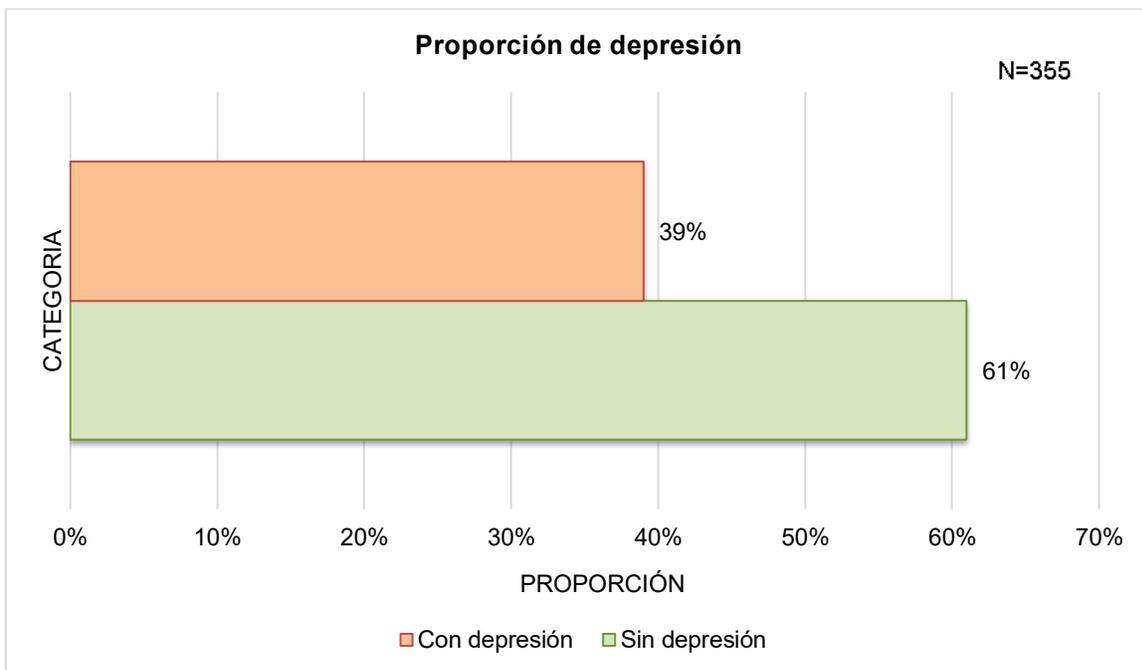


Gráfico 2. Proporción de depresión en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

n=138	Nivel de Depresión					
	Leve		Moderada		Severa	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	56	41%	21	15%	7	5%
Hombres	36	26%	15	11%	3	2%

Tabla 2. Clasificación del nivel de depresión por sexo en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

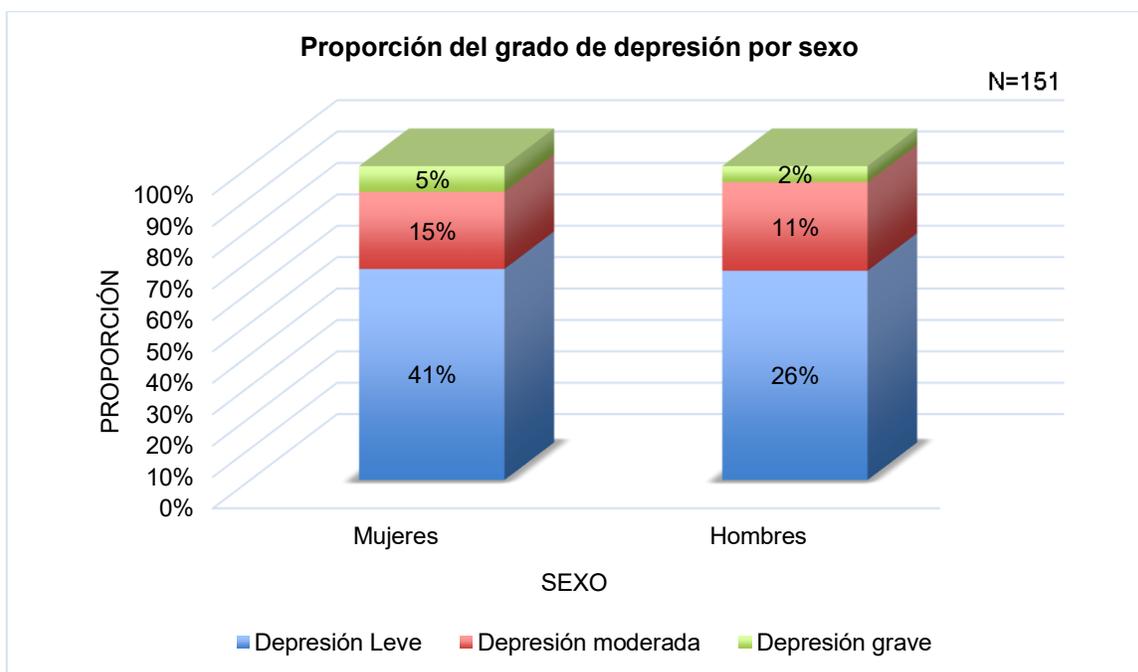


Gráfico 3. Clasificación del grado de depresión por sexo en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

También se pudo identificar que el grupo etario más afectado con depresión fue el de 13 -15 años, siendo el riesgo leve el más frecuente (17.5%). (Tabla 3, gráfico 4). Respecto a la escolaridad, se observó que un 16.5% de los adolescentes que cursaban el nivel secundaria tenían depresión leve, mientras que el 2.5% de los adolescentes en bachillerato tenían depresión moderada como se puede observar en el gráfico 5.

n=355	Nivel de depresión por grupo etario									
	Leve		Moderada		Severa		Sin depresión		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
13-15 años	61	17.5%	25	7%	6	2%	124	35%	216	61%
16-18 años	23	6.5%	9	2.5%	2	0.5%	71	20%	105	30%
Más de 18 años	8	2%	2	0.5%	2	0.5%	22	6%	34	9%
Total	92	26%	10	36%	10	3%	217	61%	355	100%

Tabla 3. Clasificación del nivel de depresión por grupo etario en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

