



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

**JURISDICCION SANITARIA No. 01. DE BALANCÁN,
TABASCO**

“Ideación suicida y factores relacionados, en los alumnos
del Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo, Balancán,
Tabasco, 2006.”

PRESENTA:

MARIA DEL PILAR SÁNCHEZ RAMÍREZ

BALANCÁN, TABASCO.

2006



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.

“Ideación suicida y factores relacionados, en los alumnos del Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco, 2006.”

PRESENTA:

MARIA DEL PILAR SÁNCHEZ RAMÍREZ

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.NA.M

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.NA.M

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.NA.M

BALANCÁN, TABASCO

2006.

“Ideación suicida y factores relacionados, en los alumnos del Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco, 2006.”

PRESENTA:
MARIA DEL PILAR SÁNCHEZ RAMÍREZ

AUTORIZACIONES

DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA.
SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO
DEL ESTADO DE TABASCO.

QUIM. SERGIO LEÓN RAMÍREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA.

DR. ANDRÉS CRUZ HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
EMILIANO ZAPATA, TABASCO.

GLORIA DEL CARMEN ZEIND DOMÍNGUEZ
ASESORA METODOLÓGICA DE TESIS.

BALANCÁN, TABASCO

2006.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Para ti **ÁLVARO**, que eres la mejor pareja que Dios me pudo haber dado!!! Gracias por respetar y comprender mis aspiraciones, mis convicciones y decisiones: Gracias por sentir mis logros como tuyos sin envidias, ni recelos; Gracias por toda tu confianza, apoyo y respeto pero sobre todo, por esa manera tan incondicional de amarme. Con todo mi amor te lo Agradezco Infinitamente.

A mis hijos, que son mi tesoro y orgullo más grande:

- ❖ **MARCE**, mi hija querida y amada, de la cual me siento infinitamente orgullosa. Gracias por tu amor y admiración manifiesta que fueron parte importante para llegar a esta meta y, el incentivo principal de lograrlo.
- ❖ Para mi **HERMOSO NEGRITO** que de mis tres hijos es el que más extrañó mi presencia y, que a pesar de tu corta edad me demostraste que estas convirtiéndote en todo un hombrecito cariñoso, responsable y muy respetuoso. Gracias hijito.
- ❖ A mi **PRECIOSO CHELITO**, que donde quiera que estés sabes que mi amor está siempre contigo y que tú fuiste la parte más importante para que ésta tesis se realizara. Te extraño mucho **Luisito** y siempre estas conmigo.

A **MIS PADRES** que han sido incentivos también para mi y su comprensión un apoyo muy importante.

A **MIS MAESTROS** con admiración y respeto. Gracias por compartirme parte de su sabiduría.

A **MIS COMPAÑEROS**, por la retroalimentación tan bien compartida y porque sin ellos no hubiese sido tan amena y divertida el aula de clases.

A **LOS HOSPITALES** donde realicé mis rotaciones, gracias por el trato amable y respetuoso que siempre me brindaron.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
JUSTIFICACION.....	27
OBJETIVOS.....	29
MATERIAL Y METODOS.....	30
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIONES.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	45

RESUMEN.

SANCHES RAMÍREZ MARÍA DEL PILAR. Ideación suicida y factores relacionados, en los alumnos del Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco, 2006. **Universidad Autónoma de México. Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.**

Introducción. En los últimos años se ha producido un aumento de los fenómenos suicidas en los adolescente. Pese a ello, la ideación suicida ha sido poco estudiada, y esto limita las posibilidades de desarrollar estrategias eficaces para prevenir tanto intentos de suicidio como suicidios consumados. Los fenómenos suicidas ocurren en un continuum de gravedad creciente que va desde la ideación suicida, el fenómeno suicida menos grave, a la consumación de suicidio.

Objetivo. Determinar el número de probables casos de ideación suicida y factores relacionados, en los alumnos del Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco en el año 2006.

Material y métodos. El presente de estudio se realizó en 218 alumnos del Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco, a quienes se entrevistaron y a los que se les aplicó un cuestionario o instrumento de evaluación de ideación y comportamiento suicida, (escala de desesperanza de Beck), para el presente estudio. Para el procesamiento de los datos obtenidos del cuestionario, se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2003, el análisis se llevó a cabo en el programa SPSS 11.5 a través de medidas de frecuencia y tendencia central, la presentación de ésta información se realizó mediante cuadros y gráficos a fin de objetivizar la misma.

Resultados. La edad más afectada es de 15 años con un 45.7%, con depresión o riesgo leve, un 34.8%, con respecto a la depresión o riesgo moderado con un 8.7% y la depresión o riesgo grave tenemos un 2.2%. En cuanto al sexo tenemos, el sexo masculino es el más afectado ya que presenta el 52.2%, con depresión o riesgo leve tenemos el 42.4% en el sexo masculino, depresión o riesgo moderado tenemos que el sexo femenino es el más afectado con un 9.8%, y con depresión o riesgo grave tenemos que el sexo femenino se encuentra más afectado con un 2.2%.

Conclusiones. No cabe duda que todas las etapas de la vida ameritan atención, pero es incuestionable que la oportuna, adecuada y eficaz implementación de intervenciones de Salud se verá reflejada en mejor calidad de vida de este sector de la población, muchas veces descuidada, en el corto, mediano y largo plazo. Las intervenciones en Salud para este tipo de problemas requiere de personal multidisciplinario, capacitado el cual conozca las características del padecimiento y esté ampliamente comprometido para dar los logros esperados que en mi población de responsabilidad y lograr disminuir los casos de depresión e ideación suicida en la población joven, mediante estrategias que este involucrado instituciones intra y extra sectoriales.

Palabras claves: Ideación suicida, depresión. Factores relacionados.

INTRODUCCION.

Como problema de salud pública el suicidio ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas. 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. Los análisis seculares apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana. Las tasas de suicidio en adolescentes entre 15 y 19 años se han cuadruplicado desde 1957 a 1987 en USA, y es la cuarta causa de muerte entre los 10-15 años y la tercera entre los 15 y 25 años. Este incremento hace necesario el desarrollo de efectivos programas de prevención, requiriendo la clara identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida.

Diversos autores han postulado diferentes hipótesis para la explicación de este fenómeno; algunos han demostrado que las personas nacidas en el último período del siglo veinte tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos del ánimo a temprana edad, factor de riesgo asociado frecuentemente con la conducta suicida. Otra probable explicación es el incremento de las tasas de divorcio en las últimas décadas.

El principal problema de este tipo de estudios es la fidelidad de las cifras oficiales. El tipo de error más frecuente guarda relación con el reconocimiento, adjudicación y registro del suicidio como causa de muerte. La prevalencia del intento de suicidio es aún más difícil de conocer, ya que frecuentemente solo se cuenta con informaciones locales, muestreos que incluyen solo consulta satisfecha y en muchas ocasiones la información se encuentra dispersa entre los servicios de pediatría y de adultos. En general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios.

ANTECEDENTES

En diversas regiones del mundo y durante los últimos años, se ha observado un incremento paulatino, aunque constante, de la conducta suicida en los adolescentes. México no es la excepción y, si bien sus tasas de suicidios e intentos no son las más altas en la región panamericana y en el resto del mundo, el problema amerita ser considerado, precisamente por su naturaleza incipiente. Así, resultan apremiantes y oportunos los esfuerzos profilácticos y preventivos respecto a esta condición que se va configurando ya como un problema de salud pública. Es necesario no perder de vista la importancia del contexto social, identificando, desde luego, a los grupos de población de alto riesgo para establecer estrategias preventivas de corto y de mediano plazo. De hecho, se ha encontrado que los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes, de entre 15 y 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano. En el caso de México se ha identificado un mayor riesgo de conducta suicida entre las mujeres de 15 a 19 años de edad.¹

Las ideas de muerte consisten en tener deseos de morir sin pensar en quitarse la vida. La ideación suicida es la que hay pensamientos relacionados con quitarse la vida o producirse daño voluntariamente y muchos de sus síntomas son similares a los de la depresión.³

Cuando la idea de suicidarse ocupa por completo la mente del sujeto éste imagina que lo lleva a cabo (ideación y fantasía suicida). Cuando el sujeto piensa y ensaya un método, se crea un proceso autónomo que va tomando fuerza hasta que comete el acto suicida.⁶

Definimos ideación suicida como aquellos pensamientos impulsivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

Según los investigadores Medina Mora y González Forteza del Instituto de Salud Mental señalan que el suicidio puede entenderse como un proceso

que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida es decir, con el suicidio consumado.

