



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA LEGAL

***“COMPARACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE 15-24
AÑOS CON ABUSO Y/O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y/O DROGAS
CONTRA SANOS”***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTA
DR. MIGUEL ALFREDO MARTÍNEZ YERENA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL

DIRECTORA DE TESIS
DRA. MINERVA VARGAS CABRERA

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**COMPARACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE 15-24
AÑOS CON ABUSO Y/O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y/O DROGAS
CONTRA SANOS**

Dr. Miguel Alfredo Martínez Yerena

Vo. Bo.
Dr. Víctor Hugo Soto Flores

Titular del Curso de Especialización
en Medicina Legal.

Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación de la
Secretaría de Salud del Distrito Federal

**COMPARACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE 15-24
AÑOS CON ABUSO Y/O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y/O DROGAS
CONTRA SANOS**

Dr. Miguel Alfredo Martínez Yerena

Vo. Bo.
Dra. Minerva Vargas Cabrera

Directora de tesis
Médica Legista
Centro de Atención Toxicológica "Venustiano Carranza"

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Romeo Adalid Cisneros Martínez, director de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, y al Dr. Armando A. Almazán Barrera, director del Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán, así como al Dr. Raúl J. Gerardo Fernández Joffre, director del Centro de Atención Toxicológica Venustiano Carranza, a todos ellos por las facilidades otorgadas para la realización de este estudio.

A la L.T.S. Alejandra Ayala Rangel, por su aportación conceptual al presente estudio.

A la Dra. Ma. del Rosario Mendoza Martínez, por las oportunas observaciones y revisión crítica del estudio.

A la Dra. Minerva Vargas Cabrera, por la asesoría y apoyo brindados para la realización del estudio.

INDICE

RESUMEN

1. INTRODUCCION	1
2. MATERIAL Y MÉTODOS	16
3. RESULTADOS	23
4. DISCUSIÓN	35
5. CONCLUSIONES	40
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

COMPARACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE 15-24 AÑOS CON ABUSO Y/O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y/O DROGAS CONTRA SANOS

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de ideación suicida en pacientes con abuso o dependencia de alcohol y/o drogas, y se comparó con sujetos sanos de 15 a 24 años de edad.

Material y Métodos: El estudio fue observacional, transversal, prospectivo y comparativo, y se efectuó en el periodo del 16 al 27 de julio de 2007 en 46 pacientes que acudieron al Centro de Atención Toxicológica "Venustiano Carranza" y en 46 pacientes del Centro de Salud "Beatriz Velasco de Alemán", a quienes se les aplicó la escala de Ideación Suicida de Beck. El diseño de la muestra fue un censo de casos en proporción 1:1 con el grupo de comparación.

Resultados: En el grupo de pacientes adictos se presentaron 14 (30.43%) casos con alto riesgo de ideación suicida ($X^2=7.22$, $p=0.007$, $RR=1.93$ [1.37-2.72]), en tanto que en los no adictos, 3 (6.52%) casos presentaron alto riesgo de ideación suicida.

Conclusiones: Los sujetos con abuso o dependencia de alcohol y/o drogas tenían 2 veces mayor riesgo de ideación suicida que los no adictos. La escala de ideación suicida de Beck es muy útil porque permite conocer la magnitud de la problemática abordada en diversos tipos de población.

PALABRAS CLAVE: ideación suicida, alcohol, drogas, Beck

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye un fenómeno multidimensional y complejo que ha sido estudiado desde perspectivas sociológicas, filosóficas y clínicas. Se revisa desde la perspectiva clínica, enfocándose en los trastornos psiquiátricos relacionados, los datos epidemiológicos, los factores de riesgo y los correlatos neurobiológicos implicados.

Se clasifica de acuerdo al Código Internacional de Enfermedades, en su 10ª. Edición de la siguiente manera: Suicidio y lesiones intencionalmente autoinflingidas (X60- X84).¹

Es conveniente precisar la siguiente definición:

Conducta suicida.- Es un síntoma episódico recurrente que involucra un balance entre múltiples factores de riesgo y de protección.² Un modelo de la conducta suicida explica que ésta existe como un continuo y que puede ser descrita en términos de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado.³ Tiene dos dimensiones: la primera es el grado de letalidad o el daño producido por el intento de suicidio. La segunda dimensión mide el grado de preparación, de deseos de morir contra deseos de vivir, y las oportunidades de descubrir el acto.⁴

De lo anterior, se desprenden los siguientes componentes de la conducta suicida:

Ideación suicida: Se denomina así en sentido general, al conjunto de síntomas frecuentes e inespecíficos, que refleja el nivel de conflicto interno, que aumenta cuando una persona tiende a experimentar situaciones estresantes. Incluye los deseos, planes, ideas, o pensamientos del sujeto,

relacionados con quitarse la vida, así como sus planes para llevarlo a cabo.⁵

Es un sinónimo de pensamiento suicida.

Intento de suicidio: Es el concepto general que sirve para designar a todo acto deliberado que lleva al individuo a hacerse daño él mismo con la intención de quitarse la vida, sin resultados fatales.⁵ Se considera leve cuando el daño o la probabilidad de muerte son bajas, y grave cuando aumenta dicha probabilidad.² Es un sinónimo de parasuicidio.

Suicidio consumado: Es la muerte producida por un acto auto-destructivo con la intención de morir.²

La conducta suicida está asociada a la salud mental del individuo, ya que es una situación de crisis que pone en riesgo la vida. Es un problema multifactorial que no responde a una sola etiología. Se enlistan las teorías propuestas:

La teoría neurobiológica argumenta que la alteración de la función serotoninérgica está asociada con la predisposición a conductas depresivas, agresivas, y de trastornos del control de los impulsos, los cuales se relacionarían con los suicidios violentos. La hipofunción serotoninérgica parece estar asociada con una conducta suicida más letal. Además, las poblaciones de receptores de serotonina están alteradas en la corteza ventral prefrontal de los cerebros de las víctimas de suicidio. Estos cambios cuantitativos en los receptores, junto con los bajos niveles de serotonina o su principal metabolito, el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), en el tallo cerebral de las víctimas de suicidio, se asocian con el suicidio independientemente del diagnóstico psiquiátrico primario. La baja función

serotoninérgica puede ser un marcador característico del potencial de suicidio, y esta observación se apoya en el hecho de que los bajos niveles de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo pronostican suicidio e intentos de suicidio en pacientes psiquiátricos con trastornos del estado de ánimo.

Se ha asociado la reducción de los niveles de colesterol por medios farmacológicos o dietéticos, con el riesgo de suicidio. Se reporta un leve aumento en la tasa de suicidio y quizá de intentos e ideación suicidas, en personas con niveles de colesterol muy bajo (menos de 160 mg/dL). En términos prácticos, el efecto del nivel de colesterol sobre el riesgo de suicidio es extremadamente pequeño, y no tiene uso como prueba predictiva. En el sistema noradrenérgico se ha demostrado que hay una disminución en la cantidad de neuronas en el locus ceruleus de las víctimas de suicidio, altos niveles de tirosina hidroxilasa en el tallo cerebral y una disminución en los receptores adrenérgicos postsinápticos, debido a la elevada respuesta al estrés previa al suicidio. Estudios sugieren que existe una asociación entre alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y suicidio, esto también puede ser una respuesta excesiva al estrés. La ansiedad severa y la agitación se asocian con hiperactividad de este eje.⁴

La teoría genética explica que la asociación de la conducta suicida con los polimorfismos del gen de la triptófano hidroxilasa, y con el alelo 102C en el gen receptor de 5-HT_{2A} en adultos deprimidos, sugiere que la conducta suicida puede estar genéticamente regulada.²

Respecto a las teorías psicológicas, Beck ha examinado la función de los estados emocionales como la desesperanza y el desamparo en la patogenia de la depresión y el suicidio. Este autor ha relacionado la “tríada

negativa” de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando la víctima se encuentra deprimida; de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. De manera que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a la situación actual.

En la teoría psicoanalítica, Sigmund Freud (1917), fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al suicidio, quien postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas dirigidas contra el propio yo, donde no siempre la persona es consciente de sus actos. Así sus mecanismos de defensa (negación) son una forma de huir de la vida (de sus problemas) optando así por el suicidio.

Finalmente, la teoría del estrés-diátesis, explica que el factor estresante es la instauración o agudización de un trastorno psiquiátrico, pero pueden contribuir otros, como una crisis psicosocial. La diátesis (predisponente) implica una combinación de factores como sexo, religión, componentes familiares y genéticos, experiencias en la infancia, el sistema de apoyo psicosocial, la disponibilidad de métodos suicidas letales, y otros factores.⁴

En cuanto al aspecto epidemiológico, de acuerdo con las cifras que proporciona el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)⁶, en el ámbito nacional el número de suicidios ha aumentado de 2215 en 1994, a 3324 en 2004. En 2005, la cifra de suicidios alcanzó los 4306 casos a nivel nacional, con una tasa de 4.0 por 100,000 habitantes,

según las cifras de mortalidad general de ese año publicadas por la Secretaría de Salud federal.⁷ Asimismo, constituye la novena causa de muerte a nivel nacional en el grupo en edad productiva (15 a 64 años), con una tasa de 5.5, colocándose después de los accidentes de vehículo automotor y los homicidios. En el Distrito Federal, las cifras también muestran un aumento: de una tasa de 7.4 en el 2000 pasó a 8.0 en 2005, constituyendo la cuarta causa de muerte por lesiones para ambos sexos en ese año. Se registraron 353 casos de suicidio en el Distrito Federal en 2005, 275 hombres y 78 mujeres, con una proporción hombre-mujer de 3:1.