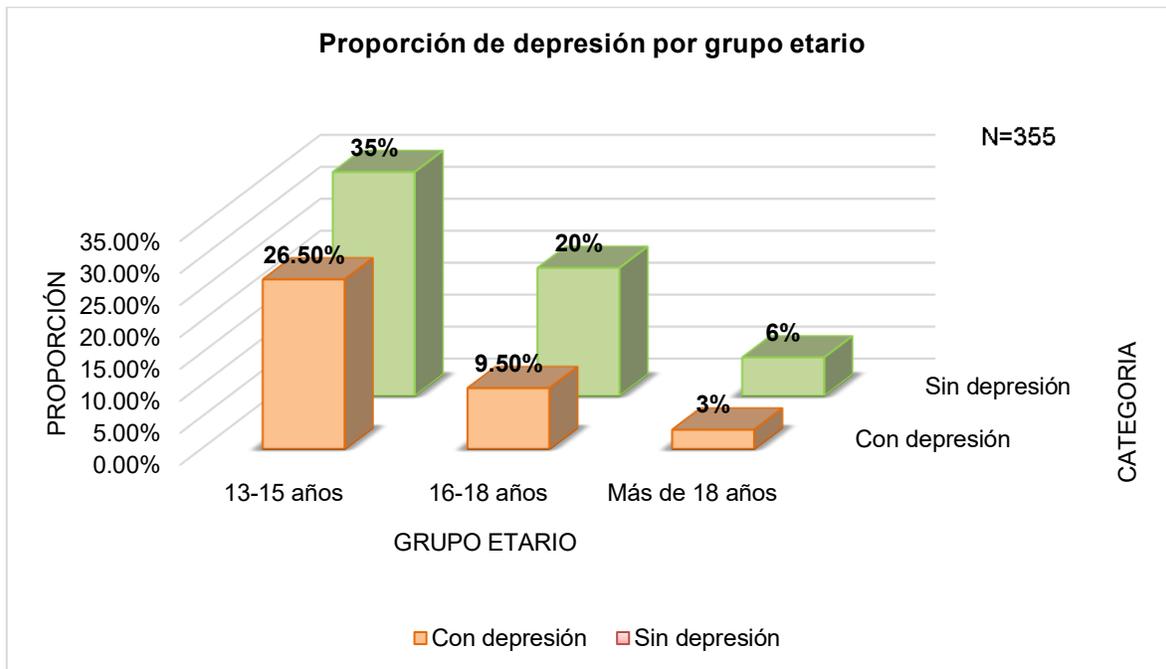


Gráfico 4. Proporción de depresión por grupo etario en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

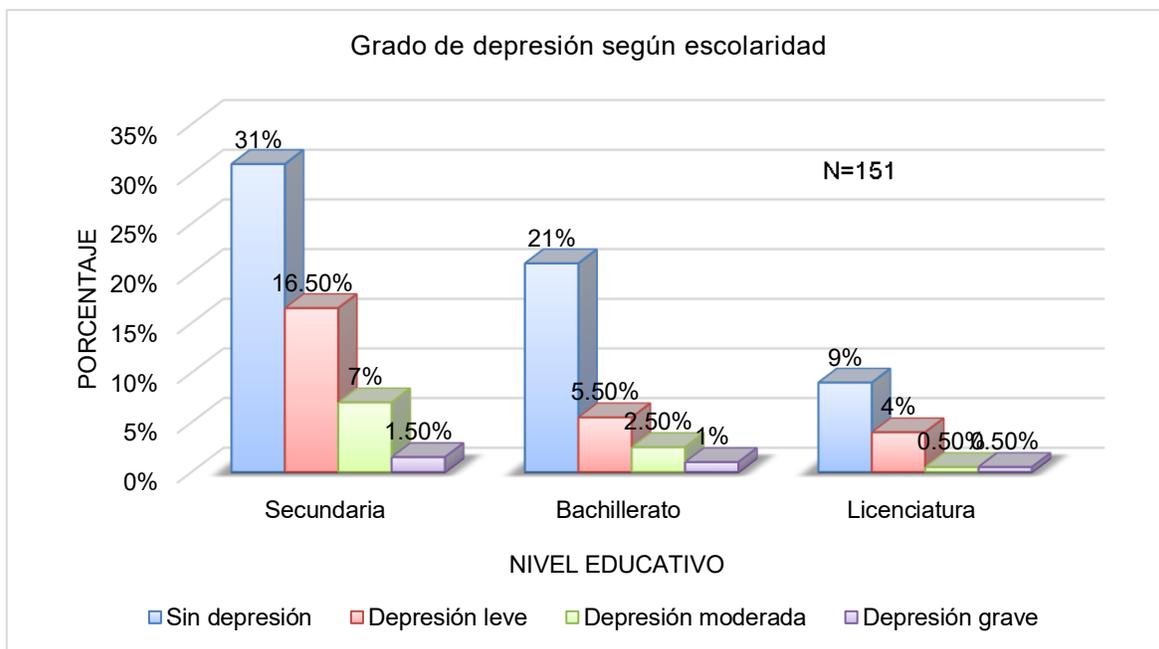


Gráfico 5. Clasificación del grado de depresión según escolaridad en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

Respecto al estado civil pudimos observar que los adolescentes solteros fueron los que presentaron depresión en el 38% de los casos, siendo nuevamente la depresión leve la más frecuente (25.4%) como se puede observar en la tabla 4 y gráfico 6.

n=355	Nivel de depresión según estado civil.									
	Leve		Moderada		Severa		Sin depresión		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	90	25.4 %%	36	10%%	10	3%	214	60%	350	98.4%
Casado (a)	0	0%	0	0%	0	0%	1	0.3%	1	0.3%
Unión libre	2	0.6%	0	0%	0	0%	2	0.6%	4	1.2%
Total	92	26%	36	10%	10	3%%	217	61%	355	100%

Tabla 4. Clasificación del nivel de depresión según estado civil en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