Algunas teorías psicológicas señalan que la ideación suicida expresada verbalmente es una forma de chantaje, aquí hay que tener cuidado, porque aquí la equivocación de no tiene cabida, de la muerte no hay regreso. Entonces, mejor pensemos si hacemos oídos sordos a estas llamadas de auxilio.⁴

En los últimos años se ha producido un aumento de los fenómenos suicidas en los adolescentes (Wilde 1996; González Forteza, 1999). Pese a ello, la ideación suicida ha sido poco estudiada, y esto limita las posibilidades de desarrollar estrategias eficaces para prevenir tanto intentos de suicidio como suicidios consumados. Los fenómenos suicidas ocurren en un continuum de gravedad creciente que va desde la ideación *suicida*, el fenómeno suicida menos grave -aunque, por otro lado, el más prevalente-, a la consumación de suicidio. La ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio consumado son conductas que están relacionadas jerárquicamente: los pensamientos suicidas generalmente preceden a los actos suicidas consumados estuvieron precedidos de intentos de suicidio.²

Como problema de salud pública el suicidio ha adquirido especial relevancia en las últimas décadas. 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. Los análisis seculares apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana. Las tasas de suicidio en adolescentes entre 15 y 19 años se han cuadruplicado desde 1957 a 1987 en USA, y es la cuarta causa de muerte entre los 10-15 años y la tercera entre los 15 y 25 años. Este

incremento hace necesario el desarrollo de efectivos programas de prevención, requiriendo la clara identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida.⁵

Tanto la ideación como los intentos suicidas son heterogéneos, Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida a la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte o de fantasías de suicidio.⁷

Algunos estudios asocian los trastornos depresivos con la ideación suicida considerando ésta como síntoma o como consecuencia de dichos trastornos depresivos.

“La depresión está directamente muy relacionada con la ideación suicida”
Lester y Gatto, 1989).

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto.⁸

Se ha formulado que distintas circunstancias de naturaleza fisiológica pueden influir sobre los pacientes y, a través de la modificación del funcionalismo neurofisiológico y bioquímico, son capaces de determinar cambios que darán lugar a la manifestación de síntomas depresivos. De hecho, existe un volumen importante de hallazgos que han sido implicados en la fisiopatología de la depresión. Sin embargo, y al igual que ocurre con el tema de la etiopatogenia, no hay una definición clara de la situación. Además, muchos de los hallazgos han sido definidos como causas más que modificaciones derivadas de esta y por las que podría explicarse la presencia de un síntoma.

Por otra parte, al considerar el papel de los procesos biológicos en la depresión es útil distinguir entre alteraciones dependientes del estado (marcadores de estado) y las alteraciones más persistentes (marcadores de

rasgo). Una alteración completamente dependiente del estado está presente solamente durante la fase activa de la enfermedad, y puede reflejar por tanto un correlato patofisiológico de un episodio agudo de la misma. En cambio, los marcadores de rasgo pueden ser detectados antes, durante y después de la fase aguda. Estos últimos pueden ser particularmente útiles como marcadores en estudios familiares (si son innatos) o como factores que pueden predecir la vulnerabilidad a la enfermedad. Evidentemente, los resultados obtenidos mediante los estudios longitudinales ofrecerán datos importantes para diferenciar estas alteraciones. En la actualidad, la escasez de este tipo de estudios, aparte de otros problemas metodológicos, hace difícil diferenciar la naturaleza de muchos hallazgos.

Hallazgos bioquímicos

Neurotransmisores. Las hipótesis bioquímicas evolucionaron a partir de las observaciones clínicas que relacionaron la aparición de síntomas depresivos en ciertos pacientes tras la utilización de la reserpina - un deplector de noradrenalina, serotonina (5-hidroxitriptamina; 5-HT) y dopamina. Posteriormente, la investigación en este campo se desarrolló de forma importante tras el hallazgo de que ciertos fármacos, que inhiben la captación neuronal y aumentan la disponibilidad sináptica de estos transmisores o que inhiben su metabolismo, son tratamientos efectivos de la depresión.

Hallazgos neuroendocrinológicos

Eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal. En la depresión se hallan frecuentemente anomalías del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HHS). La liberación del factor liberador de corticotropina (CRF) por parte del hipotálamo está parcialmente regulada por neurotransmisores como la 5-HT, noradrenalina, acetilcolina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA). La CRF, a su vez, estimula la liberación hipofisaria de corticotropina (ACTH), lo cual produce un aumento de la producción suprarrenal de cortisol.

Eje hipotalámico-hipofisario-tiroideo. Desde hace muchos años, las anomalías de la función tiroidea se han relacionado con los trastornos del

estado de ánimo, ya que el hipotiroidismo a veces se presenta como un síndrome depresivo y el hipertiroidismo es a veces la causa secundaria de una hipomanía.

Neuropéptidos

La cantidad de neuropéptidos existentes en el sistema nervioso central es incontable. Se ha observado que estos péptidos de pocos aminoácidos poseen funciones neurotransmisoras y neuromoduladoras, así como que coexisten con los neurotransmisores más tradicionales.

Hallazgos neurofisiológicos

Los trastornos del sueño son característicos de los trastornos del estado de ánimo, estando la depresión asociada con el insomnio o la hipersomnia y la manía con la disminución de la necesidad de sueño.

Hallazgos neurorradiológicos

Estudios anatómicos/estructurales. La introducción en la práctica clínica de la tomografía axial computarizada (TAC) y la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) despertaron un gran interés para investigar los correlatos estructurales de disfunción del SNC en varios trastornos psíquicos.

Estudios de neuroimagen funcional. Las modernas técnicas de neuroimagen funcional, la tomografía por emisión de positrones (PET) y la tomografía por emisión de fotones (SPECT), están contribuyendo de modo importante en la investigación de la fisiopatología de los trastornos afectivos. Las alteraciones encontradas con estas técnicas en pacientes con depresión mayor, sin embargo, aún no han resuelto si se trata de marcadores de estado o de rasgo.

Hallazgos inmunológicos

En los últimos veinte años también se ha constatado un creciente interés por el estudio de relación entre el sistema inmune y los trastornos afectivos. El tema se ha enfocado, principalmente, desde tres puntos de vista:

- Las alteraciones de la afectividad como cofactores en el desencadenamiento, curso y pronóstico de la enfermedad del sistema inmune.
- La consideración de la depresión como una enfermedad neuroinmune.
- La depresión como un modelo de interacción neuroendocrina.⁹

En otros estudios, en cambio, la depresión aparece como un factor que influye en la aparición de la ideación suicida, y que puede ver incrementada o disminuida su acción por la presencia de otros factores. Estos estudios, por tanto, señalan una conexión entre depresión e ideación suicida, pero no una correspondencia exacta.

Villardón (1993) halla una relación muy significativa entre depresión e ideación suicida, siendo la depresión la variable que más explica y mejor predice la ideación suicida en adolescentes.

La ideación suicida se refiere a cogniciones que pueden variar desde pensamientos fugaces de que la vida no vale la pena vivirse, pasando por planes explícitas y meditadas para matarse, hasta una -intensa preocupación con imaginaciones autodestructivas.²

La Escala de Beck es un instrumento autoaplicado, diseñado para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

Mide las puntuaciones obtenidas en desesperanza que son un preeditor útil de posible suicidio.

Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso. Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems, 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13,

15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems que puede oscilar entre 0 y 20.

4- 8: Leve

9- 14: Moderado

15- 20: Grave

Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en 3 factores diferentes:

- Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro)
- Factor motivacional (pérdida de motivación)
- Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro)

La puntuación en el **factor afectivo se** obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación en el **factor motivacional** se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

La puntuación en el **factor cognitivo** se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.¹⁰

La escala de Beck proporciona las expectativas que tiene el paciente, ya que abarca los factores afectivos, motivacional y cognitivo, además, de ser considerada confiable y acertada siendo una herramienta que utiliza la SSA para sus investigaciones y para descartar riesgos de Ideación Suicida. Es autoaplicable por lo que la hace más fácil y accesible para efectuar la evaluación.