Se han estudiado diversos factores de riesgo de la conducta suicida, como los siguientes:

Género: los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres en una relación de 3:1 mientras que el suicidio consumado es más frecuente en los varones, en general, en la misma relación.⁸ En un estudio se encontró que los suicidios en la población masculina duplicaban a los de la población femenina.⁹ Los hombres tienden a emplear métodos más letales, planean el intento de suicidio más cuidadosamente, y evitan ser detectados. En contraste, las mujeres emplean métodos de suicidio menos letales, lo cual les brinda una mayor oportunidad de supervivencia, además de que solicitan ayuda más comúnmente, lo que favorece su descubrimiento y rescate. La gran frecuencia de conductas agresivas en varones puede explicar parcialmente las altas tasas de suicidio en comparación con las mujeres.⁴

Edad: los ancianos tienen mayor riesgo de suicidio consumado que cualquier otro grupo de edad a nivel mundial.³ Las personas de 75 años y más tienen

mayor riesgo de suicidio consumado.⁹ También afecta a los adolescentes y jóvenes adultos: es la tercera causa de muerte en personas de 15-24 años, después de las lesiones no intencionales y el homicidio.⁸ La información disponible sobre la conducta suicida entre ancianos y jóvenes, sugiere que hay distintos fenómenos involucrados. La proporción de intentos de suicidio a suicidios consumados en ancianos es mucho más estrecha que en los jóvenes y que en la población general. La conducta suicida en ancianos tiene un mayor grado de intención.³ La ideación suicida es relativamente común entre adolescentes, y sus actos frecuentemente son más impulsivos.¹⁰ Dada la preocupación por la elevación de las tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes en varios países, se han desarrollado estrategias de prevención del suicidio, y en algunos de estos países los jóvenes son considerados un objetivo importante.¹¹

Estado civil: el ser viudo o divorciado constituye un factor de riesgo identificado de suicidio consumado.⁸ En general, los ancianos viudos, divorciados, o solteros tienen mayor riesgo de suicidio, siendo considerado el matrimonio como un factor protector.³

Ocupación: el desempleo constituye un factor que también está relacionado con el suicidio.⁴ Se ha visto un incremento de conductas suicidas violentas en militares, policías y vigilantes de seguridad, así como sus familiares, ya que cuentan con mayor disponibilidad de medios letales.

Condiciones socioeconómicas: como vivir en áreas urbanas, pobreza, y el aislamiento social.⁴

Antecedentes familiares de enfermedad mental: los jóvenes que se suicidan frecuentemente tienen una historia familiar de enfermedad mental,

principalmente depresión, que constituye el trastorno mental mas frecuentemente encontrado en los familiares de pacientes suicidas, seguido de dependencia a alcohol y drogas, y esquizofrenia.¹¹

Antecedentes familiares de conducta suicida: un indicador importante de riesgo de suicidio es una historia familiar de conducta suicida, lo cual indica el potencial de transmisión de una enfermedad psiquiátrica que genere ideación suicida.⁴ Las personas que intentan o consuman el suicidio tienen una tasa alta de actos suicidas en sus familias. Los estudios de transmisión familiar indican que los padres de jóvenes víctimas de suicidio tienen altas tasas de conductas suicidas independientemente de la presencia de una psicopatología. Los adolescentes víctimas de suicidio tienen altas tasas de intentos de suicidio entre familiares de primer grado.²

Enfermedades físicas y/o mentales: comparados con la población general, las personas con enfermedades potencialmente fatales, tienen un riesgo de suicidio relativamente modesto (dos a cuatro veces mayor).⁴ Se considera que los pacientes con cáncer cerebral, infección por VIH/SIDA, y esclerosis múltiple, tienen un riesgo elevado de conducta suicida.¹² Las enfermedades físicas y la discapacidad parecen asociarse con los deseos de morir, independientemente de la depresión.³ En relación con las enfermedades mentales, aproximadamente el 60% de todos los suicidios ocurren en personas con trastornos del estado de ánimo (principalmente depresión), y el resto ocurre en personas con otras enfermedades psiquiátricas, como esquizofrenia, alcoholismo, abuso de sustancias y trastorno de la personalidad límite o antisocial.⁴ Aproximadamente el 70% de las víctimas de suicidio padecen comorbilidades, especialmente trastorno del estado de

ánimo más trastorno por uso de sustancias.² Algunos estudios han encontrado que el trastorno bipolar está particularmente relacionado con la conducta suicida y el suicidio consumado en adolescentes.¹³ La ausencia de un trastorno psiquiátrico se considera un factor de protección contra el suicidio.

Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas: el suicidio prevalece en aquellos que padecen abuso y dependencia de sustancias. Un estudio encontró que el uso consuetudinario de alcohol y drogas pronosticaba intentos de suicidio, pero su uso previo no era pronóstico si el sujeto no los consumía corrientemente. Por tanto, los trastornos por uso de sustancias así como el efecto agudo de las mismas contribuyen de manera importante a incrementar la severidad de la conducta suicida.^{13,14}

Antecedente de maltrato físico, sexual y psicológico: la historia de abuso físico o sexual durante la infancia aumenta el riesgo de conducta suicida.⁴ Los pacientes que reportaron sufrir cualquier abuso en la infancia tienen mayor riesgo de intentos de suicidio.¹²

Conflictos familiares y/o de pareja: entre dichos riesgos se encuentra el vivir en familias separadas, pobre comunicación con los padres, crisis disciplinaria reciente, y problemas escolares.² Una pobre adaptación social, así como los problemas familiares, abuso de sustancias del padre, intentos de suicidio de la madre, aumentan el riesgo de suicidio en adolescentes. Se les considera los estresantes psicosociales mas fuertemente vinculados con la conducta suicida.

Carencia de soporte socio-familiar: la disminución del apoyo social, aunado al aislamiento social, generalmente se asocian con un incremento de la conducta suicida en ancianos.³

Intentos suicidas previos: es un factor pronóstico importante de suicidio o de nuevos intentos de suicidio.^{4,13} Aunque son un factor clave, dos terceras partes de los suicidios ocurren en el primer intento, y los intentos de suicidio son más comunes que los suicidios consumados en una proporción de 10-20:1.⁸

Problemas de identidad sexual: Los adolescentes homosexuales y bisexuales tienen un elevado riesgo de ideación e intentos suicidas.²

Influencia de los medios: la representación glamorosa o la difusión distorsionada del suicidio en los medios electrónicos o impresos aumenta el riesgo de imitación o simulación del suicidio.⁴

En relación a la evaluación y el tratamiento de la conducta suicida, se estima que 45% de las personas que consuman el suicidio acuden al médico un mes antes del acto, y 25 a 75% lo hace 30 a 90 días antes del acto. Cuando el factor tiempo se extiende a 180 días, el 80% de las víctimas de suicidio habría hecho una visita médica. Este nivel de contacto médico antes del suicidio significa que son posibles las intervenciones terapéuticas y preventivas efectivas.¹²

Los pacientes suicidas generalmente se presentan en una de dos maneras: 1) con un trastorno psiquiátrico para el cual buscan tratamiento, o 2) con un trastorno psiquiátrico (particularmente depresión o trastorno por

ansiedad) más un problema físico, que lleva al paciente ya sea con el médico general o el especialista.⁴

El tratamiento requiere una eficaz interacción entre psiquiatras, otros especialistas médicos, psicólogos y enfermeras. Son importantes una evaluación y tratamiento completos a fin de prevenir complicaciones físicas, así como los intentos de suicidio y la posterior consumación de éste.¹⁵

La evaluación del riesgo de suicidio debe ser oportuna, orientada a los subgrupos de alto riesgo (aquellos con enfermedades depresivas, intentos de suicidio previos, enfermedades físicas graves, socialmente aislados), y debe incluir la estimación de los factores de riesgo psicopatológico, la presencia de trastornos psiquiátricos, y el contexto de apoyo social y la psicopatología familiar.^{2,3}

Impedir o reducir el acceso a los medios letales de suicidio puede reducir transitoriamente el riesgo de suicidio. Se ha postulado que mientras más difícil sea acceder a un método letal de suicidio, es más probable que la persona utilice un método menos letal y por tanto sea mayor la probabilidad de supervivencia.

El uso de medicamentos depresivos de nueva generación, como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), no influye en la tasa de intentos de suicidio comparados con los antidepresivos tricíclicos, pero sí aumenta la tasa de supervivencia en caso de sobredosis con estos agentes.⁴ Los psiquiatras experimentados evalúan la conducta suicida en el curso de una historia y examen psiquiátricos completos, empleando para ello los factores de riesgo de suicidio conocidos. Una alternativa a esto, es el empleo de escalas clínicas estandarizadas que pueden servir como una

herramienta auxiliar efectiva en la evaluación del paciente suicida, son especialmente útiles para los profesionales de la salud con entrenamiento psiquiátrico limitado (ej. médicos familiares, médicos urgenciólogos y auxiliares).¹⁶ Estas escalas califican las características dimensionales del riesgo suicida y pueden ser importantes métodos de detección de riesgo suicida en adolescentes y jóvenes con abuso o dependencia de sustancias. Califican confiablemente la gravedad del riesgo suicida en poblaciones clínicas y comunitarias.²

Una de estas escalas es una versión auto-aplicable de la Escala de Ideación Suicida de Beck ¹⁷, la cual mide la intensidad y las dimensiones (grado y severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas del individuo al intentarlo.⁵ Por tanto, puede proporcionar una estimación del riesgo de suicidio, lo cual puede ayudar a guiar el tratamiento del paciente. Por ejemplo, una calificación que exceda el punto de corte establecido puede usarse para alertar al personal médico de los pacientes en alto riesgo de suicidio, o bien para indicar la necesidad de referencia psiquiátrica.¹⁶

A pesar de que una revisión no encontró evidencia de que la detección del riesgo de suicidio reduzca los intentos de suicidio o la mortalidad por suicidio ^{8,18}, el análisis previo de los factores de riesgo asociados con la conducta suicida lleva a sugerir que en aquellos pacientes con un intento de suicidio reciente, o que padezcan depresión mayor o abuso y/o dependencia de sustancias, se debe evaluar la ideación y conducta suicidas en cada oportunidad.¹² Además, los patrones de visita del paciente en las semanas y meses previos al suicidio brindan al médico una

oportunidad de prevención única. Este puede capitalizar dicha oportunidad al conocer los factores de riesgo clínicos, de edad y género, así como las circunstancias en la vida del paciente que influenciaron la decisión para deliberadamente poner fin a su vida. Además, los médicos pueden aprender técnicas para interrogar a los pacientes sobre sus planes suicidas y su implementación, así como permitir al paciente discutir sus experiencias psicológicas estresantes y otras que provoquen la ideación suicida.

El abuso o dependencia de sustancias, ya sea alcohol o drogas, se relaciona con el riesgo de suicidio en los sujetos. Es importante señalar que, aunque el alcohol es la sustancia más comúnmente relacionada, la mayoría de los suicidios se da en aquellas personas que abusan de múltiples sustancias. Después de los trastornos del estado de ánimo, la dependencia de sustancias constituye el diagnóstico más frecuente realizado en las personas que cometen suicidio. El abuso simultáneo de varias sustancias se asocia todavía más con el riesgo de suicidio. En los últimos años, la prevalencia del consumo de cocaína en forma de crack ha aumentado de forma muy importante, con el consiguiente aumento de los suicidios relacionados con su abuso.