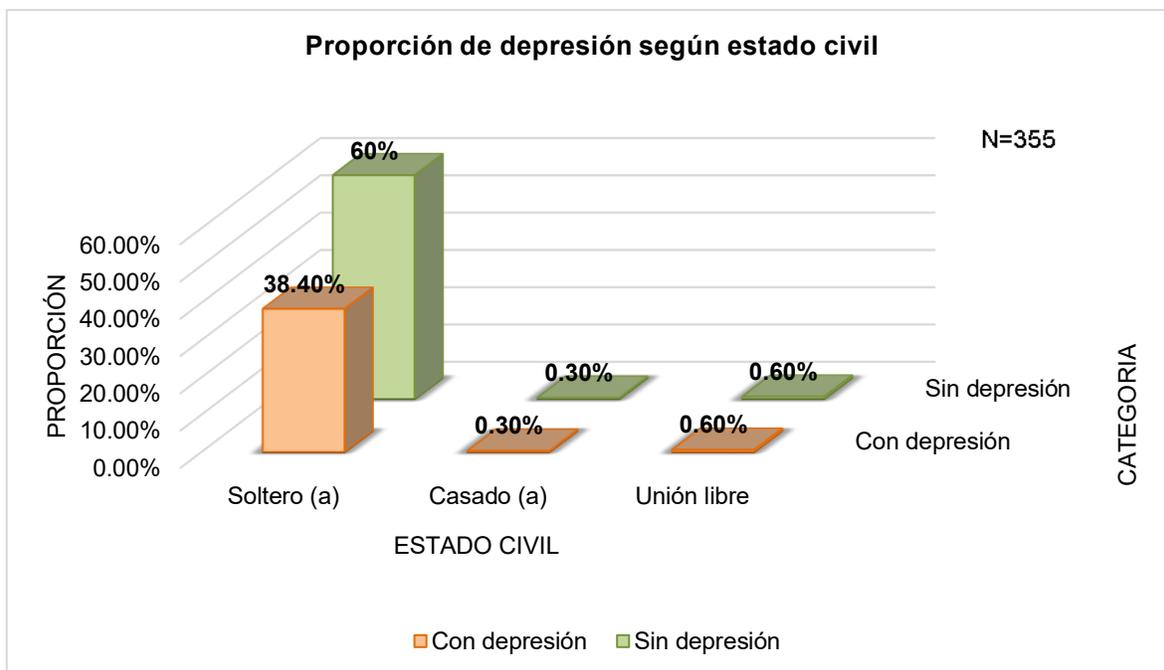


Gráfico 6. Proporción de depresión según estado civil en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

Al realizar la prueba chi-cuadrada para determinar la asociación estadística entre la edad, el grado de escolaridad, el sexo, la ocupación y el estado civil con el nivel de depresión, no se encontró asociación estadística con ninguna variable (Tabla 5).

n=355	Nivel de depresión
	p=
Escolaridad	0.106
Sexo	0.681
Ocupación	0.260
Estado civil	0.313
Grupo etario (edad)	0.518

Tabla 5. Asociación entre depresión y variables sociodemográficas en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

En cuanto al Riesgo suicida se observó que el 56% de la muestra total presento un riesgo suicida moderado, siendo nuevamente el sexo femenino quien predominó con un 57% (gráfico 7), siendo el riesgo moderado el más frecuente para este sexo en un 34%. (Tabla 3)

n=355	Riesgo suicida					
	Bajo		Moderado		Alto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	10	3%	120	34%	74	21%
Hombres	4	1%	80	22%	67	19%
Total	14	4	200	56	141	40

Tabla 3. Proporción del riesgo suicida por sexo en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

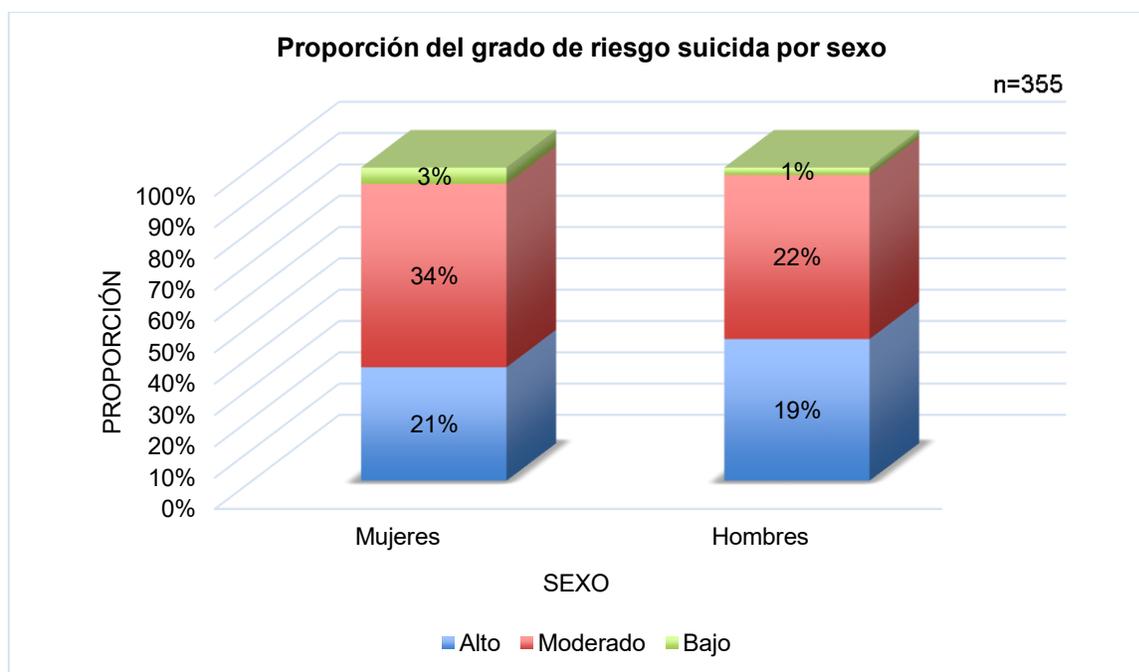


Gráfico 7. Proporción del riesgo suicida por sexo en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

El grupo etario con mayor porcentaje de riesgo suicida Moderado y Alto fue el de 13-15 años (tabla 4 y gráfico 8), con respecto a la escolaridad se observó que los adolescentes en nivel secundaria tienen un alto riesgo suicida alto (97%). (Gráfico 9).

n=355	Riesgo suicida					
	Bajo		Moderado		Alto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
13-15 años	8	2.5%	107	30%	101	28.5%
16-18 años	4	1.2%	66	18.5%	35	10%
Más de 18 años	2	0.3%	27	7.5%	5	1.5%
Total	14	4%	200	56%	141	40%

Tabla 4. Riesgo suicida por grupo etario en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