De acuerdo con las cifras que proporciona el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el ámbito nacional la tasa de

suicidio se ha incrementado de 1.13 en 1970 a 2.80 por cien mil habitantes en el 2000. En Jalisco, las cifras también muestran un incremento: de una tasa de 0.27 en 1970 pasó a 4.51 en 2000. En 1997 fue la cuarta causa de muerte en el grupo de quince a veinticuatro años de edad, con una tasa de 8.01, y en el grupo de veinticinco a cuarenta y cuatro años fue la séptima causa de muerte con una tasa de 7.65.¹¹

Conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, por un lado, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o enmascarar el suceso. Por el otro lado, las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en los registros oficiales; al respecto, es conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos. De acuerdo con Híjar y colaboradores, un ejemplo de esto es que los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente, mientras que es obligatorio registrar los suicidios consumados. Así, en 1993 la Secretaría de Salud informó sobre 2,022 suicidios consumados y sólo 93 intentos. Ese informe resulta paradójico puesto que se ha calculado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados, y que se ha identificado al intento como uno de los mejores predictores del suicidio consumado.

En diversas investigaciones se han tratado de identificar los factores asociados con la ideación suicida reconociendo que no es sólo la participación de uno de ellos sino su interacción los que los convierte en factores de riesgo. En México no abundan los estudios a cerca de los suicidios en los adolescentes, es evidente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema. Por otra parte se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse y quien lo intente una vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año. Por esa razón, los estudios epidemiológicos sobre la presencia de indicadores de riesgos suicidas son muy importantes.¹

El suicidio en una causa importante de morbimortalidad y la adolescencia es una etapa particularmente vulnerable, la creencia que si

interroga a un paciente deprimido acerca de si una vez pensó o trató en matarse es un mito. Investigar acerca de ideación suicida constituye un elemento de suma importancia en la semiología de los pacientes en quienes se presume se diagnostica un síndrome depresivo.¹³

Los grupos de riesgo de suicidio incrementan el riesgo en estas situaciones:

A. En la infancia:

- Violencia familiar
- Ruptura familiar
- Muerte de ser querido que brindara apoyo emocional
- Convivir con un enfermo mental como único pariente.

B. En la adolescencia:

- Amores contrariados y desengaños amorosos
- Malas relaciones con figuras significativas (padre, madre o maestros)
- Excesivas expectativas de los progenitores que sobrepasan las capacidades del adolescente
- Embarazo no deseado u oculto
- Los periodos de exámenes
 - Amigos con comportamientos suicida o que aprueban la solución suicida
 - Acoso o abuso sexual por parte de figuras significativas
 - Pérdida de figuras significativas por separación, muerte o abandono.
 - Periodos de adaptación a regimenes militares e internados educacionales.

C. En la adultez:

- Desempleo (durante el primer año)

- Esposa competitiva en determinadas culturas machistas
- Escándalos sexuales en personalidades públicas (políticos, religiosos, etc.)
- Quiebras financieras.

D. En la vejez:

- Periodo inicial de la institucionalización
- Viudez durante el primer año en el hombre y durante el segundo año en la mujer
- Estar sometido a maltratos físicos y psicológicos
- Enfermedades físicas que deterioran el sueño (insomnio crónico) y se acompañan de dolor o intensa falta de aire.¹⁸

La ideación suicida puede considerarse una expresión temprana de vulnerabilidad y abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta propósitos autodestructivos más definidos. Puede adoptar una cualidad persistente y asociarse a diversas variables psicológicas como: depresión, autoestima baja y externabilidad.⁷

Reinherz y colaboradores en su estudio longitudinal realizado durante 14 años en estudiantes de una comunidad al noroeste de Estados Unidos de América, observaron que la ideación suicida a los 15 años de edad fue un factor importante de riesgo y malestar emocional, con múltiples implicaciones de largo plazo: deficiencias en el funcionamiento conductual y emocional, en la autoestima y en las relaciones interpersonales, así como altos niveles de trastornos mentales.

En México en una muestra escolar del nivel secundaria entre los 13 y 15 años de edad, lo cual implica la edad como factor de riesgo, han sido predictores de riesgo: La percepción de bajo desempeño escolar

- Haber interrumpido los estudios por 6 o más meses
- Haber tenido que trabajar en el ciclo escolar anterior
- Consumo de alcohol y drogas.

- No vivir con ambos padres
- Pensar en el último intento que su muerte sería posible o certera
- Los que por primera vez intentaron quitarse la vida pensaron en que su muerte sería improbable.¹

Los factores de riesgo sobre la ideación suicida en los hombres estudiantes de secundaria y bachillerato son:

- El estrés percibido entre conflictos.
- El estrés percibido ante conflictos con familiares y amigos.
- Respuestas de enfrentamiento agresivas.
- Baja autoestima.

Los factores de riesgo sobre la ideación suicida en las mujeres estudiantes de secundaria y bachillerato son:

- La impulsividad.
- El estrés entre relaciones familiares (prohibiciones).¹⁴

Los ideadores de suicidio presentan una elevada prevalencia de patología psiquiátrica como: trastornos del sueño, por uso de alcohol/sustancias, de personalidad, conducta antisocial. Las ideas suicidas se asocian a variables psicosociales tales como estrés vital, vivencias indeseables y a medio familiar caótico.

Las ideas suicidas son más comunes entre quienes han intentado autoeliminarse, se asocian a la severidad del intento y con una mayor probabilidad de repetición.⁷

En 1989, Stillion, Mc Dowell y May propusieron un modelo de la trayectoria del suicidio, que comprende cuatro categorías de factores de riesgo que contribuyen al pensamiento suicida:

- los aspectos biológicos,
- los psicológicos,
- los cognitivos

- y los ambientales

Que pueden influir en la idea suicida, ya sean directamente o afectándose entre sí para el comportamiento autodestructivo.¹²

Investigaciones comunitarias en poblaciones adolescentes revelan la existencia de una gran variedad de resultados en los datos de prevalencia de ideación suicida. Las tasas estimadas varían de 3,5 por 100 a 52,9 por 100 (Harkavy y colaboradores, 1987). Los estudios de prevalencia publicados en los continentes europeo y americano informan de grados de ideación suicida entre ambos valores.

Los estudios existentes señalan que la ideación suicida en adolescentes está relacionada con variables tales como:

- La edad,
- El sexo,
- Baja autoestima,
- Locus de control externa,
- Estrés negativo,
- Afrontamiento maladaptativo,
- Alcohol y drogas, Falta de apoyo social,
- Depresión y desesperanza.²

El antecedente de violación: permanecer más de 8 horas diarias al día sólo y pertenecer al género femenino son los factores más fuertemente relacionados con la ideación suicida.

Tanto la ideación como el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuente en mujeres. El maltrato infantil se encontró relacionado con trastornos psiquiátricos y con ideación suicida.²⁴

Otro aspecto relevante que no se ha reportado integralmente y se identifica a menudo en la práctica clínica con pacientes con tentativa o ideación suicida es la presencia frecuente de sentimientos de soledad, abandono,

irritabilidad hacia las figuras paternas o maternas por la falta de entendimiento o comunicación, falta de autoestima y sentimientos de culpa por los eventos o circunstancias que está viviendo.¹¹

Como lo hemos podido constatar, las investigaciones en adolescentes se han creado únicamente en muestras estudiantiles, pero carecemos de indicadores sobre la severidad del intento, y no se ha explorado para nada el uso de los servicios de salud por la población suicidógena.³

Los resultados obtenidos muestran que el intento suicida representa un importante problema de salud pública que se debe atender en la población adolescente escolar, no sólo por su prevalencia sino también por su tendencia al aumento: 8.3% en 1997 y 9.5% en 2000.

Estadísticamente, y de acuerdo con los intervalos de confianza, hay una prevalencia significativamente mayor de intento suicida entre los estudiantes de los bachilleratos privados, en el caso de las secundarias, el índice de intento es significativamente mayor en las escuelas públicas.^{22, 25}

El suicidio es un problema de salud pública que da cuenta de al menos 0.9% de todas las muertes en todo el mundo, en México, la tasa de mortalidad por suicidio en sujetos masculinos en 2000 fue de 2.9 por cada 100,000 habitantes, y contribuyó la decimoséptima causa de muerte en el mismo año.

El suicidio se incrementó en los últimos siete años en el Estado de Querétaro. Los varones que se encuentran entre 20 y 29 años, y aquellos mayores de 50, tienen el mayor riesgo de morir por suicidio.²³

En 1998 se detectó en el Distrito Federal la conducta suicida de la población estudiantil de secundaria y bachillerato, o su equivalente, en 4.3% de los hombres y 12.1% de las mujeres. Los motivos de esta conducta pueden ser múltiples; entre ellos se encuentra el abuso sexual, que aunque ha sido poco investigado en nuestro país entre la población escolar, se ha reportado una prevalencia de 4.3% entre los estudiantes de secundaria y bachillerato de ambos sexos.²¹

En las investigaciones realizadas hasta el momento se han abordado las diferentes dimensiones implicadas en el suicidio. Así, se han estudiado el suicidio consumado, el intento de suicidio y la ideación suicida en adultos y adolescentes, mujeres y hombres de población abierta y estudiantil.¹⁷

El suicidio es un problema creciente cuyo control exige acciones inmediatas. El incremento acelerado de este fenómeno, particularmente en hombres y mujeres jóvenes, debe ser una llamada de atención para implementar a la brevedad medidas tendientes a disminuir su magnitud.¹⁹

Casi todos los ensayos de tratamiento publicados en los adolescentes referidos clínicamente con depresión mayor se han centrado en los tratamientos psicofarmacológicos.¹⁶

1. Educación: El adolescente y sus padres deben ser educados de que la depresión es una condición biológica y que no está bajo el control del adolescente, así como de la importancia de la nutrición, el sueño y el ejercicio.