Por otra parte, el suicidio en la población juvenil ha aumentado considerablemente en las tres últimas décadas. Esto posiblemente relacionado con un mayor número de trastornos depresivos entre los jóvenes y la problemática en la dinámica familiar. Además, existen factores ambientales y socioculturales implicados, por tanto la importancia de la psicopatología del suicidio en la juventud no debe subestimarse. El suicidio

en jóvenes, al igual que en otras poblaciones, suele acompañarse de hostilidad, no sólo hacia sí mismo, sino también hacia los demás. Por todo lo expuesto, resulta interesante determinar cuál es el nivel de ideación suicida en pacientes de 15-24 años con abuso y/o dependencia de alcohol y/o drogas y establecer una comparación con sujetos sanos de la misma edad.

Lo anterior es de importancia ya que la tasa de crecimiento y el impacto o consecuencias asociadas al suicidio permiten evidenciar que éste es un problema de salud pública, que requiere ser atendido de manera integral e interdisciplinaria. En México, según datos del INEGI durante 2005, el suicidio fue la novena causa de muerte en sujetos en edad productiva (15-64 años) con una tasa de 5.5 por 100 000, comparada con la del año 2000, que fue de 4.9 por 100 000. En relación a la mortalidad por lesiones en el Distrito Federal, la tasa de suicidio en hombres se ha mantenido relativamente estable, con una tasa de 6.4 por 100 000 en 2000, a una tasa de 6.3 por 100 000 en 2005. Por otra parte, es interesante el aumento registrado en la tasa de suicidio en mujeres, que en el 2000 fue de 1.0 por 100 000, y en 2005 fue de 1.7 por 100 000. También a nivel nacional y en el Distrito Federal, el grupo de edad de 15-24 años fue en el que más casos de suicidio se registraron. No obstante lo anterior, estudios recientes muestran que algunos de los registros estadísticos sobre la conducta suicida en México son poco confiables. Por lo tanto estos registros no indicarían el estado actual ni el desarrollo de este fenómeno en nuestro país. Además, las investigaciones sobre la conducta suicida en adolescentes y jóvenes en México se han centrado exclusivamente en muestras estudiantiles y no se ha explorado el uso de los servicios de salud por la población con tendencias

suicidas. Es esencial utilizar métodos confiables para identificar el nivel de riesgo de conducta suicida. Las escalas clínicas pueden ser usadas como métodos de detección efectivos en tiempo y costo para identificar a los adolescentes y jóvenes en riesgo de conducta suicida.

El objetivo principal que se fijó en este trabajo fue comparar el nivel de ideación suicida en pacientes de 15-24 años de edad con abuso y/o dependencia a alcohol y/o drogas del Centro de Atención Toxicológica "Venustiano Carranza" (CATVC) contra pacientes sanos del Centro de Salud "Beatriz Velasco de Alemán", esto tras determinar el nivel de ideación suicida de cada grupo. Además, se estudiaron otros factores de riesgo como sexo, ocupación, escolaridad, integración del grupo familiar, antecedente heredofamiliar de intento de suicidio o suicidio consumado, así como de enfermedad psiquiátrica en familiares directos (abuelos, padres, tíos, hermanos, primos), padecimiento actual, así como antecedente de maltrato físico y/o psicológico en ambos grupos. Específicamente en el grupo de sujetos con abuso y/o dependencia de alcohol o drogas, se estudió el tiempo y el motivo de consumo de éstas.

La hipótesis de este estudio fue que los pacientes de 15-24 años de edad con abuso y/o dependencia de alcohol y/o drogas tienen mayor nivel de ideación suicida que los sujetos sanos de la misma edad.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Este fue un estudio observacional, transversal, prospectivo y comparativo llevado a cabo en el Centro de Atención Toxicológica “Venustiano Carranza” (CATVC) y en el Centro de Salud T III “Beatriz Velasco de Alemán” (CSBVA) de la Jurisdicción Sanitaria Venustiano Carranza, en el que se aplicó la escala de Ideación Suicida de Beck a jóvenes con edad entre los 15-24 años con abuso y/o dependencia del alcohol y/o drogas, estableciéndose una comparación con jóvenes sanos a quienes se les aplicó la misma escala, y se realizó durante el periodo comprendido del 16 al 27 de julio de 2007, en los centros ya mencionados. Para el diseño de la muestra se realizó un censo de casos con un grupo comparativo de sujetos sanos en proporción 1:1, de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión en el grupo del CATVC: pacientes de ambos sexos en el rango de edad mencionado, con abuso y/o dependencia de alcohol y/o drogas, que hayan acudido por primera vez; en tanto que en el grupo del CSBVA se requirió que fuera un grupo de pacientes de ambos sexos sin antecedentes de abuso y/o dependencia de alcohol y/o drogas, en una cantidad similar al grupo del CATVC. Se excluyeron en el CATVC a los pacientes subsecuentes, aquellos que no se encontraran en condiciones de responder la encuesta o estuvieran bajo tratamiento farmacológico con antidepresivos, y en el CSBVA fueron excluidos los pacientes bajo tratamiento farmacológico similar. Fueron excluidos los pacientes que no quisieron participar o no se les dio autorización por el padre o tutor. Por último, se eliminaron las encuestas con menos del 80% de respuestas.

El instrumento empleado fue la escala de Ideación Suicida de Beck, que mide la intensidad y las dimensiones (el grado y la severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas del individuo al intentarlo. Es decir, los reactivos evalúan la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas, así como la actitud del paciente hacia ellos. También se evalúan el grado del deseo de morir y del deseo de vivir, el deseo de intentar suicidarse, los planes para ello, en caso de que los hubiera, y los sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidarse. La escala está formada por 21 reactivos, cada uno de los cuales tiene 3 posibles alternativas, calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2. La suma de éstas indica la severidad de las ideas suicidas. Los dos últimos reactivos no se califican, ya que miden su severidad y el número de intentos previos de suicidarse. En la evaluación de las conductas suicidas se considera su aparición en el último mes, de tal manera que por medio de los reactivos 4 y 5 se define si se sigue o se suspende la entrevista. El punto de corte planteado por Beck es: un puntaje mayor o igual a 10 indica que corre el riesgo de suicidarse. Tiene una especificidad del 90%, un valor predictivo positivo de 71%, y un valor predictivo negativo del 100%.

Previa a la escala de ideación suicida de Beck, se anexó un cuestionario compuesto por nueve reactivos enfocados a variables socioculturales, fig.1.

Figura 1. Ejemplo de instrumento de medición



Secretaría de Salud

Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias
Dirección de Educación e Investigación
JUDI-01/07

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

EL SIGUIENTE CUESTIONARIO CORRESPONDE A UNA INVESTIGACIÓN DISEÑADA PARA DETECTAR EL NIVEL DE IDEACIÓN SUICIDA EN JÓVENES. SI CONSIDERAS QUE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS TE GENERA MOLESTIA O INCOMODIDAD TIENES EL DERECHO DE NO CONTESTAR EL CUESTIONARIO. EN CASO CONTRARIO, AGRADEZCO TU PARTICIPACIÓN.

ACEPTO CONTESTAR EL CUESTIONARIO SI _____ NO _____

FIRMA _____

Fecha _____

Sexo M F

Edad _____

PARTE 1

Instrucciones:

Lee con atención las siguientes preguntas. Escribe el número que corresponda a tu respuesta a lado de cada frase.

Escolaridad ()

1. Sabe leer y escribir
2. Primaria
3. Secundaria
4. Preparatoria
5. Normal
6. Técnico
7. Licenciatura
8. Otra: especifique _____

Ocupación ()

1. Desempleado
2. Hogar
3. Estudiante
4. Comerciante
5. Operario
6. Técnico
8. Maestro
9. Profesionista

Tiempo de consumir alcohol y/o drogas ()

1. Menos de 1 mes
2. 1-6 meses
3. 6 meses-1 año
4. Más de 1 año

¿Qué droga consumes con más frecuencia? ()

1. Marihuana
2. Cocaína
3. Thinner, cemento, resistol
4. Alcohol
5. Anfetaminas

¿Qué te motivó a consumir alcohol y /o drogas? ()

1. Para "pasar el rato"
2. Para huir
3. Para experimentar

En casa, ¿tu familia está integrada por tus dos padres y hermanos? ()

1. Sí
2. No, ¿por qué? _____

En tu familia, ¿alguien (padres, hermanos, tíos, primos, abuelos) ha intentado suicidarse o se ha suicidado? ()

1. Sí, ¿quién? _____
2. No

En tu familia, ¿alguien (padres, hermanos, tíos, primos, abuelos) consume alcohol o drogas desde hace más de un año o padece de una enfermedad psiquiátrica? ()

1. Sí, ¿qué droga consume o qué enfermedad padece? _____
2. No

En tu familia, ¿has sido víctima de maltrato de tipo físico o psicológico? ()

1. Sí
2. No

PARTE 2

INVENTARIO DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

Instrucciones:

Lee con atención las siguientes frases. Responde a cada una de ellas considerando como te has sentido durante el último mes en relación a lo que se te pregunta.

Escribe el número que corresponda a tu respuesta al lado de cada frase.