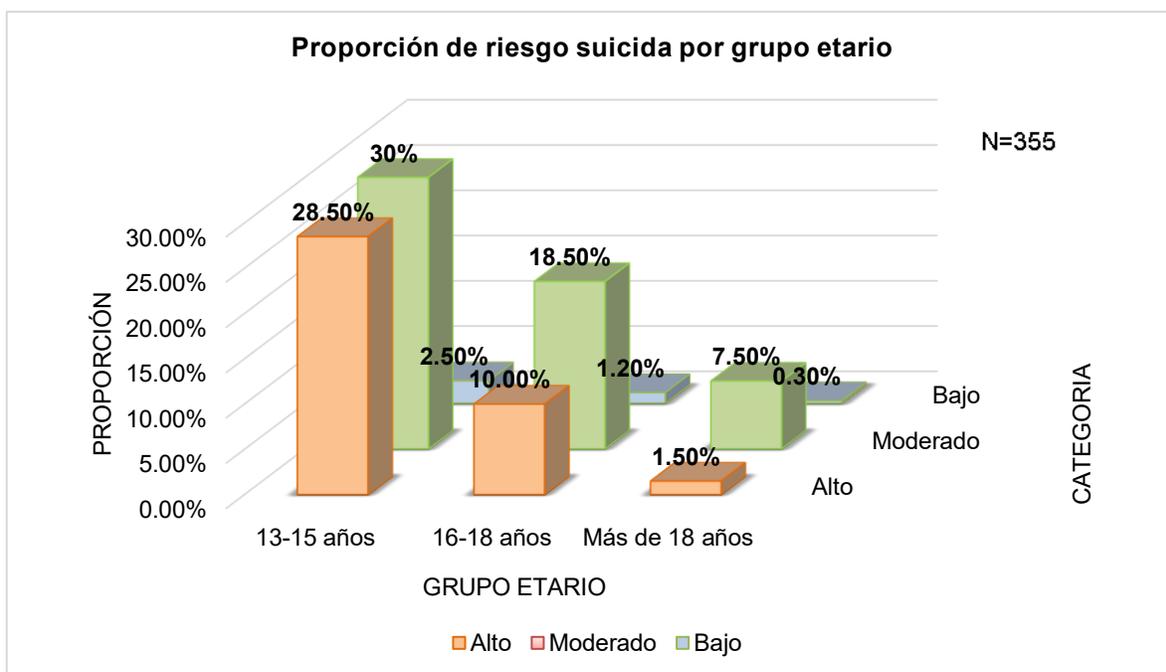


Gráfico 8. Riesgo suicida por grupo etario en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

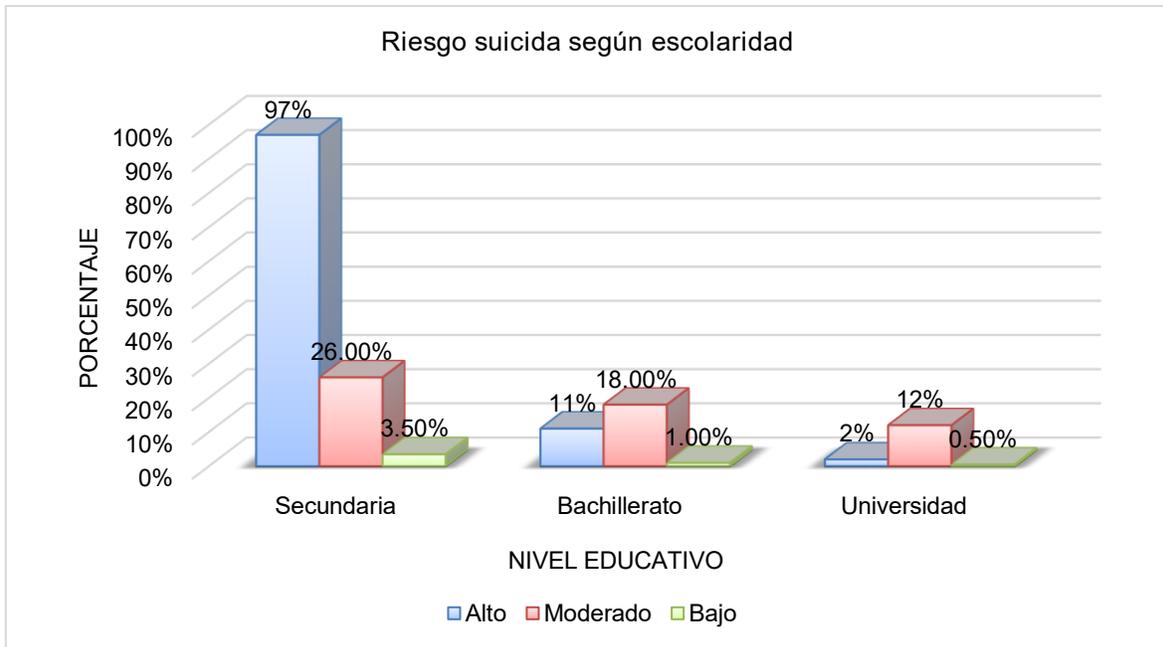


Gráfico 9. Riesgo suicida según escolaridad en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

En cuanto al estado civil se observó que los adolescentes solteros presentan un riesgo suicida moderado (55%) y un riesgo suicida alto (39%) como se observa en el grafico 10.