2. Apoyo y tranquilidad. La anergia, el desinterés, en combinación con los sentimientos de desesperanza, conducen a evitar responsabilidades sociales y académicas, lo cual conduce al empeoramiento de la depresión, así como al desarrollo de trastornos comórbidos como la fobia al colegio. Los adolescentes con depresión deben ser estimulados para participar en sus actividades normales de la vida diaria. Se les debe enseñar habilidades efectivas de resolución de problemas.

3. Intervenciones en el colegio. Las modificaciones de las actividades relacionadas en el colegio se deberían dirigir para ayudar al adolescente a experimentar éxito e incluir reducción temporal de la carga de trabajo y disminución del número de horas en el colegio.

4. Psicoterapia. Las intervenciones psicológicas son una parte integral del tratamiento de la depresión en los adolescentes.

a. Terapia del comportamiento cognitiva. Se usa la terapia del comportamiento cognitiva a causa del papel de la distorsión cognitiva en

el establecimiento de la depresión y su objetivo es reemplazar las distorsiones cognitivas con creencias más saludables. Es de uso limitado en adolescentes, ya que ellos aún no han desarrollado las habilidades cognitivas necesarias para participar en esta forma de tratamiento.

b. Psicoterapia individual. Ayuda al paciente a desarrollar habilidades de resolución de problemas interpersonales.

c. Terapia de grupo. La terapia de grupo promueve el desarrollo de habilidades sociales y es útil para reducir el aislamiento social del adolescente deprimido.

d. Intervenciones familiares. Las intervenciones familiares son parte integral del tratamiento de la depresión en adolescente. La terapia familiar del comportamiento sistémico es una combinación de aproximación de 2 tratamientos que han sido usados efectivamente en las familias disfuncionales de los adolescentes. El médico debería determinar el nivel premórbido del funcionamiento familiar, el impacto que la depresión del adolescente ha tenido en la familia y cómo han respondido los miembros de la familia a este estresor.

La principal herramienta de tratamiento del médico de atención primaria es el fármaco y debe ser consciente, que algunos tratamientos psicológicos pueden ser tan efectivos como los fármacos en la enfermedad depresiva leve a moderada, y que se ven en atención primaria.

FARMACOS ANTIDEPRESIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: Elección del antidepresivo debe individualizarse en cada paciente teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Respuestas previas o efectos adversos del paciente a un fármaco concreto
- Patologías médicas o psiquiátricas concomitantes
- Tratamiento farmacológico actual para otras patologías (posibles interacciones)

- Riesgo de suicidio
- Búsqueda de sedación o de otros efectos de un fármaco concreto
- Preferencia del paciente y probabilidad de cumplimiento
- Costes de fármacos.

INSTAURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

1. FASE AGUDA: Se considera fase aguda hasta la remisión de los síntomas (8-12 semanas).
2. FASE DE CONTINUACIÓN: Esta fase tiene una duración de 6 meses y su objetivo es prevenir las recaídas.
3. FASE DE MANTENIMIENTO: El objeto de esta fase es prevenir la aparición de recurrencias. Son candidatos a este tratamiento los pacientes que presentan 3 o más episodios de depresión mayor en los últimos 5 años o más de 5 en toda su vida.

RETIRADA DEL TRATAMIENTO. Debe ser lenta y gradual a fin de evitar un síndrome de retirada.²⁰

TIPOS DE TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN. Los tratamientos típicos usados para depresión son los medicamentos antidepresivos, la psicoterapia, o una combinación de los dos. El tratamiento indicado para cada persona depende de la naturaleza y severidad de la presión y, hasta cierto punto, en la preferencia individual. En el tratamiento combinado, el medicamento puede aliviar los síntomas físicos rápidamente, y la psicoterapia permite la oportunidad de aprender opciones más efectivas para lidiar con los problemas.²¹

El tratamiento psicoterapéutico ha sido estudiado en el marco de servicios ambulatorios (nivel secundario de atención), de interacción hospitalaria y en programas de atención primaria.²²

Algunos estudios longitudinales han descubierto que las mujeres padecían episodios depresivos más largos y que eran más propensas a padecer la enfermedad de forma crónica (Brown et.al. 1996, Sherbourne y

Wells 1997) al investigar el efecto de los antidepresivos, las últimas pruebas clínicas mostraban posibles diferencias entre ambos sexos en cuanto a la reacción a diferentes drogas (Kornstein et.al. 2000).²³

Los medicamentos más usados son:

FLUOXETINA.

FLUVOXAMINA.

PAROXETINA.

SERTRALINA.

CITALOPRAM.

MOCLOBEMIDA.

EFFECTOS SECUNDARIOS. Causan sedación y aumento o pérdida de peso.

- Efectos Anticolínicos: Sequedad de boca, visión borrosa y otros.
- Efectos Cardiovasculares: Hipotensión ortostática, taquicardia, alteraciones del electrocardiograma.
- En sobredosis son arritmogénicos.
- Efectos serotoninérgicos: Como náuseas, vómitos, insomnio, irritabilidad y cefalea. Los antidepresivos reducen el umbral convulsivo.
- Tiende a aparecer algo de tolerancia a los efectos sedantes y en el sistema nervioso autónomo con el uso continuo de Antidepresivos Tricíclicos (ADT), la supresión repentina en particular de dosis altas, va seguida por malestar general, escalofríos, coriza, dolor muscular y trastorno del sueño.

CONTRAINDICACIONES: En pacientes con afecciones cardiovasculares, antecedentes de IMA reciente, glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria, hipertrofia prostática, trastornos gastrointestinales y en presencia de alergia a algunas drogas de este tipo. Se debe evitar durante el embarazo, la

lactancia y tener precaución en pacientes con daño renal, hepáticos, en niños y en epilépticos.²⁴

VENLAFAXINA: Dosis habitual de inicio en pacientes ambulatorios es de 75 mg/d en dos o tres tomas. La dosis máxima recomendada es de 375 mg/d. la dosis de venlafaxina debe reducirse a la mitad en pacientes con alteraciones significativas de la función renal (FG<30 ml/min), pudiendo ser administrada en una sola toma diaria.

Existen relativamente, por el momento, pocos estudios sobre el uso de fármacos en niños y adolescentes deprimidos, a pesar de los datos de prevalencia y morbilidad de este trastorno en la edad infanto-juvenil.

Hasta el momento no hay tratamientos farmacológicos que hayan demostrado de forma definitiva ser seguros y más eficaces que el placebo en el tratamiento de la depresión pediátrica. Por esta razón ningún antidepresivo ha sido aprobado por la FDA para el tratamiento de la depresión mayor en estas edades.¹⁶

1. Antidepresivos tricíclicos (ATC). Varios ensayos preliminares con ATC en niños y adolescentes deprimidos proporcionan datos tentadores que sugieren que estas medicaciones podrían proporcionar beneficio en estos pacientes, por lo que se realizaron estudios controlados con placebo para examinar la eficacia antidepresiva de la imipramina, desipramina, nortriptilina y amitriptilina. Sin embargo, los estudios controlados con placebo en niños y adolescentes deprimidos han sido incapaces de demostrar la superioridad de los ATC frente al placebo.

Los ATC intervienen inmediatamente en la recaptación de la norepinefrina, dopamina y serotonina; sin embargo, los efectos terapéuticos en la depresión duran varias semanas.

La dosis inadecuada es un factor viable con agentes de segunda generación, porque no parece correlacionarse entre la respuesta y los niveles plasmáticos de la medicación.