1. Tu deseo de vivir es: ()
 0. Moderado a fuerte
 1. Débil
 2. Ninguno

2. Tu deseo de morir es: ()
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

3. Para ti, ¿es preferible vivir que morir o morir que vivir?: ()
 0. Vivir es preferible que morir
 1. Aproximadamente iguales
 2. Morir es preferible que vivir

4. Tu deseo de intentar quitarte la vida es: ()
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

5. ¿Tomarías precauciones para proteger tu vida?: ()
 0. Sí
 1. Me es indiferente
 2. No

6. ¿Qué tanto tiempo piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?: ()
 0. Breve, periodos pasajeros
 1. Por amplios periodos de tiempo
 2. Todo el tiempo o casi todo el tiempo

7. ¿Qué tan seguido piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?: ()
 0. Rara vez, ocasionalmente
 1. Intermitente
 2. Persistente, o continuo

8. Cuando tienes esos pensamientos, ¿qué haces con ellos?: ()
 0. Los rechazas
 1. Te son indiferentes
 2. Los aceptas

9. Cuando has tenido pensamientos de morir: ()
 0. Puedes controlar esos pensamientos
 1. Te sientes inseguro
 2. No puedes controlar esos pensamientos

10. Si hay algún motivo que te detenga para llevar a cabo tus deseos de quitarte la vida: ()
 0. No lo intentarías a causa de ese motivo
 1. Alguna preocupación por ese motivo evitaría que lo intentaras
 2. No te preocupa ese motivo y lo intentarías

11. ¿Qué razones tendrías para llevar a cabo un intento?: ()
 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 1. Combinación de 0 y 2
 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. ¿Has considerado la forma en que te podrías quitar la vida?: ()
 0. No lo he considerado
 1. Lo he considerado, pero no lo he detallado
 2. Lo he considerado y lo tengo detallado

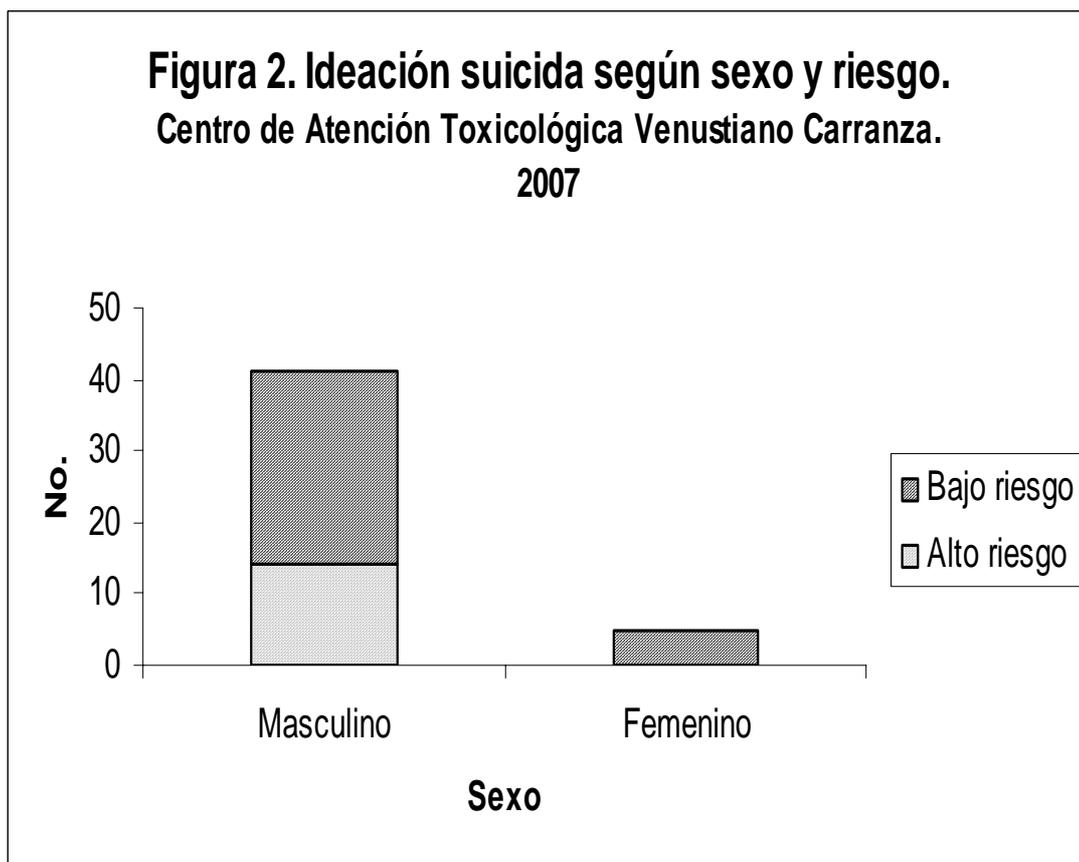
13. ¿Qué tan difícil te sería conseguir lo necesario para llevar a cabo el intento?: ()
0. Muy difícil, no tienes acceso a lo necesario
 1. Puedes necesitar tiempo y esfuerzo, escaso acceso a lo necesario
 2. Muy fácil, tienes acceso a lo necesario en este momento
14. ¿Crees que podrías llevar a cabo un intento?: ()
0. No podría, soy incapaz
 1. Inseguro sobre mi capacidad
 2. Sí podría, soy capaz
15. ¿Has pensado en las consecuencias que tendría el que acabaras con tu vida?: ()
0. No
 1. Incierto
 2. Sí
16. Últimamente: ¿Has preparado y planeado cómo quitarte la vida?: ()
0. No
 1. Parcialmente
 2. Completamente
17. Últimamente: ¿Has escrito o pensado enviar a alguien una nota donde des a conocer los motivos por los cuales deseas terminar con tu vida?: ()
0. No lo he pensado
 1. He pensado, la he comenzado y no la he terminado
 2. La he terminado
18. Actualmente: ¿Has pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de tus bienes?: ()
0. No lo he pensado
 1. Lo he pensado y he hecho algunos arreglos
 2. Tengo planes definitivos y arreglos finales
19. Actualmente: ¿Has revelado tus intenciones de quitarte la vida?: ()
0. Las he revelado abiertamente
 1. Me detuve cuando las empecé a revelar
 2. Las oculto y miento o engaño al respecto
20. ¿Has intentado suicidarte con anterioridad?
-
21. ¿Qué tanto es tú deseo de morir en esta ocasión en comparación con la última vez que lo intentaste?
-

Para el análisis estadístico se emplearon las medidas de frecuencia, promedio, porcentaje y desviación estándar, como elementos de estadística descriptiva; y Chi o Ji cuadrada y determinación del riesgo relativo, como elementos de estadística inferencial. Se utilizaron tablas y gráficas de sectores.

Respecto a las consideraciones éticas, se revisó lo dispuesto en el apartado B “Principios básicos para toda investigación médica” de la Declaración de Helsinki, específicamente los puntos 20 al 25, y de acuerdo al artículo 17, fracción II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, que define “Investigación con 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: [...] *pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto*”, por lo que se juzga que la presente investigación es de riesgo mínimo; se requirió la autorización de los padres o representante legal para la participación en el estudio de los menores de edad.

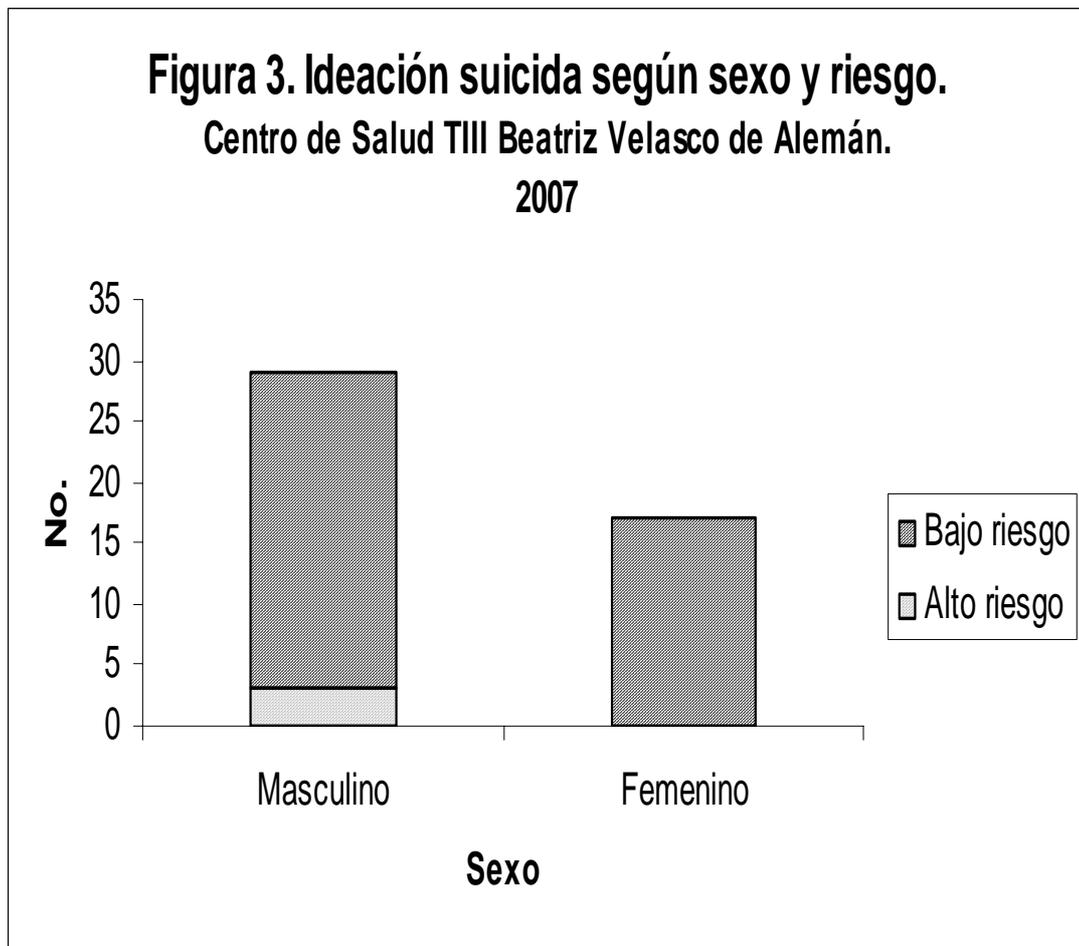
3. RESULTADOS

En una primera fase, en el Centro de Atención Toxicológica “Venustiano Carranza” (CATVC), se aplicó la encuesta y la escala de ideación suicida de Beck a una muestra de 54 pacientes de 15-24 años. De estos, se eliminaron ocho encuestas, por no acceder a participar en la totalidad del estudio. Así, el total de la muestra fue de 46 sujetos. En relación al género, se encuestaron 41 (89%) hombres, de los cuales 14 (30.4%) tuvieron alto riesgo de ideación suicida, los 27 (58.6%) hombres restantes tuvieron bajo riesgo. Sólo se encuestaron 5 (11%) mujeres, todas ellas con bajo riesgo de ideación suicida, fig. 2.



Fuente: Encuesta/escala de ideación suicida de Beck aplicada en el CATVC. 2007

Posteriormente, en el Centro de Salud TIII “Beatriz Velasco de Alemán” (CSBVA) se aplicó la encuesta y la escala de ideación suicida de Beck a una muestra de 50 pacientes en el mismo rango de edad, de los cuales se eliminaron cuatro por el motivo expuesto previamente. De la muestra de 46 sujetos, se encuestaron 29 (63%) hombres, de los cuales 3 (6.5%) tuvieron alto riesgo de ideación suicida, y 26 (56.5%) presentaron bajo riesgo. Se encuestaron 17 (37%) mujeres, presentando todas ellas bajo riesgo de ideación suicida, fig. 3.



Fuente: Encuesta/escala de ideación suicida de Beck aplicada en el CSBVA. 2007.