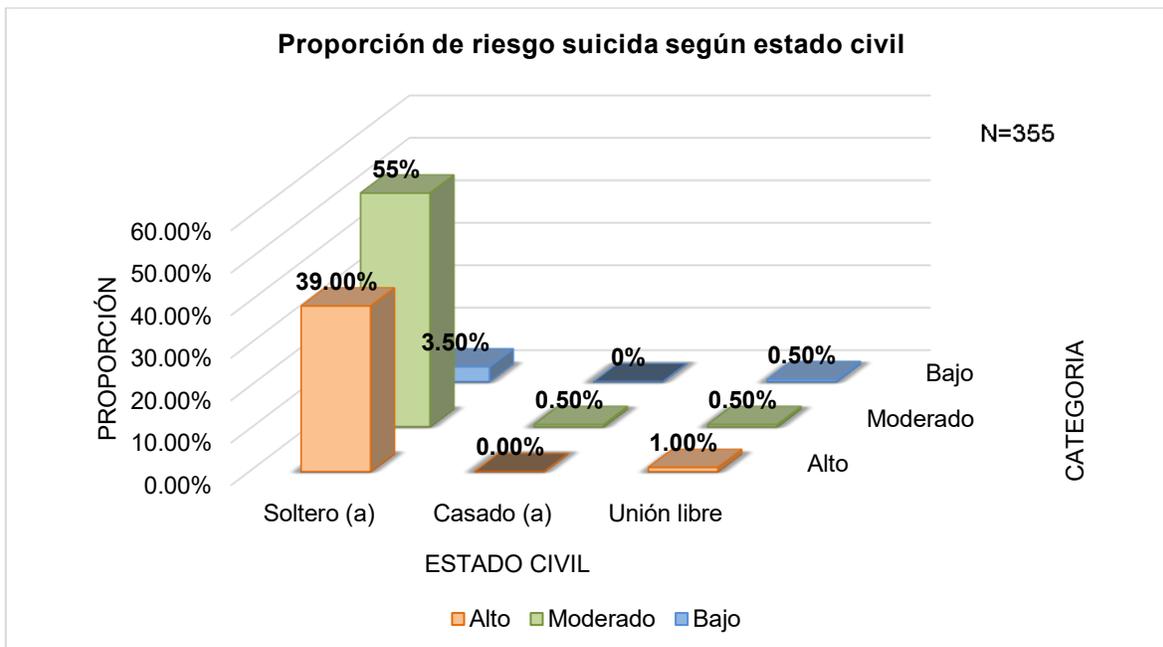


Gráfico 9. Riesgo suicida según estado civil en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

Al realizar la prueba chi-cuadrada para determinar la asociación estadística entre la edad, el grado de escolaridad, el género, la ocupación y el estado civil con el riesgo suicida, se identificó a la escolaridad, ocupación, al grupo etario y a la depresión como variables asociadas al riesgo suicida en la población estudiada, como se muestra en la tabla 4.

n=355	Riesgo suicida
	p=
Escolaridad	0.000
Sexo	0.215
Ocupación	0.000
Estado civil	0.108
Grupo etario	0.004

Tabla 4. Asociación entre riesgo suicida y variables sociodemográficas.

En cuanto al cruce de las variables depresión y riesgo suicida, Se puede identificar que a pesar de no haber encontrado asociación estadística entre estas variables el padecer algún grado depresivo no es imprescindible para manifestar algún tipo de riesgo suicida. (Tabla 5 y 6).

TABULACIÓN CRUZADA DE DEPRESIÓN / RIESGO SUICIDA.			
	SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESIÓN	TOTAL
Riesgo suicida Bajo	13 3.7 %	1 0.3 %	14 3.9%
Riesgo suicida Moderado	192 54.1%	8 2.3%	200 56.3%
Riesgo suicida Alto	104 29.3%	37 10.4%	141 39.7%
Total. Recuento	309	46	355
% del Total	87%	13.0%	100%

Tabla 5. Tabla cruzada entre con y sin depresión / grados de riesgo suicida de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

NIVEL DE DEPRESION /RIESGO SUICIDA TABULACIÓN CRUZADA							
			RIESGO SUICIDA			Total	
			RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO		
NIVEL DE DEPRESION	SIN DEPRESION	Recuento	9	148	61	218	
		% dentro de RIESGO SUICIDA	64.3%	74.4%	43.0%	61.4%	
	DEPRESION LEVE	Recuento	4	43	44	91	
		% dentro de RIESGO SUICIDA	28.6%	21.6%	31.0%	25.6%	
	DEPRESION MODERADA	Recuento	0	6	30	36	
		% dentro de RIESGO SUICIDA	0.0%	3.0%	21.1%	10.1%	
	DEPRESION GRAVE	Recuento	1	2	7	10	
		% dentro de RIESGO SUICIDA	7.1%	1.0%	4.9%	2.8%	
	Total		Recuento	14	199	142	355
			% dentro de RIESGO SUICIDA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0 %

Tabla 6. Tabla cruzada entre depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.

XIII. DISCUSIÓN

La previa investigación permite conocer el porcentaje de depresión y riesgo suicida en el adolescente de 13 a 19 años adscritos al HGZ MF No 1 Pachuca, Hidalgo.

Como se pudo observar, en nuestros resultados, pudimos observar que, a pesar de no haber encontrado un alto porcentaje de depresión en los adolescentes estudiados en general 39%, la tendencia de dicho padecimiento suele ser hacia el sexo femenino 61% como lo estipulan algunos autores como Bourdet-Loubère et al y Días Mattos et al.^{35,36}

Así mismo, el grupo de edad más afectado fue el de 13-15 años, identificando una mayor frecuencia en depresión leve, el cual representa el 17.5% de la población estudiada, así mismo se determinó que el mayor número de los encuestados son estudiantes de Secundaria.

Cabe señalar que, a pesar de haber encontrado asociación estadística entre depresión y riesgo suicida, observamos un elevado porcentaje de adolescentes con riesgo suicida que no presentan depresión 61%, como lo señalan Miranda et al.³⁷ no es imprescindible la manifestación de depresión para tener algún tipo de riesgo suicida.

En este sentido, y considerando que la adolescencia es una etapa de transición para el paso a la edad adulta en donde el riesgo y la exposición a factores psicosociales es mayor, pudiendo convertirse en conductas agresivas y autodestructivas que afecten a su entorno familiar³⁸, estos resultados se tornan preocupantes ya que se ha descrito por algunos autores como Viñas et al³⁹ que a medida en que la edad aumenta hay un incremento del riesgo suicida. Sin embargo, en nuestro estudio nuestros resultados difieren, ya que como se pudo observar a mayor edad disminuye la frecuencia de riesgo suicida.

Resaltando que en nuestros resultados pudimos observar que el 56% de nuestra población estudiada presentó un riesgo suicida moderado, y que la escolaridad y el grupo etario, tuvieron asociación estadística para el incremento del riesgo suicida, es importante destacar que el mayor porcentaje de riesgo suicida alto (97%) y

moderado (26%) se dio en el grupo de edad de 13- 15 años y en el nivel educativo secundaria lo que coincide con lo reportado por Cyrulnik ⁴⁰ quien menciona que este tipo de conductas en este grupo etario es muy frecuente, debido al papel del núcleo familiar .

Considerando los objetivos e hipótesis planteados en nuestro trabajo podemos deducir que la depresión en población adolescente de 13 a 19 años de edad atendida en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 de Pachuca, se presenta por arriba del 35% discordando a lo que marca la literatura. En cuanto al riesgo suicida se encuentra por arriba del 35% a lo que marca la literatura.