2. *IMAO*. Los IMAO inhiben la enzima monoamina oxidasa. El bloqueo de la enzima MAO impide que la tiramina sea inactivada en el tracto intestinal y potencia 30 a 40 veces la sensibilidad de las neuronas noradrenérgicas periféricas a la tiramina a causa de la disponibilidad aumentada de los neurotransmisores noradrenérgicos en las terminales nerviosas. Es esta combinación de acciones la que conduce a la producción de hipertensión por la ingestión de productos que contienen tiramina. Como más del 75% de las enzimas MAO que existen en el tracto digestivo son tipo A, sólo aquellos agentes IMAO que bloquean la enzima tipo a pueden precipitar una crisis hipertensiva. Por esta razón, se están desarrollando nuevos agentes IMAO que no llevan el riesgo de crisis hipertensiva como IMAO-A reversible e IMAO-B selectivo.

Los IMAOs atraviesan la pared gastrointestinal, se metabolizan en el hígado y se excretan a través del tracto intestinal y en menor grado a través del riñón. La vida media de los IMAO es corta, de 1,5 a 4 horas. El metabolismo hepático de estos fármacos dicta las precauciones al prescribir e iniciar el tratamiento con los IMAOs. Además, las características enzimáticas hepáticas varían de forma importante de un individuo a otro, lo cual justifica el papel de iniciar el tratamiento con dosis muy pequeñas.

Tabla II. Grupos de Inhibidores de la Monoamino Oxidasa (IMAO).

IMAO: Irreversible:

1. fenzina
2. Tranilcipromina

IMAO-A: Reversible (selectivo para la monoamino oxidasa A)

3. Moclobemida
4. Brofaromina
5. Toloxatona
6. Defloxatona.

IMAO-A: Irreversible

7. Clorgilina
8. Selegilina
9. Pargilina.

3. Antidepresivos no tricíclicos.

3.1. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS).

Asberg et al encontraron que el comportamiento suicida es más común en pacientes con niveles bajos de serotonina en líquido cefalorraquídeo que en los normales. La llegada de los nuevos antidepresivos no tricíclicos (no-TCAs), particularmente los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), ha constituido un avance principal en psiquiatría, ya que constituyen la primera línea de elección en el tratamiento de la depresión en poblaciones de pacientes especiales. Los ISRS inhiben la recaptación neuronal de la serotonina, pero a pesar de su nombre, la mayoría poseen un grado variable de afinidad para inhibir la recaptación de otras aminas biogénicas centrales (norepinefrina, dopamina. Tienen menos efectos colaterales, más baja toxicidad en la sobredosis y un rango potencialmente más amplio de las indicaciones clínicas. Los no-TCA se usan para tratar una variedad de condiciones, como los trastornos afectivos, el TOC y otros trastornos de ansiedad y el trastorno por déficit de atención.

Tras el éxito de la fluoxetina, otros cuatro ISRS (la sertralina, la paroxetina, la fluvoxamina) y más recientemente el citalopram se encuentra en el mercado. La mayoría de la información disponible sobre la eficacia de los ISRSs con depresión en niños y adolescentes es con la fluoxetina, aunque se han completado otros estudios positivos con la sertralina y la paroxetina. Los ISRS son tan eficaces en niños y adolescentes con depresión mayor como en las formas adultas de este trastorno, y además son más eficaces que los ATC estándares

Tabla III. Uso de la Fluoxetina en Niños y Adolescentes.

	Número de pacientes	Diseño del estudio	Dosis diaria	Duración
Emslie et al	96	Prospectivo Control placebo	20 mg	8 semanas
Simeon et al	40	Prospectivo Control placebo	20-60 mg	7 semanas
Strober et al	52	Abierto Control histórico	20-40 mg	6 semanas

3.2. No-ISRS. La venlafaxina inhibe la recaptación tanto de la serotonina como de la norepinefrina. Tiene una vida media relativamente corta en adultos (3-7 horas) y se da en dosis divididas. La venlafaxina es un inhibidor mucho menos potente del citocromo P450 que los ISRS. Es efectiva en el tratamiento de la depresión resistente en adultos; pero en niños y adolescentes existe una información limitada. Los efectos adversos son moderados y consisten en náuseas y aumento de apetito.

La nefazodona, con una estructura química no relacionada con los ISRS o ATC, bloquea el receptor de la serotonina (postsináptica) e inhibe la recaptación de la serotonina (presináptica) y norepinefrina. Es útil en los pacientes ansiosos. Su perfil de efecto colateral ofrece ventajas frente a los ISRS con menos disfunción sexual y mejoría actual en la arquitectura del sueño. Como en adultos, los efectos adversos más frecuentemente descritos fueron la cefalea, los síntomas gastrointestinales, la astenia, la somnolencia y el vértigo.

Tabla IV. Guías para la prescripción de los antidepresivos más modernos en niños y adolescentes deprimidos.

1. Iniciar tratamiento a la mitad de la dosis del adulto.
2. Monitorizar cuidadosamente al paciente por la aparición de efectos adversos relacionados con la enfermedad o con cualquier fármaco.
3. Los aumentos de la dosis no se deberían hacer con una frecuencia superior de una vez a la semana.
4. Considerar usar aumentos de dosis más pequeños que los recomendados en adultos.
5. Usar guías del adulto para la dosis diaria máxima.
6. Los niños y adolescentes no necesitan una administración más frecuente que los adultos.
7. No hay datos que apoyen una relación entre las concentraciones farmacológicas séricas y la respuesta del tratamiento.

Tabla V. Dosis pediátricas de los ISRS

ISRS	Dosis pediátrica (diaria)
Fluoxetina	5-40 mg (60 mg) q AM
Sertralina	25-125 mg (150 mg) q AM
Paroxetina	5-40 mg (60 mg) q AM
Fluvoxamina	25-125 mg (150 mg) bid

El rango de dosis es para los preadoslescentes. Dosis = límites superiores para los adolescentes.

4. *Litio*. El litio o el IMAO pueden tener algún beneficio en sujetos que no responden a los antidepresivos tricíclicos. Los nuevos antidepresivos (nefazodona) son bien tolerados y potencialmente útiles para los trastornos del humor juvenil.

Los antidepresivos o la psicoterapia aislados son útiles en niños y adolescentes deprimidos. Sin embargo, como en adultos con depresiones recurrentes o más severas, un tratamiento que incluye la psicoterapia más la medicación es superior en pacientes pediátricos.

5. *Otros tratamientos*. La terapia electroconvulsiva se ha empleado en este grupo de edad y es un procedimiento relativamente bien tolerado. Una revisión reciente ha descrito que el 63% de los niños deprimidos y adolescentes tratados con terapia electroconvulsiva tienen mejoría marcada o remisión de los síntomas¹⁶.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Ideación Suicida y el intento de Suicidio representa un problema grave actual para el área de Salud Pública, por ello, hay que determinar los casos con ideación suicida sí como, los factores asociados en el intento de suicidio en adolescentes de la localidad y darle un enfoque de riesgo a este padecimiento, en el cual el médico familiar debe estar capacitado para realizar una adecuada prevención del suicidio porque de su trabajo en la detección, evaluación, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y remisión del riesgo de suicidio dependerá la reducción sustancial de esta causa de muerte evitable, ya que el médico de familia asiste a un gran número de pacientes con diversas condiciones mórbidas y es una evidencia que la mayoría de los sujetos deprimidos o con riesgo de cometer suicidio han acudido a los médicos de atención primarias buscando alivio a estas dolencias.

Se considera que de 2000 pacientes asistidos por los médicos de atención primaria al menos uno de ellos comete suicidios en los dos primeros años, 10 intentan suicidarse cada año y al menos 5 tienen ideas de suicidio.

¿Conocer el número de casos y grado de probables casos de Ideación Suicida, y factores relacionados en los alumnos del Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco en el año 2006?

JUSTIFICACIÓN

Las prevalencias internacionales de ideación suicida va desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y en los adultos, mientras que en México, el rango es de 1 % a 40% en los mismos grupos. Si se dejan de lado los valores extremos en los intentos de suicidio, es decir, la prevalencia más alta y la más baja para cada población, la prevalencia del intento suicida entre la población adolescente varía de 3.0% a 8.3% en el total de la población. Con el mismo procedimiento, el rango del intento de suicidio en la población adulta, es de 1.9% a 3.9%, en el total de la población. La literatura internacional indica prevalencia es de 2.2% a 20% de intento de suicidio entre la población adolescente y la adulta.¹⁷

La prevalencia más alta de intento de suicidio fue de 10%. La prevalencia de ideación suicida más alta fue de 40.7%. Se encontraron diferencias importantes en los instrumentos utilizados para medir la conducta suicida y su temporalidad, y en los puntos de corte utilizados para definir los casos.

En bachillerato, las prevalencias fueron mayores; sin embargo, las edades del único/ último intento reportado indican que en su mayoría, los acontecimientos sucedieron en los años finales de la primaria y/o durante la secundaria.