Relativo a la escolaridad, en el CATVC se presentaron 6 (42.85%) casos con alto riesgo de ideación suicida en el nivel correspondiente a

secundaria, también un número similar de casos en el nivel de preparatoria, y un caso (7.14%) tanto en el nivel técnico como en el de licenciatura. En el CSBVA se presentó un caso (33.3%) en los niveles de secundaria, preparatoria y licenciatura, respectivamente, tabla I.

Tabla I.
**Ideación suicida según escolaridad y riesgo.
 CATVC y CSBVA.
 2007.**

Escolaridad	Ideación Suicida (no. de pacientes)			
	CATVC		CSBVA	
	Bajo riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Alto riesgo
Secundaria	6	6	11	1
Preparatoria	19	6	22	1
Técnico	6	1	5	0
Licenciatura	1	1	5	1
Total	32	14	43	3

CATVC: Centro de Atención Toxicológica Venustiano Carranza
 CSBVA: Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán
 Fuente: Encuesta/escala de ideación suicida de Beck en el CATVC y CSVBA. 2007.

Por ocupación, en el CATVC se presentaron 6 (42.85%) casos con alto riesgo de ideación suicida en los desempleados, 3 (21.42%) casos en los estudiantes y operarios, respectivamente, así como 2 (14.28%) casos en

los comerciantes. Para el CSBVA, se presentó un caso (33.3%) en los estudiantes, comerciantes y operarios, respectivamente, tabla II.

Tabla II.
**Ideación suicida según ocupación y riesgo.
 CATVC y CSBVA.
 2007.**

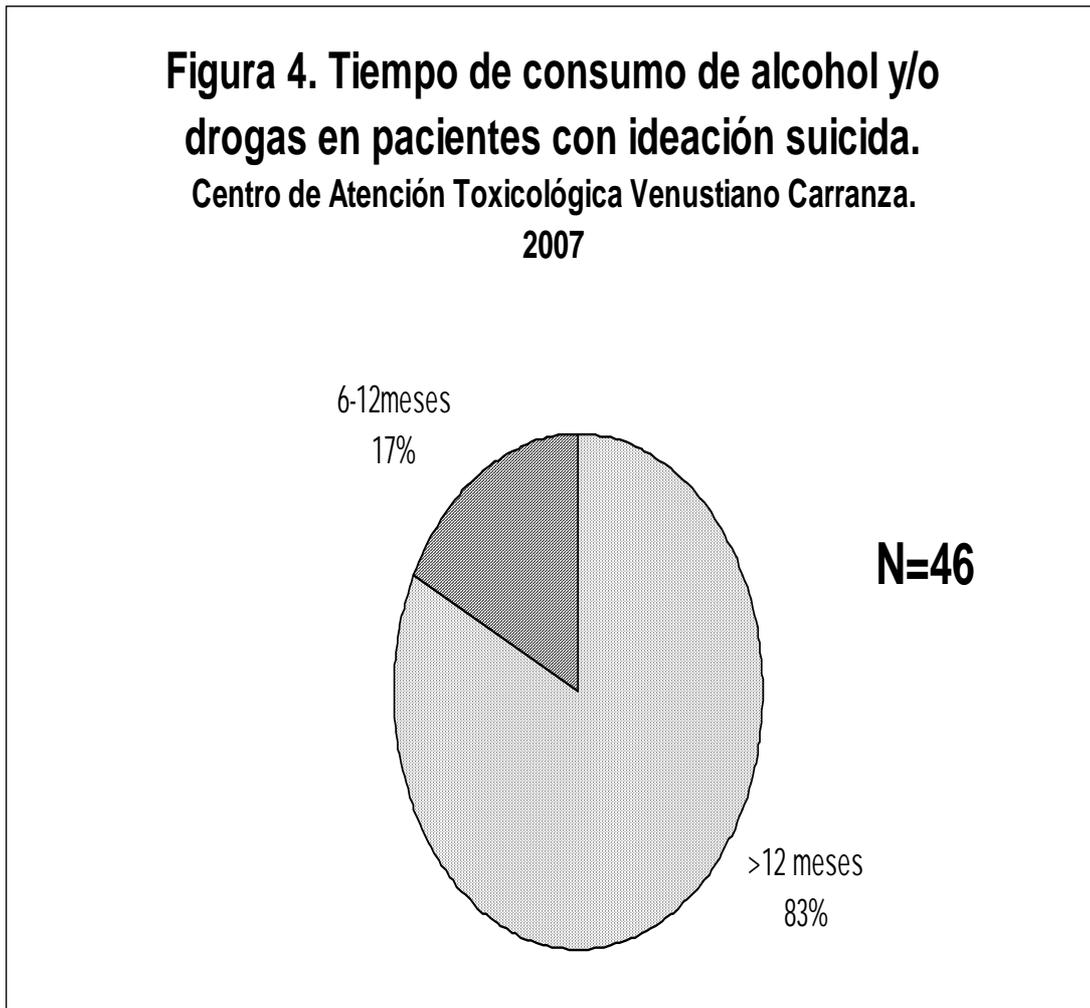
Ocupación	Ideación Suicida (no. de pacientes)			
	CATVC		CSBVA	
	Bajo riesgo	Alto riesgo	Bajo riesgo	Alto riesgo
Desempleados	3	6	5	0
Hogar	0	0	9	0
Estudiantes	16	3	9	1
Comerciantes	7	2	8	1
Operarios	5	3	10	1
Técnicos	1	0	1	0
Profesionistas	0	0	1	0
Total	32	14	43	3

CATVC: Centro de Atención Toxicológica Venustiano Carranza

CSBVA: Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán

Fuente: Encuesta/escala de ideación suicida de Beck en el CATVC y CSVBA. 2007.

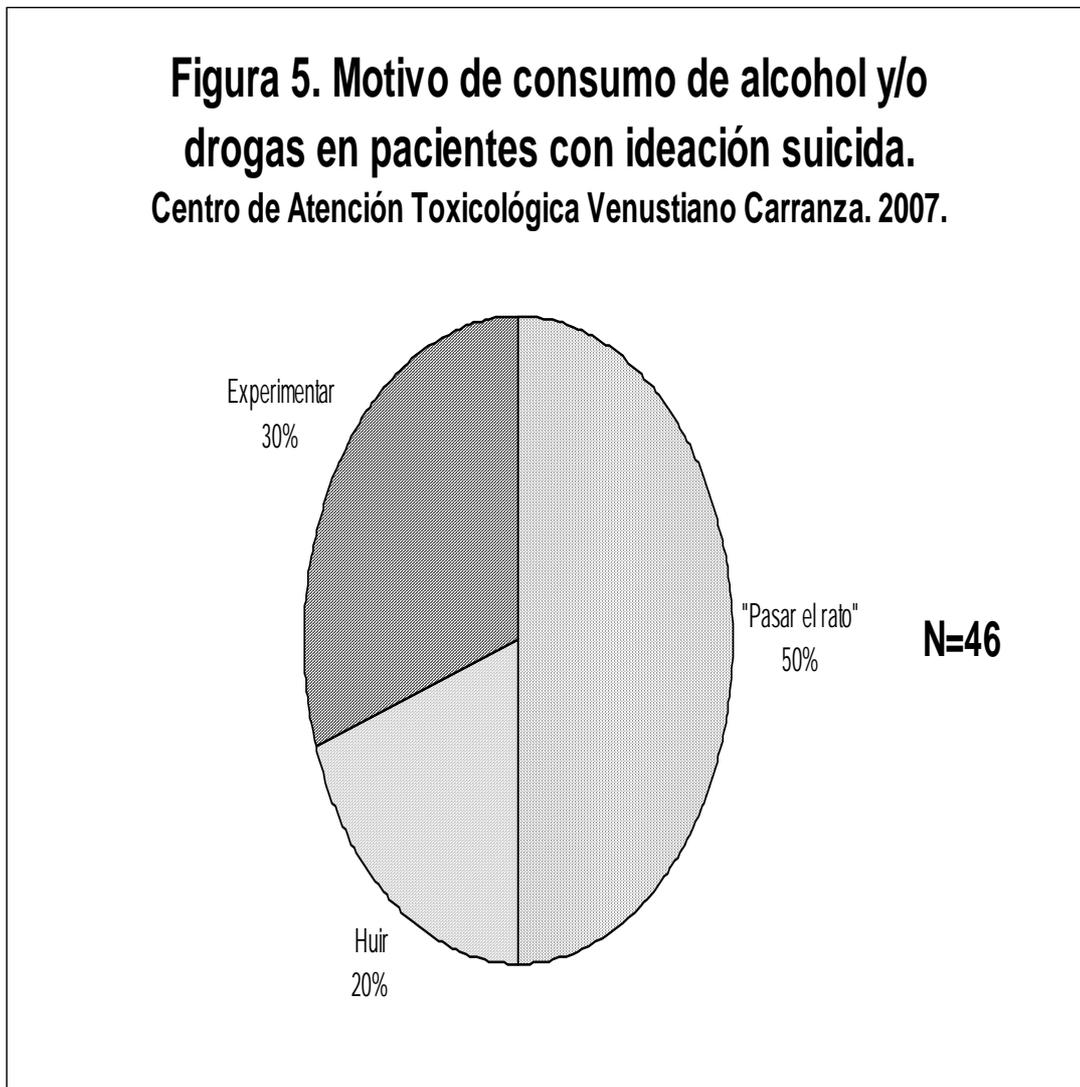
De manera específica, en la muestra de pacientes del CATVC en relación al tiempo que llevan consumiendo alcohol y/o drogas, 38 (82.6%) tenían más de doce meses consumiéndolas, en tanto que 8 (17.4%) tienen un periodo de consumo de 6-12 meses, fig. 4.



Fuente: Encuesta/escala de ideación suicida de Beck aplicada en el CATVC. 2007.