XIV. CONCLUSIONES

Es conocido que la adolescencia es una etapa de transición a la adultez, también es considerado un grupo vulnerable, ya que desarrollo físico y emocional aún no es completo. La depresión y el riesgo suicida se encuentran con frecuencia en el adolescente acorde a lo encontrado a la literatura.

La detección oportuna de depresión y riesgo suicida en el adolescente se considera una medida de suma importancia para el bienestar del adolescente y en caso de presentar algún trastorno del estado de ánimo recibir atención médica especializada.

Demostramos que 39% de la muestra estudiada presentan algún grado de presión, de este se determinó el 61% de las mujeres presentan algún grado de depresión siendo la depresión moderada el grado más frecuentemente encontrado.

De la misma manera se encontró que el 56% de la muestra total presento un riesgo suicida moderado, el sexo femenino fue el de mayor predominio con un 34%.

De acuerdo con los resultados descritos concluidos que los resultados revelan importante información concordante con lo reportado en la literatura; la depresión es mayor a lo descrito y que el riesgo suicida entra dentro de lo considerado en la bibliografía, se considera que no es imprescindible la manifestación de depresión para tener algún tipo de riesgo suicida; además de que el grupo etario más afectado fue el de 13-15 años, se considera importante analizar también el nivel socioeconómico y las características del núcleo familiar, ya que este es el pilar fundamental para la determinación de problemas emocionales como la depresión y el riesgo suicida.

Por ello, se hace necesario profundizar en el análisis de aspectos socioculturales como el nivel socioeconómico y las características del núcleo familiar para poder conocer el impacto de dichas variables en la evolución de la depresión y el riesgo suicida de este grupo poblacional con el objetivo de identificar con mayor precisión factores que pudieran ayudar a prevenir la evolución de este tipo de conductas y reforzar las estrategias de intervención actuales para esta problemática.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Álvarez M, Ramírez B, Silva A, Coffin N, Jiménez M, La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. Intern Jour Psych Psychol Ther. 2009; 9,2,205-216.
- 2) Jiménez A, Wagner F, Rivera M.L, González C. Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. Salud Mental. 2015; 103-107.
- 3) Bella M, Fernández R, Willington J. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Arch Argent Pediatr. 2010; 108,2, 124-129.
- 4) Pérez B, Rivera L, Atienzo E, Castro F, Leyva A, Chávez R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Salud Pública de México. 2010; 5, 8, 4, 324-333.
- 5) Cañon S. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Archivos de Medicina. 2011; 11, 1, 62-67.
- 6) Hernández B, Flores A. El Suicidio en México. Papeles de Población. 2011; 68, 69- 101.
- 7) Andrade J. Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2012; 15,2, 688-721.
- 8) Pávez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villaroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Revista Med Chile, 2009; 137, 226-233.
- 9) González F, Solís C, Jiménez A, Hernández I, González A, Juárez F. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. Salud Mental. 2011; 34, 53-59.
- 10) Miralrío C, Coffin N, Álvarez M, Jiménez M, Béjar F, Béjar C. El médico General como primer contacto en usuarios con depresión e ideación suicida. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2010; 13, 4, 183-196.

- 11) Arlaes L., Hernández G., Álvarez D., Cañizares T. Conducta suicida. Factores de riesgo asociados. Rev. Cubana Med Gen Integr. 1998; 14,2, 122-126.
- 12) Del Campo A, González C, Bustamante J. El suicidio en adolescentes. Rev. Med Hosp Gen. 2013; 76,4, 200-209.
- 13) Martínez, C. Introducción a la Suicidología. Teoría investigación e intervenciones. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2007; 1-4.
- 14) Berenzon S, Asunción M, Robles R, Medina M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de México. 2013; 55,1, 74-80.
- 15) Villalobos M. Depresión en niños y adolescentes. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2008; 65, 331-333.
- 16) Flores U, Peña F, Nogales I. Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. Salud Mental. 2011; 34, 403-407.
- 17) Sánchez J, Villareal M, Musitu G, Martínez B. Ideación suicida en adolescentes: Un análisis Psicosocial. Intervención Psicosocial. 2010; 19,3, 279-287.
- 18) Sarmiento C, Aguilar J. Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. Psicología y Salud. 2011; 21,1, 25-30.
- 19) Córdoba M, Rosales C, Reyes S. Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Costa Grande, Guerrero México. Psicología Iberoamericana 2013; 21,2, 38-47.
- 20) Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México. Estimaciones y procedimientos. Salud Mental. 2001; 24, 6, 4-15.
- 21) Rosales J, Córdoba M. Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. 2011; 13,2, 9-30.
- 22) Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora E. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Pública Mex. 2010; 52,4, 292-304.

- 23) Rosales J, Córdoba M, Guerrero D, Ideación suicida y variables asociadas, conforme al sexo, en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Estado de Puebla. Revista Electrónica de Psicología Iztacala; 2013; 16,2, 390- 406.
- 24) Fernández M, Casullo M. Validación factorial de una escala para evaluar el riesgo suicida. RIDEP. 2006; 21, 1,9-22.
- 25) Medina O, Cardona D, Arcila C, Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una Cárcel del Quindío. Investigaciones Andina. 2011; 13,23, 268-280.
- 26) Leyton A, Barrera A. El diagnóstico diferencial entre la depresión bipolar y la depresión monopolar en la práctica clínica. Presión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. Rev. Med Chile 2010; 138: 773-779
- 27) INEGI
2007. <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=6200240483#divfv6200240546#d6200240483>
- 28) A. Aguirre. Antropología de la depresión. Depresión: recorrido histórico y conceptual. Revista Mal estar y Subjetividades. Fortaleza Vol. VIII 2008;563-601
- 29) Calderón M, Cortés A, Durán, E, Martínez, T; Ramírez, Garavito, C. Depresión: Recorrido histórico y conceptual Depresión: Recorrido histórico y conceptual Universidad Piloto de Colombia. 2012; 3-19.
- 30) Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud pública de México Vol. 55. 2013; 74-80.
- 31) González F, Hermosillo A, Vacío M, Peralta R, Wagner A. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica Bol Med Hosp Infant Mex. 2015; 149-155.
- 32) Medina M, Sarti E, Quintanar T. Depresión y otros trastornos psiquiátricos Documento de postura. Academia Nacional de Medicina. 2015:65-70.