Desde la perspectiva epidemiológica, el suicidio se presenta ya como un problema de salud pública mundial debido al notable incremento de su incidencia. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 el suicidio, o muerte por lesiones auto- infligidas, alcanzó el mayor porcentaje (49%) en la estadística de “muerte por lesiones intencionales”; seguido, en orden descendente, por las muertes causadas por la violencia (32%) y por la guerra (19%).²⁰

Aunque sólo uno de cada ocho intentos suicidas llega al conocimiento del médico, muchos adolescentes que intenta 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 la escala de ideación suicida de Beck 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.⁶

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar el número de probables casos de ideación suicida y factores relaciones, en los alumnos del Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco en el año 2006.

ESPECÍFICOS:

Identificar de acuerdo a la medición del cuestionario de desesperanza de Beck la frecuencia de los probables casos de ideación suicida en los alumnos del Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo, Tabasco.

Determinar la edad en los probables casos de intento de suicidio en los alumnos del COBATAB de la Villa El Triunfo, Tabasco.

Conocer el sexo en los probables casos de intento de suicidio en los alumnos del COBATAB de la Villa Es Triunfo, Tabasco.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, descriptivo, transversal.

UNIDAD DE ANÁLISIS.

Alumnos del Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo Balancán, Tabasco.

UNIVERSO.

Los 504 alumnos pertenecientes al Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco.

MUESTRA.

El estudio será realizado en el Colegio de Bachilleres en la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco, en el periodo comprendido de enero del 2005 a enero del 2006, en donde se aplicó la encuesta. La población ha estudiar será de una muestra de 218 calculada por el método de $\frac{n = nz^2 pq}{d^2(N-1) + z^2 pq}$ que se aplicara a través de un muestreo por conveniencia. El cual se llevó a cabo eligiendo a alumnos que el día que se aplicó el cuestionario acudieron a clases y reunían los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Alumnos que pertenezcan al Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo Balancán, Tabasco.

Alumnos que pertenezcan al Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo Balancán, Tabasco que deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Alumnos de nivel medio superior que no pertenezcan al Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo Balancán, Tabasco.

Alumnos que pertenezcan al Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo Balancán, Tabasco que no deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Alumnos que no acudieron a clases el día de la aplicación de la encuesta de la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco.

Alumno que no respondieron correctamente la encuesta en la Villa El Triunfo Balancán, Tabasco.

VARIABLES

Dependiente.

Paciente con grado de ideación suicida: Es una trastorno mental efectivo caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer, evaluándose en 3 factores: cognoscitiva, afectiva, motivacional: categorizado en sin riesgo de ideación suicida, riesgo leve de ideación suicida, riesgo moderado de ideación suicida y riesgo grave de ideación suicida. Cualitativa nominal.

Independiente.

Factores relacionados: Forma general de vida en la que intervienen factores biológicos en la población adolescente.

- Edad: Años cumplidos de los alumnos sujetos a estudio. Cuantitativa continua.
- Sexo: Condición por la que se diferencian los hombres de las mujeres. Cualitativa nominal.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El presente estudio se realizó en 218 alumnos del Colegio de Bachilleres de la Villa El Triunfo Balancán, Tabasco, a los que previa autorización del director del plantel e informándole la importancia de participar en la

investigación, se entrevistaron y previa ficha de identificación que contenían las variables edad y sexo (ANEXO 1), se les aplicó un cuestionario o instrumento de evaluación de ideación y comportamiento suicida, (escala de desesperanza de Beck), para el presente estudio (ANEXO 2). Para el procesamiento de los datos obtenidos del cuestionario, se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2004, el análisis se llevó a cabo en el programa SPSS 11.5 a través de medidas de frecuencia y tendencia central, la presentación de ésta información se realizó mediante cuadros y gráficos a fin de objetivizar la misma.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente trabajo de investigación se realizó en base a los preceptos médicos y legales que protegen la integridad física y emocional del paciente. Según los criterios de Helsinki, por lo que los procedimientos que se realizaron no implicaron un riesgo para la salud del paciente, citación que les fue notificada en la entrevista, así como aceptación a participar mediante carta de consentimiento informado, (ANEXO 3).

RESULTADOS

El Colegio de Bachilleres de Tabasco plantel No. 23 en la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco cuenta con una población de 504 alumnos. Ésta cuenta con 12 grupos de primer año, 4 grupos de segundo año y 4 grupos de tercer año, los cuales se atienden en dos turnos, matutino y vespertino.

Este colegio motivo de mi investigación se encuentra dentro de mi área de responsabilidad, perteneciendo al Núcleo Básico 2, del Centro de Salud con tres Núcleos Básicos de Villa El Triunfo, Balancán, el cual presta sus servicios los 365 días del año y las 24 hrs. del día, siendo estas, consulta externa, psicología, odontología, urgencias y atención de partos.

De acuerdo al programa establecido en la unidad, la valoración que debe brindarse al paciente se realiza por la consulta de psicología y posteriormente, reenviada a consulta de Medicina Familiar que permiten satisfacer las requerimientos de atención y resolución de los problemas de salud concomitante como depresión subclínica, depresión leve, media y grave así como otros trastornos que pueden presentarse en el paciente con depresión que se estudia.

Se estudiaron 218 alumnos, muestra obtenida por conveniencia del investigador en el Colegio de Bachilleres, de los cuales 126 correspondiéndole el 57.8% no presentaron ningún grado de riesgo, por lo que el análisis se basará en los 92 estudiantes que representan el 42% que presentaron algún tipo de riesgo. (Gráfica 1).

Los resultados encontrados en el presente estudio indican que la distribución por edad corresponde a una meda de edad 15.8 años, una moda de 15.

Con depresión o riesgo leve la edad más afectado es de 15 años, con un 34.8%, en segundo lugar la edad de 16 años con 27.2%, en tercer lugar a los

de 17 años con un 10.9%, continuando con los de 18 años con un 4.3% y por último, a los de 19 años con un 1.1%. La depresión leve encontrada en el grupo de alumnos con respecto al total fue de 78.2%.

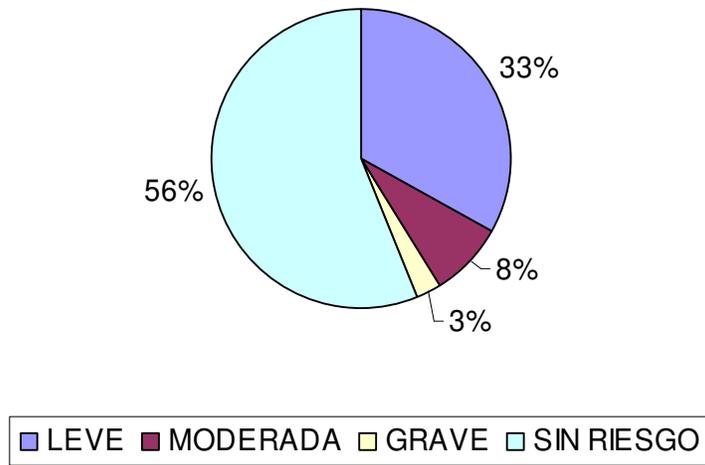
Con respecto a la depresión o riesgo moderado tenemos la edad más afectada de 15 años con un 8.7%, en segundo lugar con un 4.3% los alumnos con 16 y 17 años respectivamente y en tercer lugar la edad de 14 años con un 1.1%, la depresión o riesgo moderado con respecto al total de depresión fue de 18.5%.

En cuanto a la depresión o riesgo grave tenemos que la edad más afectada fue de 15 años con un 2.2%, en segundo lugar con un 1.1% la edad de 17 años, la depresión o riesgo grave con respecto al total de depresión o riesgo fue de 3.3%. (Cuadro 1, gráfica 2, 3 y 4).

EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DEL ENTREVISTADO	NIVEL DE DEPRESIÓN							
	DEPRESIÓN O RIESGO LEVE		DEPRESIÓN O RIESGO MODERADO		DEPRESIÓN O RIESGO GRAVE		TOTAL NO %	
	No	%	No	%	No	%	No	%
14	0	0	1	1.1	0	0	1	1.1
15	32	34.8	8	8.7	2	2.2	42	45.7
16	25	27.2	4	4.3	0	0	29	31.5
17	10	10.9	4	4.3	1	1.1	15	16.3
18	4	4.3	0	0	0	0	4	4.3
19	1	1.1	0	0	0	0	1	1.1
Total	72	78.2	17	18.5	3	3.3	92	100

FUENTE: ESCALA DE BECK

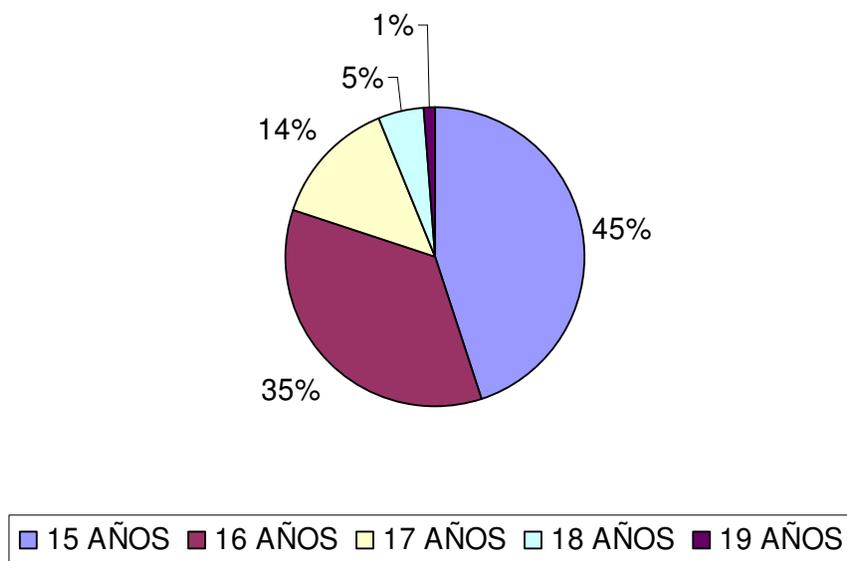
GRAFICA 1



DEPRESIÓN O RIESGO

FUENTE: ESCALA DE BECK

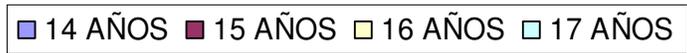
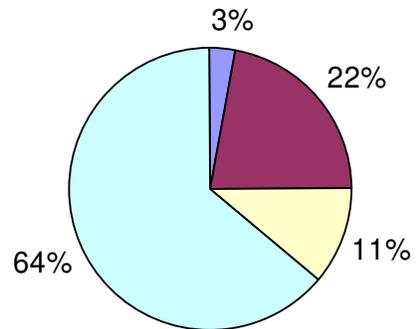
GRAFICA 2



DEPRESIÓN O RIESGO LEVE.

FUENTE: CUADRO 1.

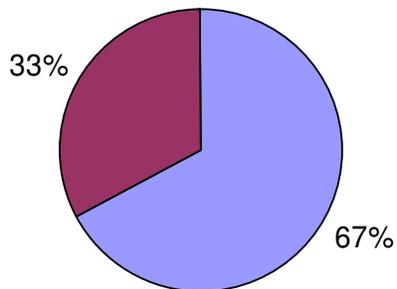
GRAFICA 3



DEPRESIÓN O RIESGO MODERADO.

FUENTE: CUADRO 1.

GRAFICA 4



DEPRESIÓN O RIESGO GRAVE

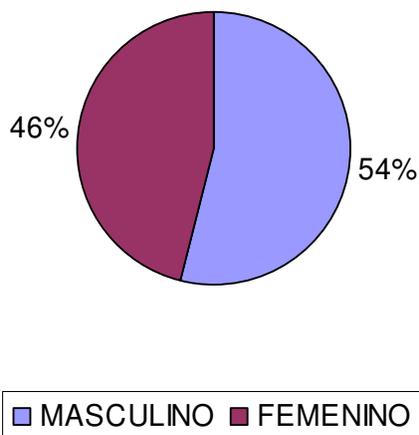
FUENTE: CUADRO 1.

En cuanto al sexo tenemos que con depresión leve tenemos, el sexo masculino es el más afectado ya que presenta el 52.2% y el femenino el 47.8% con respecto a la depresión o riesgo leve tenemos el 42.4% en el sexo masculino y el 35.8% en el sexo femenino, con respecto a la depresión o riesgo moderado tenemos que el sexo femenino es el más afectado con un 9.8% y el sexo masculino con un 8.7%, con depresión o riesgo grave tenemos que el sexo femenino se encuentra más afectado con un 2.2% y al sexo masculino lo encontramos con un 1.1%. (Cuadro 2, gráficas 5, 6 y 7).

Cuadro 2. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL ENTREVISTADO *NIVEL DE DEPRESIÓN

EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DEL ENTREVISTADO	NIVEL DE DEPRESIÓN							
	DEPRESIÓN O RIESGO LEVE		DEPRESIÓN O RIESGO MODERADO		DEPRESIÓN O RIESGO GRAVE		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
MASCULINO	39	42.4	8	8.7	1	1.1	48	52.2
FEMENINO	33	35.8	9	9.8	2	2.2	44	47.8
TOTAL	72	78.2	17	18.5	3	3.3	92	100

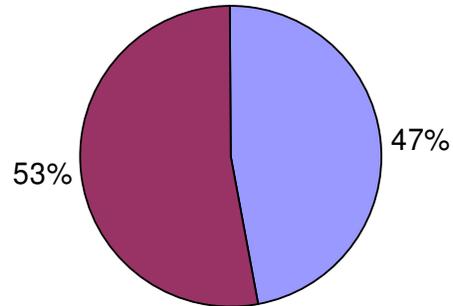
GRAFICA 5



DEPRESIÓN O RIESGO LEVE.

FUENTE: CUADRO 2.

GRAFICA 6

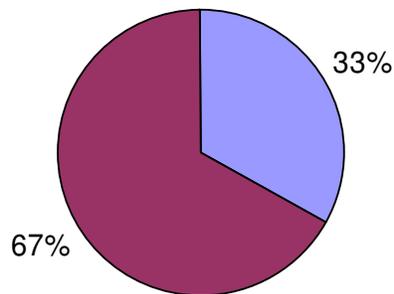


■ MASCULINO ■ FEMENINO

DEPRESIÓN O RIESGO MODERADO.

FUENTE: CUADRO 2

GRAFICA 7



■ MASCULINO ■ FEMENINO

DEPRESIÓN O RIESGO GRAVE

FUENTE: CUADRO 2

DISCUSIÓN.

Diversos estudios realizados sobre depresión demuestran la presencia de múltiples factores relacionados con este padecimiento esto aunando a las transformaciones económicas, sociales y también a los que estamos sometidos, hacen de este padecimiento uno de los problemas de Salud Mental más grave de este siglo.

Con los resultados obtenidos en este estudio encontramos que la población mayormente afectada fue la edad de 15 años, con un 45.7% resultados que coinciden con lo estudiado por Reinherz y Cols. En su estudio realizado durante 14 años en estudiantes de Estados Unidos de América.

Con respecto a los resultados obtenidos de acuerdo al sexo encontramos que el más afectado fue el sexo masculino con un 52.1% lo que concuerda con lo referido por, Lourdes Eguiluz en su artículo Ideación Suicida.

Si bien es cierto que la depresión y el riesgo de ideación suicida es un problema de salud pública en nuestro país, no se han llevado estadísticas confiables ya que el motivo de consulta es muchas veces por otros padecimientos, y en las que se diagnostican de primera intención se encuentran ya con depresión o ideación suicida grave. No existe un documento oficial en el que se pueda registrar la morbilidad por este padecimiento, el impacto económico, es muy alto, y se ve minimizada la calidad de vida.

CONCLUSIONES.

- La edad más afectada es de 15 años con un 45.7%, con depresión o riesgo leve, un 34.8%, con respecto a la depresión o riesgo moderado con un 8.7% y la depresión o riesgo grave tenemos un 2.2%.
- En cuanto al sexo tenemos, el sexo masculino es el más afectado ya que presenta el 52.2%, con depresión o riesgo leve tenemos el 42.4% en el sexo masculino, depresión o riesgo moderado tenemos que el sexo femenino es el más afectado con un 9.8%, y con depresión o riesgo grave tenemos que el sexo femenino se encuentra más afectado con un 2.2%.

La identificación de los factores relacionados de la ideación suicida, en las y los adolescentes, también ha sido objeto de múltiples estudios, en su mayoría en otros países, siendo México un país de niños y jóvenes, se hace interesante la investigación presente, la cual, me permitió conocer la magnitud de este padecimiento en mi área de responsabilidad.

No cabe duda que todas las etapas de la vida ameritan atención, pero es incuestionable que la oportuna, adecuada y eficaz implementación de intervenciones de salud se verá reflejada en mejor calidad de vida de este sector de la población, muchas veces descuidada, en el corto, mediano y largo plazo.