En cuanto al motivo de consumo de alcohol y/o drogas en pacientes del CATVC, 23 (50%) de los sujetos de la muestra lo hacen por “pasar el

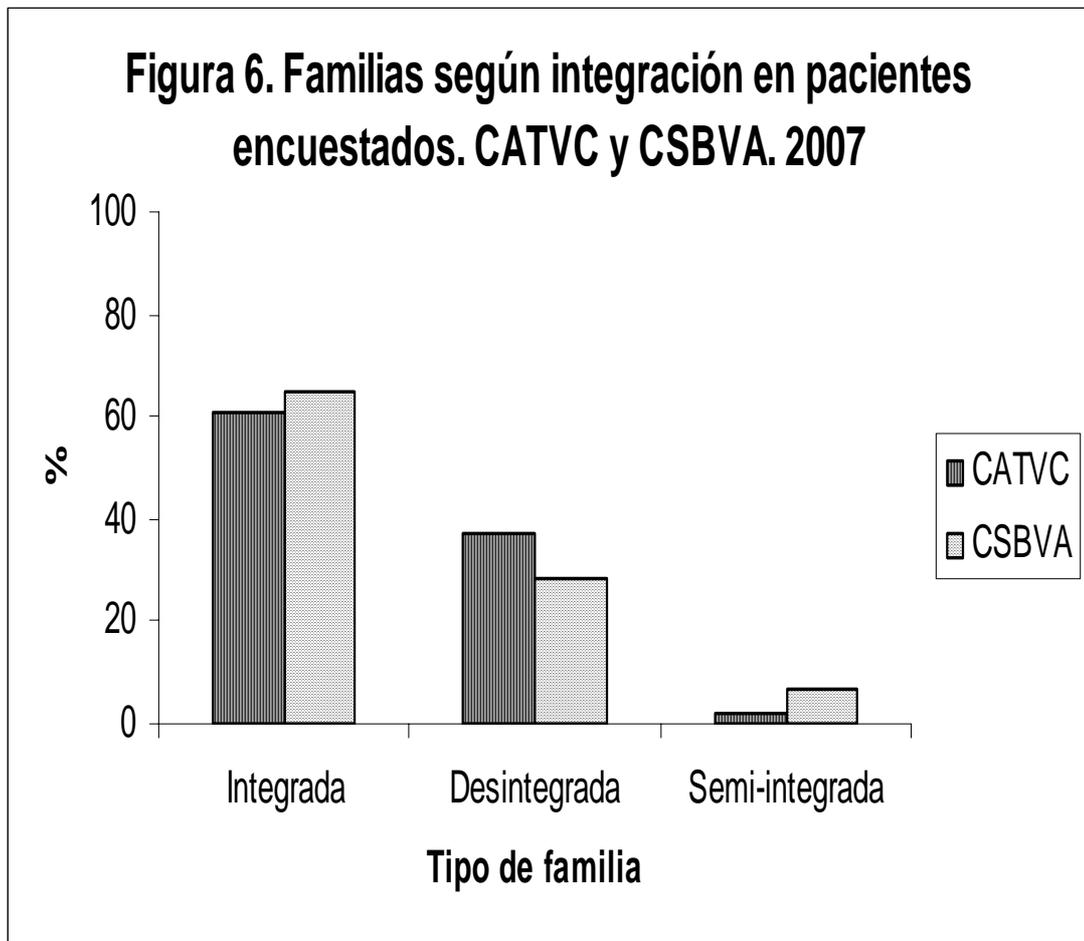
rato”, 14 (30.4%) consumen alcohol y/o drogas para experimentar y 9 (19.6%) consumen para huir, fig. 5.



Fuente: Encuesta/escala de ideación suicida de Beck aplicada en el CATVC. 2007.

De acuerdo al tipo de familia, esta se estudio de acuerdo a su integración en los pacientes encuestados. En el CATVC, se reportaron 28 (60.8%) familias integradas, 17 (36.95%) se reportaron como desintegradas

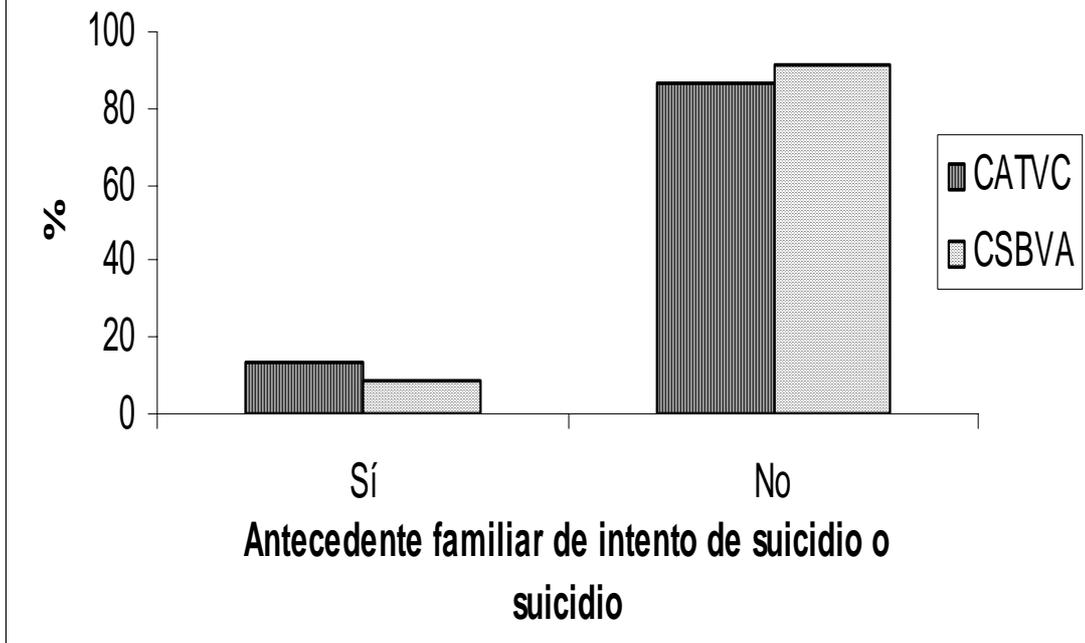
y una (2.17%) se reportó como semi-integrada. Por su parte, en el CSBVA se reportaron 30 (65.2%) familias integradas, 13 (28.26%) desintegradas y 3 (6.52%) semi-integradas, fig. 6.



CATVC: Centro de Atención Toxicológica Venustiano Carranza
CSBVA: Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán
Fuente: Encuesta/ escala de ideación suicida de Beck aplicada en el CATVC y CSBVA. 2007.

En relación al antecedente familiar de intento de suicidio o suicidio consumado, en el CATVC este se reportó en 6 (13%) casos, y en el CSBVA se reportó en 4 (8.7%) casos, fig. 7.

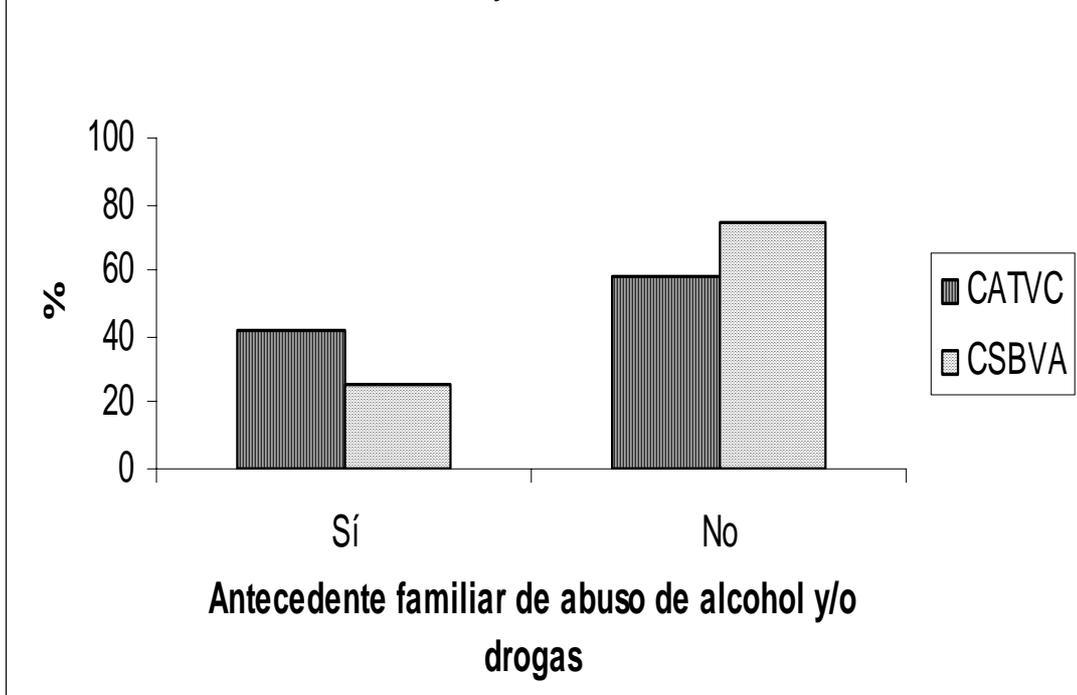
Figura 7. Antecedente familiar de intento de suicidio o suicidio en pacientes encuestados. CATVC y CSBVA. 2007.



CATVC: Centro de Atención Toxicológica Venustiano Carranza
CSBVA: Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán
Fuente: Encuesta/ escala de ideación suicida de Beck aplicada en el CATVC y CSBVA. 2007.

También se investigó el antecedente familiar de abuso a alcohol y/o drogas, y en el CATVC se presentó en 19 (41.3%) casos, mientras que en el CSBVA se reportó en 12 (26%) casos, fig. 8.

Figura 8. Antecedente familiar de abuso de alcohol y/o drogas en pacientes encuestados. CATVC y CSBVA. 2007.