- 33) Depresión y otros trastornos mentales comunes estimaciones sanitarias mundiales. Organización Panamericana de la Salud 2017: 5-10.
- 34) Depresión en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento. Publicado en el Boletín de Información Clínica y Terapéutica de la ANMM.2017: 53-57.
- 35) Bourdet-Loubère, S. & Raynaud, J. Suicidal Ideation and Attempts during Middle Childhood: Associations with Subjective Quality of Life and Depression. *Journal of Medical Psychology*. 2013; 2:93-100.
- 36) Dias de Mattos, L., Azevedo, R., Jansen, K., Peretti, R. Horta, B. & Tavares, R. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010; 32 (1): 37-41.
- 37) Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. & Abril E. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Revista Salud Mental*. 2009:32, 495-502.
- 38) Pérez, A., Alvarado, J., Vianchá, M., Bahamón, M., Lucero, J. & Ochoa, S. Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Revista Psicología desde el Caribe* 2013; 30 (3): 551-568.
- 39) Viñas, F., Ballabriga, M. & Domènech, E. Evaluación de la severidad de la ideación suicida auto informada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema*. 2000; 12 (4): 594-598
- 40) Cyrulnik, B. Cuando un niño se da "muerte". Barcelona: Gedisa. 2014.

XVI. ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario de Beck

 <p>IMSS SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</p>	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HGZMF No. 1 PACHUCA, HIDALGO DELEGACIÓN ESTATAL HIDALGO</p> <p>DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS ATENDIDOS EN EL HGZMF NO. 1, PACHUCA, HGO.</p>	
--	--	---

Fecha: _____

Edad: _____

Género: (M) (F)

Estado Civil

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Instrucciones: Marque la Opción que mejor se ajuste a su situación actual (de una semana previa, incluyendo el día de hoy).

<p>1.- No siento triste Siento triste Siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza y tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>2.- No siento especialmente desanimado ante el futuro Siento desanimado con respecto al futuro Todo que no tengo nada que esperar Todo que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p>
<p>3.- Creo que sea un fracaso. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal Recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos Creo que soy un fracaso absoluto como persona</p>	<p>4.- No tengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes Disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo No tengo verdadera satisfacción de nada Soy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.</p>
<p>5.- No siento especialmente culpable Siento culpable una buena parte del tiempo Siento culpable casi siempre Siento culpable siempre</p>	<p>6.- Creo que esté siendo castigado. Creo que puedo ser castigado No creo ser castigado Creo que estoy siendo castigado</p>
<p>7.- No siento decepcionado de mí mismo Siento decepcionado a mí mismo Soy disgustado conmigo mismo Nunca.</p>	<p>8.- Creo ser peor que los demás Me critico por mis debilidades o errores Culpo siempre por mis errores Culpo de todo lo malo que sucede</p>
<p>9.- Pienso en matarme No pienso en matarme, pero no lo haría. No me gustaría matarme. Me gustaría matarme si tuviera la oportunidad.</p>	<p>10.- Lloro más de lo de costumbre Lloro más de lo que solía hacer Lloro todo el tiempo Quisiera poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quisiera.</p>

<p>11.- cosas no me irritan más que de costumbre cosas me irritan más que de costumbre y bastante irritada o enfadado una buena parte del tiempo <input type="radio"/> Ahora me siento irritado todo el tiempo</p>	<p>12.- he perdido interés por otras cosas y menos interesado en otras personas que de costumbre perdido casi todo el interés por otras personas perdido todo mi interés por otras personas</p>
<p>13.- to decisiones casi siempre ergo la adopción de decisiones más que de costumbre go más dificultad para tomar decisiones que antes. o puedo tomar decisiones</p>	<p>14.- preo que mi aspecto sea peor que de costumbre preocupa el hecho de ser viejo sin atractivos go que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo. o que me veo feo.</p>
<p>15.- do trabajar tan bien como antes cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo o que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa uedo trabajar en absoluto</p>	<p>16.- do dormir tan bien como antes uedo dormir tan bien como solía. despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.</p>
<p>17. ne canso más que de costumbre. canso más fácilmente que de costumbre canso sin hacer nada y demasiado cansado como para hacer algo</p>	<p>18.- petito no es peor que de costumbre petito no es tan bueno como solía ser petito está mucho peor ahora o tengo apetito.</p>
<p>19.- e perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente. ebajado más de dos kilos y medio ebajado más de 5 kilos ebajado más de siete kilos y medio.</p>	<p>20.- ne preocupo por mi salud más que de costumbre y preocupado (a) por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales, estreñimiento. y preocupado (a) por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa. y tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.</p>
<p>21.- e notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo y menos interesado en el sexo de lo que solía estar a estoy mucho menos interesado en el sexo <input type="radio"/> He perdido por completo el interés en el sexo.</p>	

Inventario de Orientación Suicida

	<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HGZMF No. 1 PACHUCA, HIDALGO DELEGACIÓN ESTATAL HIDALGO</p> <p>DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS ATENDIDOS EN EL HGZMF NO. 1, PACHUCA, HGO.</p>	
---	--	---

Totalmente en desacuerdo	En parte en desacuerdo	En parte de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
				1. Yo debo ser un soñador/a ya que estoy siempre esperando cosas que no resultan
				2. Hay muchas posibilidades para mí de ser feliz en el futuro
				3. Generalmente pienso que aún los peores sentimientos desaparecerán
				4. Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono no perderán las esperanzas en mí
				5. Aquellas personas con las que me relaciono no me necesitan en lo absoluto
				6. Mientras crecía me hicieron creer que la vida podía ser justa. Siento que me mintieron ya que no es justa en lo absoluto
				7. Mi vida se ha desarrollado mayormente en las direcciones que yo elegí
				8. Yo debería ser capaz que duren los buenos momentos, pero no puedo.
				9. Creo que causo problemas a la gente que está a mi alrededor.
				10. Creo que seré incapaz de encontrar suficiente coraje como para enfrentar la vida.
				11. Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz.
				12. Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales.
				13. Aun cuando estoy muy enojado/a por algo, puedo forzarme a mí mismo a pensar claramente, si lo necesito.
				14. Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien.