Las intervenciones en salud para este tipo de problemas requiere de personal multidisciplinario, capacitado el cual conozca las características del padecimiento y este ampliamente comprometido para dar los logros esperados que es mi población de responsabilidad y lograr disminuir los casos de depresión e ideación suicida en la población joven, mediante estrategias que estén involucradas instituciones intra y extra sectoriales.

Se trabajará en conjunto con salud psicosocial, mediante programas para terapias familiares a los pacientes que presentaron riesgo grave y mediano, y tratar de formar clubes, de terapia con los de riesgo leve y mediano, para poder ya con el tiempo suficiente de terapia psicológica poder aumentar a los de riesgo grave a estos clubes en los cuales se les dará actividades a realizar y otros métodos propuestos por el equipo multidisciplinario de la unidad.

Esta investigación cumplió con las expectativas que me propuse al inicio de este, así como, los objetivos planteados, ya que identifiqué a los alumnos con algún grado de depresión, edad y sexo más afectados, lo que nos proporciona las bases para implementar programas dirigidos a esta población, así mismo, la presente investigación nos servirá de base en investigaciones posteriores con relación al tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. González C, Berenzon S, Tello Granados AM, Facio D, Medina Icaza Me. **Ideación Suicida y Características Asociadas en Mujeres Adolescentes**. México: 1998 Salud Pública Vol. 40 Num. 5.
2. Fernández Pérez N. y Merino Madrid H. **Variables Académicas, Autoconcepto, Depresión e Ideación Suicida: Un Estudio Empírico en Población Adolescente**.
3. Saucedá JM. **El intento de Suicidio en menores de edad**. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social Vol. 37 Num. 2 marzo-abril 1999.
4. Eguiluz L. **Ideación suicida**.
5. Larraguibel M., González P, Martínez V., Valenzuela R. **Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes**. Chile: Santiago 2000 Revista de pediatría Vol. 71 Num. 3.
6. González S, Díaz A. Ortiz S. González C, González J. **Características Psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (Isb) en Estudiantes Universitarios de la ciudad de México**. México: Revista Salud Mental Abril 2000 Vol. 23 Num. 2.
7. Gómez A. **La Conducta Suicida en la Práctica Psiquiátrica**. Chile: 2003 Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.
8. Baena A, Sandoval MA, Urbina C, Juárez NH, Villaseñor S. **Los Trastornos del estado de Animo**. México: Noviembre 2005 Revista UNAM Vol. 6 Núm. 11.

9. **Fisiopatología de los trastornos depresivos.** El médico interactivo (diario electrónico de sanidad): No. 892. Aula Acreditada 2000-2001 tema: 19
Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula/tema19/depresion3.htm>
10. **Escala de de Desesperanza de Beck** (hopelessness, HS) Información obtenida por: Secretaria de Salud.
11. Quintanilla R, Jiménez LP, Flores ME, Celiz A, Valencia S. **Desesperanza y Tentativa Suicida.** Investigación en Salud Vol. 5 Num. 3 Agosto 2003.
12. Santos JI, Villa JP, García MA, León g, Quezada S, Tapia R. **La Transición Epidemiológica de las y los Adolescentes en México.** México:2003 Salud Pública Vol. 45 Suplemento: 1.
13. Kitainik D. **Indagar acerca de Ideación Suicida en Adolescentes no fue latrogénico.** Buenos Aires, Argentina Mar- Abr 2006.
14. González C, Berenzon S, Jiménez A. **Al Borde de la Muerte: Problemática Suicida en Adolescentes.** México: Revista Salud Mental Vol. 22 Numero especial, Diciembre de 1999.
15. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez G. **La Medición de la conducta Suicida en México: Estimaciones y Procedimientos.** México: Revista Salud Mental Vol. 24 Num. 6 Diciembre del 2001.
16. Sánchez RM, Cuervo JJ, Martínez J. **Niños, Adolescentes y Depresión Mayor. Detección y Tratamiento.** Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (foro pediátrico)
17. Jiménez A, González C. **Veinticinco años de investigación sobre Suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.** México: Revista Salud Mental Vol. 26 Num. 6 Diciembre del 2003.

18. Pérez Barrero S. **Prevención del Suicidio por el medico general. Principios para su Capacitación.** Revista Electrónica de Biomedicina publicado: 20 de Noviembre del 2005.
19. Puentes E, López L, Martínez T. **La mortalidad por Suicidios: México 1990-2001.** Revista Panamericana de Salud Pública. Col. 16 Num. 2 Agosto 2004.
Disponible en: http://journal.paho.org/index.php?a_ID=383
20. Chávez AM, Macías LF, Palatto H, Ramírez L. **Epidemiología del Suicidio en el Estado De Guanajuato.** México: Revista Salud Mental Vol. 27 Num. 2 Abril del 2004.
21. González C. Ramos L, Vignau L, Ramírez C. **El Abuso Sexual y el Intento Suicida Asociados con el malestar Depresivo y la Ideación Suicida de los Adolescentes.** México: Revista Salud Mental Vol. 24 Num. 6 Diciembre 2001.
22. González C, Villatoro J, Escalera A, Medina ME, Bautista CF, Bermúdez P, Et. Al. **Prevalencia de Intento Suicida de estudiantes adolescentes en la ciudad de México: 1997-2000.** México 2002: Revista Salud Mental Vol. 25 Num. 006
23. Espinosa L, Almeida LG, Cortés F., Leo GE. **Análisis de Mujeres por Suicidio en el Estado de Querétaro.** México 2004: Revista Salud Mental Vol. 27 Núm.002.
24. Calvo G., José M; Sánchez P; Ricardo; Tejada, Paola A. **Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios.** Revista Salud Pública; 5 (2): 123-143, mayo- agosto 2003.
25. Ana María Chávez Hernández, Rosaura Pérez Hernández, Luis Fernando Macías García, Daniel Páramo Castillo. **Ideación e Intento Suicida en Estudiantes de Nivel Medio Superior de la universidad de Guanajuato.** México 2004: Acta Universitaria Vol. 14 Num. 003.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. SEXO:

- a) Masculino b) Femenino

2. EDAD:

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (HOPELESSNESS SCALE, HS)

Nombre de la Unidad: _____
Nombre del paciente: _____ **Edad:** _____
No. de Aplicación: _____ **Fecha de aplicación:** _____

			Puntuación
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.	V	F	
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.	V	F	
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.	V	F	
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.	V	F	
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.	V	F	
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.	V	F	
7. Mi futuro me parece oscuro.	V	F	
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente puede conseguir por término medio.	V	F	
9. En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.	V	F	
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.	V	F	
11. Más que bienestar, todo lo que veo delante de mí son dificultades.	V	F	
12. No espero conseguir lo que realmente quiero.	V	F	
13. Cuando miro hacia el futuro espero ser más feliz de lo que soy ahora.	V	F	
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.	V	F	
15. Tengo gran confianza en el futuro.	V	F	
16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.	V	F	
17. Es poco probable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.	V	F	
18. El futuro me parece vago e incierto.	V	F	
19. Espero tiempos mejores que peores.	V	F	
20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado pues, probablemente no lo logre.	V	F	

NIVEL DE RIESGO:

SUMATORIA TOTAL:

OBSERVACIONES: _____

PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN:

Los HS es un instrumento autoaplicado, diseñado para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.

Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso. Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems, 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems que puede oscilar entre 0 y 20.

En función de la puntuación total el nivel de riesgo es:

4- 8: Leve

9- 14: Moderado

15- 20: Grave

Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en 3 factores diferentes:

- Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro)
- Factor motivacional (pérdida de motivación)
- Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro)

La puntuación en el **factor afectivo** se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación en el **factor motivacional** se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

La puntuación en el **factor cognitivo** se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

Carta de consentimiento informado

La Dra. María del Pilar Sánchez Ramírez, ha solicitado mi consentimiento para participar en su proyecto de investigación "IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES RELACIONADOS EN LOS ALUMNOS DEL COLEGIO DE BACHILLERES DE LA VILLA EL TRIUNFO BALANCÁN, TABASCO. 2006".

También este estudio es un requisito para obtener el grado de la Especialidad del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Además, se me informó que los datos que yo le proporcioné serán confidenciales y estará respetada mi identidad de acuerdo a lo establecido en el Capítulo I Artículo 14, Artículo 20 y 21; y que tengo, la libertad de retirarme su así lo deseo en el momento de la entrevista.

Así mismo, me informó que las encuestas no tienen ningún riesgo y mi salud no se verá afectada.

Paciente

Testigo

Testigo