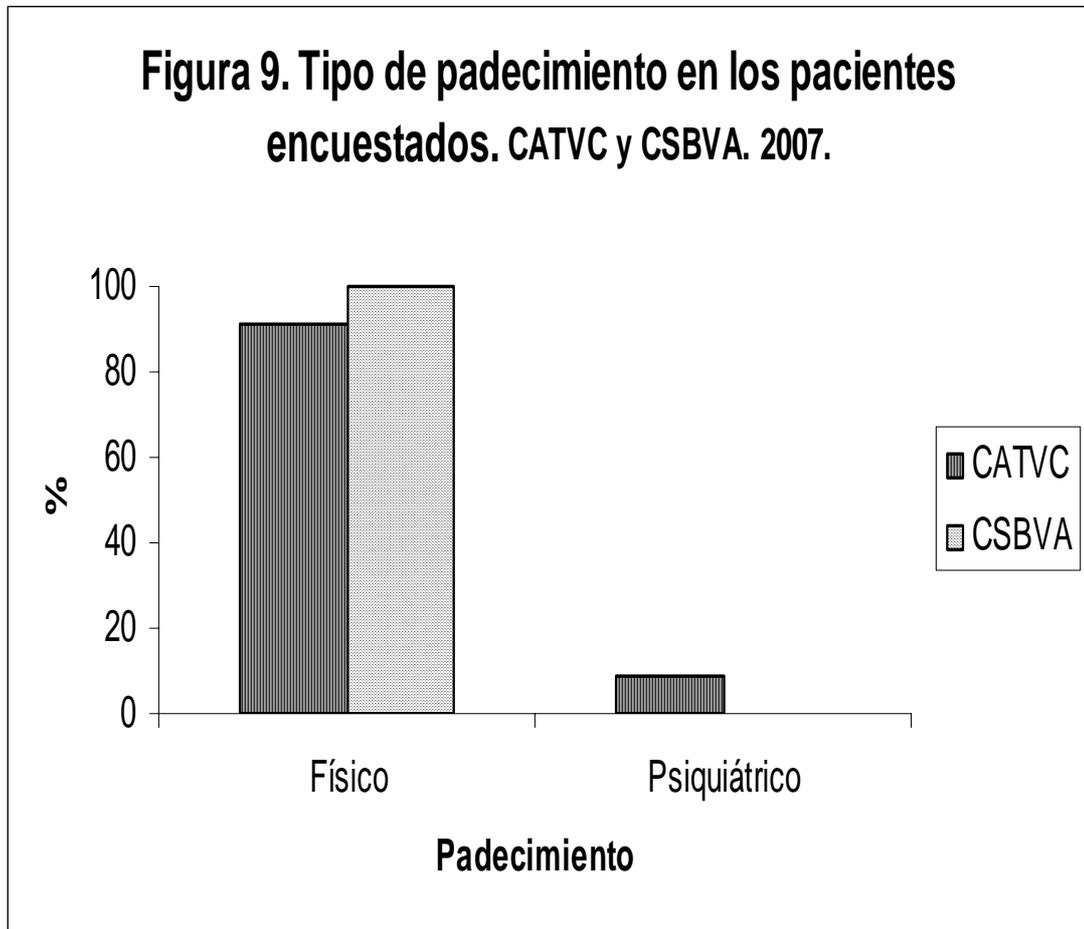
CATVC: Centro de Atención Toxicológica Venustiano Carranza

CSBVA: Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán

Fuente: Encuesta/ escala de ideación suicida de Beck aplicada en el CATVC y CSBVA. 2007.

De acuerdo al padecimiento manifestado por los pacientes al momento de la realización de este estudio, en el CATVC, 42 (91.3%) pacientes presentaron un padecimiento físico contra 4 (8.7%) que evidenciaban un padecimiento psiquiátrico. En el CSBVA, la totalidad de los

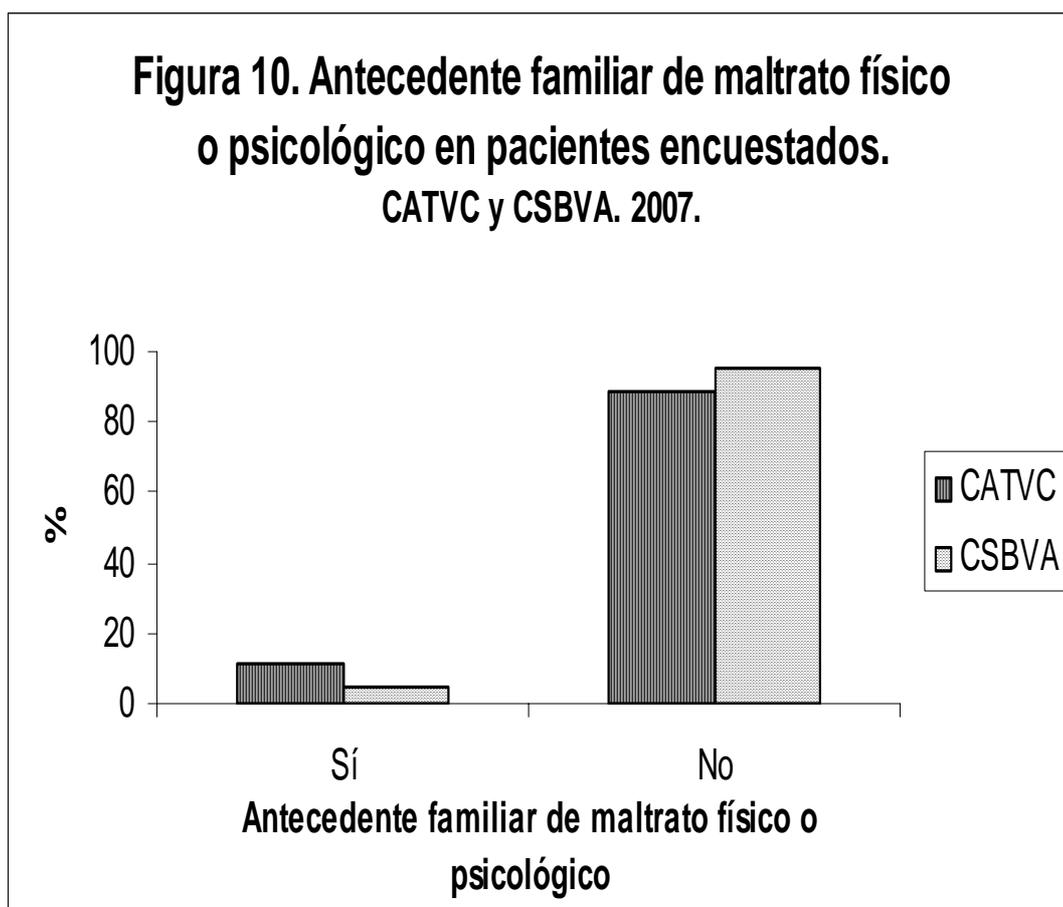
pacientes encuestados (N=46) presentaban padecimientos de tipo físico, fig. 9.



CATVC: Centro de Atención Toxicológica Venustiano Carranza
CSBVA: Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán
Fuente: Encuesta/ escala de ideación suicida de Beck aplicada en el CATVC y CSBVA. 2007.

Se cuestionó sobre el antecedente familiar de maltrato físico o psicológico. En el CATVC se reportaron 5 (10.86%) casos, en tanto que en el CSBVA sólo se reportaron 2 (4.34%) casos, fig. 10.

Figura 10. Antecedente familiar de maltrato físico o psicológico en pacientes encuestados. CATVC y CSBVA. 2007.



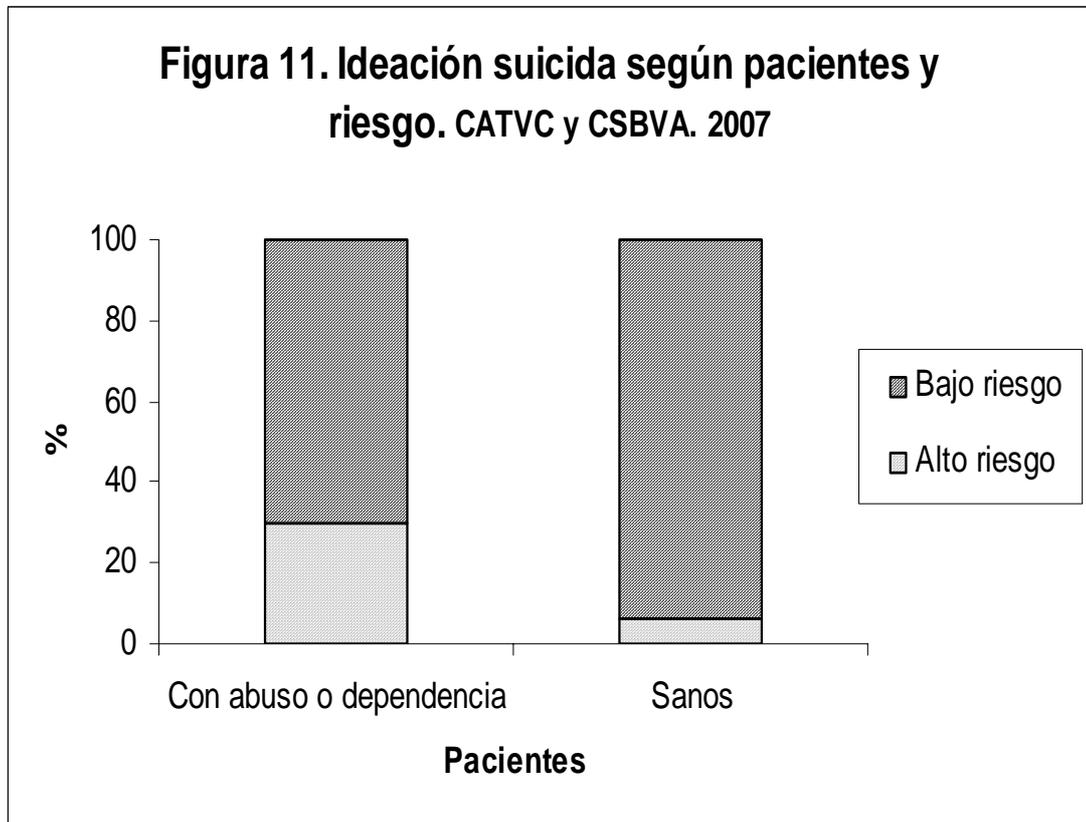
CATVC: Centro de Atención Toxicológica Venustiano Carranza

CSBVA: Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán

Fuente: Encuesta/ escala de ideación suicida de Beck aplicada en el CATVC y CSBVA. 2007.

Por último, de la muestra de 46 sujetos en el CATVC, 14 (30.43%) presentaron un alto riesgo de ideación suicida ($X^2= 7.22$, $p=0.007$, riesgo relativo= 1.93 [1.37-2.72]), con una puntuación promedio en la escala de 11.8 ± 1.8 ; por otra parte, 32 (69.56%) presentaron un bajo riesgo de ideación suicida, con una puntuación promedio en la escala de 3.3 ± 2.1 . En el CSBVA, de la muestra de 46 sujetos, 3 (6.52%) presentaron alto riesgo de ideación

suicida con una puntuación promedio en la escala de 10.6 ± 0.5 ; y 43 (93.47%) presentaron bajo riesgo de ideación suicida con una puntuación promedio en la escala de 3 ± 1.8 , fig. 11.



CATVC: Centro de Atención Toxicológica Venustiano Carranza

CSBVA: Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán

Fuente: Encuesta/escala de ideación suicida de Beck aplicada en el CATVC y CSBVA. 2007.