				15. Para impedir que las cosas empeoren, creo que suicidarse es la solución.
				16. Cuando veo a alguien que logró lo que yo no tengo, siento que es injusto.
				17. Aun cuando me siento sin esperanzas, sé que las cosas eventualmente pueden mejorar.
				18. Cuando mi vida no transcurre fácilmente estoy dominado por una confusión de sentimientos.
				19. Siento como que no pertenezco a ningún lado.
				20. Pienso en morirme como una forma de resolver todos mis problemas
				21. Solía pensar que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad.
				22. Siento que tengo control sobre mi vida.
				23. Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo.
				24. Cuando fracasó, quiero esconderme, desaparecer.
				25. Para no sentirme mal o solo/a, pienso que la solución es morirse.
				26. Nadie me amaría si realmente me conociese bien
				27. Es posible que me convierta en la clase de persona que quiero ser.
				28. Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (quebrarme).
				29. Los buenos sentimiento que la gente tiene acerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo, los voy a defraudar.
				30. Si mis cosas empeorarán, creo que me mataría.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (PADRES O REPRESENTANTES
LEGALES DE NIÑOS O PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZMF No. 1, Pachuca, Hgo.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Pachuca, Hgo.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión y el suicidio en la adolescencia es un problema que afecta a la sociedad, en lo afectivo y económico de familiares y amigos, por lo que con esta investigación queremos conocer la presencia de depresión y el riesgo suicida, para poder crear acciones encaminadas a su prevención Determinar el grado de depresión y el riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZMF No. 1, Pachuca, Hgo.
Procedimientos:	El estudio consiste en la aplicación de dos cuestionarios que son el inventario de depresión de Beck y el inventario de orientación suicida ISO 30, los cuales te llevaran no más 15 minutos en contestarlos; la información que nos proporcione será analizada para poder establecer la presencia de depresión y riesgo suicida y así poder implementar acciones para prevenirla
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio se considera con riesgo mínimo, de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación. La aplicación de los cuestionarios puede generar incomodidad o inquietud en el participante, si existe alguna situación que le incomode, puede expresarla libremente al encuestador quien le brindará apoyo en caso de requerirlo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con el presente estudio podremos conocer el grado de depresión y el riesgo suicida, en caso de requerirlo será valorado por psiquiatría para su atención oportuna.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia del mismo.
Participación o retiro:	Entiendo que mi participación en el estudio es voluntaria y que conservo el derecho de no aceptar, participar o retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica en el IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Gabriela García Laguna Médico Paidopsiquiatra HGZMF No. 1. Mat. 11381183 TEL 7716991981
 Colaboradores: Dr. Francisco César Nava Martínez, Médico Familiar, UMF No. 1, mat. 99131503 tel. 7711276893
Dr. Aguilar cuenca Julio Enrique HGZMF No. 1 MAT. 98130008 TEL. 2223 221664

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: la Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud del IMSS Hidalgo: Boulevard Luis Donaldo Colosio 4604, Fraccionamiento el Palmar; Pachuca de Soto, Hgo., CP 42088 Teléfono 771 718 9834 extensión 13363, correo electrónico: maria.arteaqa@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1
 Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2
 Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. **Clave: 2810-009-013**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Pachuca, Hgo.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión y el suicidio en la adolescencia es un problema que afecta a la sociedad, en lo afectivo y económico de familiares y amigos, por lo que con esta investigación queremos conocer la presencia de depresión y el riesgo suicida, para poder crear acciones encaminadas a su prevención Determinar el grado de depresión y el riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZMF No. 1, Pachuca, Hgo.
Procedimientos:	El estudio consiste en la aplicación de dos cuestionarios que son el inventario de depresión de Beck y el inventario de orientación suicida ISO 30, los cuales te llevaran no más 15 minutos en contestarlos; la información que nos proporcione será analizada para poder establecer la presencia de depresión y riesgo suicida y así poder implementar acciones para prevenirla
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio se considera con riesgo mínimo, de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación. La aplicación de los cuestionarios puede generar incomodidad o inquietud en el participante, sí existe alguna situación que le incomode, puede expresarla libremente al encuestador quien le brindará apoyo en caso de requerirlo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con el presente estudio podremos conocer el grado de depresión y riesgo suicida, en caso de requerirlo será valorado por psiquiatría para su atención oportuna.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia del mismo.
Participación o retiro:	Entiendo que mi participación en el estudio es voluntaria y que conservo el derecho de no aceptar, participar o retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica en el IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Gabriela García Laguna Médico Paidopsiquiatra HGZMF No. 1. Mat. 11381183 TEL 7716991981
 Colaboradores: Dr. Francisco César Nava Martínez, Médico Familiar, UMF No. 1, mat. 99131503 tel. 7711276893
Dr. Aguilar cuenca Julio Enrique HGZMF No. 1 MAT. 98130008 TEL. 2223 221664

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: la Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud del IMSS Hidalgo: Boulevard Luis Donaldo Colosio 4604, Fraccionamiento el Palmar; Pachuca de Soto, Hgo., CP 42088 Teléfono 771 718 9834 extensión 13363, correo electrónico: maria.arteaaga@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

ASENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 19 años)

Nombre del estudio: Depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZMF NO. 1, Pachuca, Hgo.

Número de registro institucional _____

Objetivo del estudio y procedimientos:

Hola, mi nombre es **Dr. Aguilar Cuenca Julio Enrique** y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando una investigación para Determinar el grado de depresión y el riesgo suicida en adolescentes de 13 a 19 años atendidos en el HGZMF No. 1, Pachuca, Hgo.

Tu participación en el estudio consistiría en que nos llenes dos encuestas, una las cuales contienen preguntas que nos harán saber si presentas algún grado de depresión, y la otra nos permitirá conocer si existe riesgo suicida.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Dr. Aguilar Cuenca Julio Enrique

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (a)

(a) Sujeto a modificación

ACTIVIDAD	Jul. 2019	Ago. 2019	Sep. 2019	Oct 2019	Nov 2019	Dic 2019	Ene 2020	Feb 2020
Planeación del tema de protocolo								
Búsqueda y selección de las referencias bibliográficas								
Integración del protocolo								
Ingreso a plataforma para revisión de proyecto por el CLIEIS								
Realización de modificaciones y reenvío al CLIEIS								
Autorización del protocolo								
Recopilación de datos								
Análisis de resultados, discusión y conclusiones								
Reporte e impresión del trabajo final								
Recolección de firmas								