4. DISCUSIÓN

Como la conducta suicida es un fenómeno multifactorial y un problema importante de salud pública, en este trabajo se estudió uno de los indicadores insertados en el proceso suicida y que, con frecuencia, preceden al suicidio consumado: la ideación suicida. Más aún cuando se ha demostrado que el abuso y dependencia de alcohol y/o drogas prevalece en aquellos que se intentan suicidar. Particularmente en este trabajo, y a primera vista, fue evidente un mayor porcentaje de sujetos con abuso y/o dependencia de alcohol o drogas (30.43%) comparados con los pacientes que no padecían esta condición (6.5%). Esto concuerda con la literatura publicada, la cual reporta que la dependencia y el abuso del alcohol y otras sustancias incrementan hasta seis veces el riesgo de suicidio.¹² En las muestras de población estudiadas en este trabajo, se determinó que los sujetos con abuso o dependencia de alcohol y/o drogas tenían dos veces mayor riesgo de ideación suicida.

En cuanto a las características sociodemográficas de los sujetos estudiados, relativo al género, la población masculina tuvo mayor riesgo de ideación suicida en las dos muestras estudiadas (14% y 3%, respectivamente). Este dato puede correlacionarse con la gran frecuencia de conductas agresivas en varones y que explicarían parcialmente las altas tasas de suicidio en comparación con las mujeres.³

Sobre el grado de escolaridad de los sujetos estudiados, la mayor cantidad de casos con alto riesgo de ideación suicida se encontró en aquellos que cursaban o habían cursado hasta secundaria y preparatoria, toda vez que los jóvenes se encuentran en un periodo de fragilidad

emocional en el que son frecuentes la depresión y la ansiedad. Además, en esta etapa, la baja adaptación social, que incluye problemas escolares, en el hogar y con semejantes, puede revelar un riesgo de conducta suicida en los jóvenes y adolescentes.¹

Por otra parte, y en relación a la ocupación de los sujetos en estudio, se encontró que la mayor parte de los casos con alto riesgo de ideación suicida correspondía a los desempleados con abuso y/o dependencia de alcohol o drogas, lo cual refleja que la disminución del apoyo social y el aislamiento social generalmente se asocian con un incremento de la conducta suicida.²

Otro factor sociocultural estudiado, lo constituye el tiempo de consumo de alcohol y/o drogas en los pacientes en quienes se detectó ideación suicida. Se encontró que el 82% de la muestra tenían más de doce meses de haber iniciado el uso de sustancias. En otro estudio publicado, el uso consuetudinario de alcohol y drogas pronosticaba intentos de suicidio, sin embargo, su uso previo no era pronóstico si el sujeto no los consumía corrientemente. Por lo tanto es importante considerar el uso corriente, y no previo, de alcohol y drogas como factor de riesgo de conducta suicida.¹²

En relación al motivo de consumo de alcohol y/o drogas en pacientes con ideación suicida, se encontró que la mitad de la muestra lo hacía para “pasar el rato”, lo cual constituiría un reflejo de los rasgos de personalidad de este subgrupo: timidez, inseguridad y dependencia afectiva asociada a sentimientos de pasividad. A este subgrupo le sigue el de los que consumían para experimentar (30.4%), los cuales se caracterizarían por tender a actuar impulsivamente y a tener sentimientos inconformistas.¹⁹

Al observar el tipo de familia de los pacientes que consumían alcohol y/o drogas, se apreció que 37% provenía de familias desintegradas. Lo anterior nuevamente evidencia la importancia de la dinámica de las relaciones intrafamiliares y de cómo las pérdidas tempranas o la ruptura en el seno familiar constituyen indicadores potencialmente importantes de la conducta suicida.

En el ámbito de los antecedentes heredofamiliares, un 13% de pacientes que consumían alcohol y/o drogas afirmó tener un antecedente familiar de intento de suicidio o suicidio consumado, contra el 8.7% de los pacientes no adictos con ese mismo antecedente. Este es un indicador importante de la conducta suicida, ya que se sabe que esta puede ser transmitida dentro de las familias.³

A su vez, 46% de los pacientes que consumían alcohol y/o drogas tenían un antecedente familiar de abuso o dependencia de sustancias, comparado con el 26% de los pacientes que no consumían con ese mismo antecedente. Este es un factor que intervendría específicamente en el desarrollo de la conducta suicida en los pacientes que consumen alcohol o drogas.

La epidemiología de la problemática suicida, en general, incide en la comorbilidad; y la ideación suicida no es la excepción, ya que 91.3% de los pacientes que consumían alcohol y/o drogas padecían un trastorno físico, siendo de interés que sólo 8.7% fue referido con un padecimiento de tipo psiquiátrico, particularmente trastornos del estado del ánimo (depresión). Cabe mencionar que más de la mitad de todos los suicidios ocurren en personas con este tipo de trastorno, y el resto ocurre en personas con otras

enfermedades psiquiátricas, como esquizofrenia y trastorno de la personalidad.³

Se ha mencionado que otros factores psicosociales, independientemente del riesgo de los trastornos psiquiátricos, aumentan el riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes. Entre dichos factores se encuentran una historia de maltrato infantil, que incluiría abusos o descuidos. En el grupo de pacientes que consumían alcohol y/o drogas, 10.8% reportó un antecedente de maltrato familiar físico o psicológico, comparado con el 4.3% de los pacientes que no consumían.

Por último, la escala de ideación suicida de Beck se diseñó como un instrumento de tamizaje; esto es, que pretende identificar de la manera más correcta posible los probables casos de ideación suicida, de los que no lo son.

En los estudios de detección este tipo de instrumento es muy útil porque permite conocer la magnitud de la problemática abordada en diversos tipos de población. Sin embargo, un problema con la escala de ideación suicida de Beck es que depende casi enteramente de las respuestas honestas del paciente a las preguntas sobre sus pensamientos e intenciones suicidas. Investigaciones previas demuestran que, mientras quienes intentan el suicidio comunican sus intenciones, quienes lo consuman frecuentemente ocultan sus pensamientos y planes.¹⁶ Por lo tanto, para confirmar los casos se requiere de otros instrumentos diagnósticos, clínicos, válidos y confiables.

La escala de ideación suicida de Beck demostró ser un instrumento adecuado para detectar la problemática suicida en la población que abusa o

depende de sustancias, siempre y cuando se establezca una segunda fase en la que se confirmen los casos. Por lo tanto, se necesitan estudios con modelos bietápicos: tamizaje y confirmación de casos, para enviarlos posteriormente a los servicios de salud mental.

Aunque sólo uno de cada ocho intentos suicidas llega al conocimiento del médico ^{3,11}, muchos adolescentes y jóvenes que intentan suicidarse solicitan ayuda profesional de uno a tres meses antes de intentarlo. Por esto es recomendable que en los servicios de atención a la salud se incluya esta escala como herramienta para apoyar al clínico en las evaluaciones iniciales, lo cual lo auxiliará al tratar de descartar o confirmar el riesgo de suicidarse de los adolescentes.

5. CONCLUSIONES

Este es un estudio sobre la relación entre el uso de sustancias y la conducta suicida en pacientes con abuso o dependencia de estas y apoya la literatura previa al encontrar que el abuso y/o dependencia de sustancias contribuyen de manera importante al desarrollo de la conducta suicida.

Los resultados sugieren que es mayor el riesgo de ideación suicida medido por la escala de ideación suicida de Beck en pacientes que abusan o dependen del alcohol y/o drogas, que entre los pacientes que no abusan de estas sustancias. Por lo que efectivamente se confirma la hipótesis vertida originalmente y se responde la pregunta planteada motivo de este trabajo.

Así mismo, los resultados obtenidos indican que aunque la escala de ideación suicida de Beck no pretende predecir el intento suicida en la muestra estudiada, la intensidad de los deseos de suicidarse parece señalar el riesgo de suicidio poco después, por lo que es importante considerarla para detectar este riesgo oportunamente y establecer la manera de evitarlo con un tratamiento adecuado.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DSM-IV®. **Tratado de Psiquiatría**. 3ª Edición. Barcelona. Ed. Masson, 2000.
2. Pfeffer Cinthya R. Diagnosis of Childhood and Adolescent Suicidal Behavior: Unmet Needs for Suicide Prevention. ***Biol Psychiatry***. 2001; 49:1055-1061
3. O'Connell Henry. Recent Developments: Suicide in Older People. ***BMJ***. 2004; 329:895-899.
4. Mann John. A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. ***Ann Intern Med***. 2002; 136:302-311
5. Mondragón Liliana. La Medición de la Conducta Suicida en México: Estimaciones y Procedimientos. ***Salud Mental***. 2001; 24(6):4-15
6. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. **Estadísticas de Intento de Suicidio y Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos**. 2005. Disponible en www.inegi.gob.mx
7. Dirección General de Estadística e Información en Salud. Secretaría de Salud. **Estadísticas de Mortalidad** 2005. Disponible en www.sinais.salud.gob.mx/mort

8. Gaynes Bradley. Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004; 140:822-835
9. Henderson H P. Suicide – A Statistical Analysis by Age, Sex and Method. *J Clin Forensic Med.* 2005; 12:305-309.
10. Hawton Keith. Suicide and Deliberate Self-Harm in Young People. *BMJ.* 2005; 330:891-894.
11. Agerbo Esben. Familial, Psychiatric, and Socioeconomic Risk Factors for Suicide in Young People: Nested Case-Control Study. *BMJ.* 2002; 325:74-78
12. Schulberg Herbert C. Preventing Suicide in Primary Care Patients: the Primary Care Physician's Role. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004; 26:337-345
13. Comtois Katherine A. Clinician's Assessments of Bipolar Disorder and Substance Abuse as Predictors of Suicidal Behavior in Acutely Hospitalized Psychiatric Inpatients. *Biol Psychiatry.* 2004; 56: 757-763

14. Shields Lisa. Toxicologic Findings in Suicide: A 10-Year Retrospective Review of Kentucky Medical Examiner Cases. ***Am J Forensic Med.*** 2006; 27(2):106-112.
15. Verwey Bas. Availability, Content and Quality of Local Guidelines for the Assessment of Suicide Attempters in University and General Hospitals in the Netherlands. ***Gen Hosp Psychiatry.*** 2006; 28:336-342.
16. Cochrane Kate A. Clinical Rating Scales in Suicide Risk Assessment. ***Gen Hosp Psychiatry.*** 2000; 22:445-451
17. Healy Daniel J. Routine Use of the Beck Scale for Suicide Ideation in a Psychiatric Emergency Department. ***Gen Hosp Psychiatry.*** 2006; 28:323-329
18. USPSTF. Screening for Suicide Risk: Recommendation and Rationale. ***Ann Intern Med.*** 2004; 140:820-821.
19. Lorenzo, P. ***Drogodependencias.*** 2^a. Edición. España. Editorial Médica Panamericana. 2003. 600p.